



**AFILIACION DE LOS POBRES AL
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL:
EL CASO COLOMBIANO
-INFORME FINAL-**

**VOLUMEN II
Estudios de Caso**

**BEATRÍZ PLAZA
ANA BEATRÍZ BARONA
ASESORA: NELCY PAREDES**

MAYO 1998

**AFILIACIÓN DE LOS POBRES AL
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: EL
CASO COLOMBIANO
-INFORME FINAL-**

**VOLUMEN II
Estudios de Caso**

**BEATRÍZ PLAZA
ANA BEATRÍZ BARONA
ASESORA: NELCY PAREDES**

MAYO 1998

**VOLUMEN
II**

TABLA DE CONTENIDO

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

1. Medellín	.....1
2. Rionegro	.....32
3. El Peñol	.....51
4. Santa Rosa de Osos	.....66

DEPARTAMENTO DE ATLÁNTICO

5. BARRANQUILLA	.....82
6. PUERTO COLOMBIA	.....105
7. TUBARÁ	.....120
8. SOLEDAD	.....137

DEPARTAMENTO DE BOYACÁ

9. VENTAQUEMADA152
-----------------	----------

DEPARTAMENTO DEL CAUCA

10. SILVIA	.....164
11. PUERTO TEJADA	.....183

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

12. LA MESA	.....199
13. ZIPAQUIRÁ	.....215
14. SANTA FÉ DE BOGOTÁ	.....227

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

15. CALI	.....260
16. BUENAVENTURA	.....290

Municipio de Medellín – Departamento de Antioquia

1. Caracterización del municipio

1.1. Descripción del Municipio

Medellín es la capital del departamento de Antioquia y tercera ciudad en importancia del país, conforma una extensa área metropolitana con otros nueve municipios circunvecinos y posee una población cercana a los dos millones de habitantes, con una dinámica importante atribuida especialmente a las migraciones originadas en municipios y zonas rurales (un 46% de la población de la ciudad es inmigrante), fenómeno que se ha venido agravando por los desplazamientos provocados recientemente por los enfrentamientos entre guerrillas, militares y paramilitares.

Los principales indicadores sociales disponibles ubican a la ciudad en una situación ventajosa respecto al promedio registrado en el país en cuanto a pobreza relativa. El indicador de calidad de vida (ICV) es de 8% frente al 27.5% del país, y el índice de necesidades básicas insatisfechas (INBI) es de 16% y 35.8%¹, respectivamente. Por otro lado, la cobertura de servicios públicos domiciliarios a nivel urbano es de 98% en acueducto, 94% en alcantarillado y 99% en energía².

En contraste con lo anterior, la estratificación socioeconómica vigente en 1995 daba cuenta de un 44.4% de la población de la ciudad con recursos económicos bajos (estratos bajos y medio bajo). Además, tradicionalmente la ciudad registra una de las mayores tasas de desempleo del país y es muy vulnerable al ciclo económico dada su alta dependencia del PIB industrial y de la construcción.

Por último, las condiciones de salud de la población se encuentran caracterizadas por las siguientes cinco primeras causas de morbilidad de acuerdo con la consulta externa realizada en 1995: infecciones respiratorias agudas (7.3%), control embarazo normal (6%), laceraciones, heridas y traumatismos vasos sanguíneos (4%), control del lactante y el niño sano (3.9%) y enteritis y otras enfermedades diarreicas (3.9%). Por otra parte, según la morbilidad por egreso hospitalario en primeras causas para 1995 fueron: parto normal (12.7%), otras indicaciones asistenciales relacionadas con el embarazo (6.8%), complicaciones en el curso del embarazo, post parto y parto (3.8%) y aborto (3.7%).

A diferencia de lo sucedido con los índices de morbilidad, la ciudad se caracteriza por tener una tasa de homicidios alta (alrededor de 25 por cada mil personas en el año) y es así como se ubica en primer lugar en las causas de muerte: homicidios y lesiones infligidas intencionalmente (28.3%), infarto agudo del miocardio (10.2%), enfermedad cerebrovascular (6%), otras enfermedades del aparato respiratorio (4.6%) y tumor maligno en otras localizaciones (4.4%).

1.2. Oferta de servicios

En la ciudad se presenta una oferta mixta de servicios que brinda cobertura a la población metropolitana y del resto del departamento y del país. En los años recientes se ha presentado un aumento en especial de la infraestructura hospitalaria, con la construcción y ampliación de proyectos principalmente privados y la incorporación de nuevas tecnologías para la atención ambulatoria. En algunos casos, estos proyectos fueron evaluados bajo el supuesto de un aumento en el número de afiliados a la medicina

¹ Ministerio de Salud. Estadísticas Municipales, 1997.

² Carta de generalidades de Antioquia, 1996

prepagada; sin embargo, al entrar en vigencia la Ley 100 se produjeron retiros y ahora se buscan alternativas para financiar su operación, siendo muy atractiva la contratación con EPS (principalmente el ISS) y las ARS.

El sector oficial cuenta, por una parte con la Clínica León XIII y los centros de atención ambulatoria del ISS, y, por la otra, con el Hospital General (organismo de segundo y tercer nivel de atención, con énfasis en cuestiones materno-infantiles) y los hospitales, centros y puestos de salud adscritos a Metrosalud. Aunque en una proporción inferior a lo sucedido en el sector privado y como una respuesta a las exigencias y posibilidades del nuevo sistema, en ambos casos también se vienen produciendo adecuaciones locativas, técnicas y administrativas; es así como el ISS amplía su red de urgencias y camas disponibles para hospitalización, mientras que en Metrosalud se incrementan las áreas de hospitalización y se abren nuevas especialidades.

Por último, en el sector privado se cuenta con 20 clínicas y un número grande de centros de salud, consultorios médicos y odontológicos y laboratorios clínicos. Además, existen dos fundaciones correspondiente a los hospitales de mayor complejidad³.

1.3. Administración Local de Salud

Antes de ser expedida la Ley 100 de 1993 y en desarrollo de las disposiciones consagradas en la Ley 10 de 1990, la administración municipal había organizado en 1992 la prestación de los servicios del primer nivel de atención a través del Instituto Metropolitano de Salud, Metrosalud, el cual posee hospitales, centros y puestos de salud en diferentes sitios de la ciudad; para financiar estos servicios, se contaba con transferencias de la nación (situado fiscal), rentas municipales y el pago directo de los usuarios.

A partir de la Ley 100 se han presentado cambios importantes hacia la configuración del sistema de seguridad social en salud, aunque esto sucede al mismo tiempo que ocurren discrepancias entre quienes están encargados de implementar la reforma, y retrasos considerables en comparación con las metas de la Ley 100.

Luego de la expedición de la Ley 10 de 1990, Metrosalud recibió las funciones de dirección local de salud como una transformación de la anterior Secretaría de Salud; se inició así el proceso de descentralización y se formuló el plan de desarrollo. Con lo anterior se buscaba la modernización del sistema de asistencia pública, conforme a lo establecido en la política formulada por el gobierno del Presidente Gaviria. Sin embargo, a pesar de haber avanzado en algunos aspectos centrales, no se obtuvo un desarrollo pleno de la reforma y, en su marcha, la expedición de la Ley 100 y otros factores condicionantes ocasionaron el estancamiento del proceso. En efecto, una evaluación de los propósitos consignados en el plan local de salud 1995-1998 permite puntualizar lo siguiente:

- Aunque se recibió la certificación del Ministerio de Salud para administrar autónomamente los recursos y este organismo comenzó a girar los dineros del situado fiscal, no existieron cálculos detallados acerca del monto que debería recibir la ciudad
- Este esquema adoptado para el manejo del sector conservaba una de las principales dificultades atribuidas al sistema de asistencia pública, como lo era el hecho de colocar

³ En ambas fundaciones hospitalarias se realizan transplantes de órganos, principalmente de riñones y corazón.

en cabeza de un mismo organismo las funciones de dirección del sistema, formulación y ejecución de las políticas de salud pública, financiación y prestación de los servicios. Esto implicó, en la práctica, mantener la dependencia y falta de modernización administrativa por parte de las unidades prestadoras de servicios.

- Si bien en el plan de desarrollo de 1995 se consideró como hecho satisfactorio la celebración de contratos con organismos públicos y privados, para garantizar la prestación de servicios, en el mismo no se aportan evidencias y, en sentido contrario, entidades como el Hospital San Vicente de Paúl se quejan de no recibir los reconocimientos del total de las obligaciones facturadas a Metrosalud.
- Dentro de los avances de la Ley 100 se destaca: se organizaron los aspectos relativos a la carrera administrativa, aunque en 1995 aún faltaba el ingreso del 40% de empleados de este régimen;
- En 1992, se concedió autonomía administrativa y personería jurídica a las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. Sin embargo, al no establecerse patrimonio propio no fue posible el manejo autónomo de los recursos financieros por parte de estas unidades; en ese año, se creó el Fondo de Salud y desde entonces se manejan en él todos los recursos públicos para el sector, los cuales serían administrados por Metrosalud.
- Por último, como muestra de las dificultades que se enfrentan a nivel local para implementar una reforma, por su dependencia en relación con reglamentaciones y directrices nacionales, la afiliación a los fondos de pensiones y cesantías no operó en la práctica debido a la poca claridad de las normas vigentes

Luego de haber sido expedida la Ley 100, más concretamente en el marco de la transición regulada en el Decreto Presidencial 2491 de 1994, en ese mismo año Metrosalud fue convertido en Empresa Social del Estado con funciones transitorias de dirección local de salud. Como estrategia central, en 1995 la propia entidad se propuso "consolidar la Dirección Local de Seguridad Social en Salud, separándola financiera y administrativamente de las Empresas Sociales del Estado <Metrosalud y Hospital General> y, descentralizar las Empresas Sociales del Estado, garantizando su autonomía administrativa y financiera". (Plan de Desarrollo, 1995).

Metrosalud siguió operando en la práctica como lo hacía en el sistema anterior y no se daban pasos firmes para su transformación real en ESE, excepto tal vez en lo correspondiente a la política tarifaria y los planes de expansión e integración de la oferta pública. Más bien, se adelantaron discusiones y tensiones acerca de la organización del sistema de seguridad social en salud, asunto que apenas parecía resuelto en octubre de 1996 cuando el Concejo de la ciudad aprobó la creación de una secretaría con las funciones de dirección local de salud y el manejo del fondo local de salud, mientras Metrosalud recibía nuevamente la nominación de ESE. Sin embargo, es en el segundo semestre de 1997 que comienza a integrarse la secretaría y, en cuanto a Metrosalud, se reinicia un debate acerca de su futuro, en esta ocasión planteando la posibilidad de escindirlo en varias ESEs y mostrando con ello los conflictos de interés prevalecientes alrededor de esta entidad que posee unos 2.000 empleados.

2. Implementación del régimen subsidiado

2.1. Identificación y Selección de Beneficiarios

- La oficina del SISBEN: En el montaje del régimen subsidiado, la oficina del SISBEN ha jugado un papel protagónico, como lo advierte el Secretario de Seguridad en Salud: "La población confunde el hecho de haber sido encuestada para ser clasificada en su calidad de pobreza con el derecho a un servicio de salud que sólo lo tienen aquellos para los cuales ha habido recursos para afiliarlos al régimen subsidiado. En otras palabras, confunden la encuesta del SISBEN con el derecho a la afiliación al régimen subsidiado"⁴.

En un comienzo, no existía buena claridad sobre la ubicación de la oficina en la estructura administrativa, su financiación estaba siendo otorgada por el Área Metropolitana y el Departamento Nacional de Planeación y existía inconformidad por la presencia de un asesor extranjero. En 1995, la Secretaria de Bienestar Social intervino en el Concejo y dijo: "Esto de que la Gerencia Social es el administrador en el municipio, más adelante vamos a ver que este Gerente Social todavía no ha recibido el SISBEN <...> la Ley 60 obliga a los municipios a la creación de las oficinas del SISBEN a nivel municipal y aquí tenemos que la oficina del SISBEN del municipio no tiene recursos" (Concejo Municipal, Acta No. 13, 1995).

Luego de lo anterior, la oficina fue ubicada en Planeación Metropolitana y comenzó a recibir presupuesto del Municipio, con el apoyo de unos 80 empleados y el apoyo financiero de Metrosalud para aplicar la encuesta del SISBEN. Sin embargo, la oficina en 1998 todavía no tiene presupuesto para desarrollar sus funciones.

En 1994 se inició la aplicación de la encuesta del SISBEN a la población residente en las viviendas ubicadas en los barrios y sectores de la ciudad de estrato socioeconómico 1 y 2 (unas 700.000 personas)⁵; sin embargo, parece que lo más determinante para que esto se diera consistió en el interés de la Misión Social del Departamento Nacional de Planeación por probar el instrumento allí diseñado y fue así como luego de este impulso inicial aparecieron dificultades para darle continuidad al proceso y afirmar su dirección y financiación por parte de la administración local.

A partir de lo anterior, se han producido muchas demoras y obstáculos para culminar el proceso y mantener actualizada la base de datos correspondiente; además, algunos funcionarios y representantes de la comunidad manifiestan dudas sobre la importancia real del SISBEN. Si bien en 1994 se efectuaron las primeras encuestas mediante contratación con la Corporación Educativa ESUMER, solamente se evacuó un 40% de las viviendas estimadas y un 67% de la meta para esta etapa inicial y, en 1995, se advertían entre otras las siguientes dificultades (Carrasco, 1995):

- Bajo nivel de asimilación de los manuales, confusión de los conceptos y procedimientos, así como divergencias entre los coordinadores quienes dirigieron la capacitación del equipo de campo en forma independiente. Fue necesario impartir nuevos talleres y cursos y reformular el proceso de preselección de postulantes a revisores y supervisores.

⁴ Como puede notarse, algo que resulta en la implementación de la Ley 100, el Secretario también contribuye a desarrollar y mantener confusiones; está relacionando el derecho al servicio con la afiliación al régimen subsidiado, cuando la ley ordena la atención de lo pobres no afiliados durante la transición.

⁵ Estratificación por sector y manzana, la cual sirve de base para el cobro de los servicios públicos domiciliarios

- Los revisores fracasaron en su labor, pues luego de conformar un equipo para adelantar esta labor se encontró que era necesario corregir un 20% de las encuestas. Con algunas variaciones, este porcentaje se mantuvo y, en general, se consideró una confiabilidad y validez de los datos entre 85% y 90% .
- El procesamiento computacional también mereció serios cuestionamientos, habiéndose presentado como principal problema la pérdida del archivo de 65.000 de las 93.403 fichas ; además, en un comienzo se detectaron errores en los digitadores, superiores al 1%, motivo por el cual fue rechazado este trabajo.
- El incumplimiento en la cobertura de la encuesta estuvo explicado, entre otros factores, por la imposibilidad de ingresar a algunos barrios (en total unas 25.000 viviendas) debido a la presencia de las milicias populares. Algunos encuestadores fueron retenidos por las milicias como rehenes, siendo necesaria la presencia de representantes de la administración municipal para negociar dichas liberaciones; los habitantes de los barrios y los milicianos pensaban que las encuestas se realizaban para establecer listados que sirvieran de inteligencia a los organismos de seguridad.
- En esta primera etapa, además de las dificultades de tipo técnico, hubo mucha falta de información por parte de la comunidad y de sectores políticos de la ciudad.

- Avances y veeduría en 1997:

En 1997 también se presentaron quejas y problemas de información en relación con el funcionamiento y la utilidad del SISBEN. Un líder de la comuna nororiental expresó lo siguiente: "el proceso de sisbenización en nuestros barrios ha sido muy traumático por varias razones:

- La información sobre este proceso ha sido muy poca y muy poco clara <...>
- El SISBEN en sí mismo, perjudica a mucha gente que siendo pobre, la excluyen de recibir subsidios.
- Los puntos que se tienen en cuenta para medir el nivel de pobreza, no corresponden a la situación real de las familias.
- Algunos encuestadores <...> no visitan todas las casas, en especial las más encaramadas que son precisamente donde viven los más pobres.
- El proceso de sisbenización ha sido muy lento y confuso y esto perjudica gravemente a la comunidad si tenemos en cuenta que las tarifas de salud subieron <...>" (Concejo Municipal, 1997, Acta 339)

Al terminar su intervención, se realizaron propuestas concretas por parte de la propia comunidad: que se elimine de la encuesta la tenencia de electrodomésticos <...> y que en el grupo de encuestadores estén personas de cada barrio ayudando a reconocer las viviendas.

Además de lo anterior un exfuncionario del SISBEN presentó en la misma sesión la siguiente denuncia:

"Mientras estuve en el Programa SISBEN detecté un acto de corrupción de la administradora <...> al ver que ella estaba falsificando fichas a favor de funcionarios del Municipio, pedí una interventoría, la cual se hizo <...> me dieron disculpas y me dijeron que sí había sido cierto <luego> me despidieron. Sí se hace política, se llega <...> con la tarjeta del concejal o con el listado de su barrio y se va allá y se focaliza a la gente de su sector <...> (Ibíd.)

Pero es importante anotar que en el recinto del Concejo también se han presentado visiones encontradas entre representantes de la comunidad; mientras se manifestaban las anteriores denuncias, otro representante señaló: "<...> el Sisben no ha colaborado mucho, nos ha servido a todos en la comunidad <...> sí sirve, lo que hay que tener en cuenta es cómo vamos a trabajar con los encuestadores" (Ibid.).

Antes de dar inicio a la aplicación de encuesta en esta etapa, se elaboró una circular informativa y se entregó a las diferentes organizaciones de base existentes en los barrios; además, se informó a través de la radio, teleconferencias, afiches en las tiendas y escuelas y perifoneo. A pesar de haber realizado los contactos necesarios con la comunidad para que permitieran un buen desempeño, no se obtuvo la mejor respuesta por parte de ésta dado que antes de terminar dicho proceso, a finales de 1997, habían matado dos personas de las que participaban en el proceso⁶.

Población en SISBEN 1, 2 y 3 (1995, 1997)

Area Geográfica	Nivel SISBEN							
	Noviembre 1995				1997			
	I	II	III	total	I	II	III	total
TOTAL - Número	27.949	116807	192440	337196	68099	264913	349431	682443
TOTAL - %*	6.43	26.89	44.31	77.63	8.15	31.71	41.83	81.69
% Acumulado	6.43	33.32	77.63	77.63	8.15	39.86	81.69	81.69

Porcentaje del total de las personas por nivel

Fuente: Planeación Metropolitana. Dpto de Análisis Estadístico

En un análisis causa-efecto realizado por la Contraloría de Medellín en su auditoria al sistema encontró lo siguiente:

EFECTO	CAUSA
Inconformidad con el nivel asignado para el servicio del SISBEN	<ul style="list-style-type: none"> El usuario desmiente la información de la encuesta firmada por él Ignorancia sobre la clasificación del estrato.
No disfrutar del servicio en el momento requerido	<ul style="list-style-type: none"> Se dejan muchos certificados sin reclamar Los usuarios olvidan el lugar donde deben reclamar los certificados No existe conciencia sobre los beneficios del SISBEN. Cuando se presenta un nacimiento de un niño no lo inscriben en el año que tiene de plazo y cuando se presenta la urgencia van a reclamar el certificado y si no se les entrega, acuden a Derechos Humanos a quejarse. Duplicidad en la encuesta Desconocimiento de los beneficios del SISBEN La gente no vive en la dirección que dieron en el CERCA para la visita
Falta de oportunidad en el certificado por no encontrar la información lista	<ul style="list-style-type: none"> Problemas o errores de la digitación Duplicidad de la información La entrega de los certificados del SISBEN es un poco demorada
Tensión sufrida por las personas que laboran para el SISBEN	<ul style="list-style-type: none"> Mal trato de los usuarios a los funcionarios del SISBEN Hay lugares que no pueden hacer la encuesta por falta de seguridad, son amenazados para que no realicen la encuesta.

Finalizando el tercer trimestre de 1997 se habían realizado 179.191 encuestas, las cuales contienen 815.344 personas clasificadas en algún nivel socioeconómico. Además, se encuentran en análisis 4700 parejas por presentar duplicidad y, para el último trimestre del año, se tenían programadas 60000 encuestas para realizar.

⁶ Proceso de ampliación y actualización de cobertura a través de la encuesta Sisben a la demanda, informe final. Oficina Sisben. Medellín, enero de 1998

2.2. Selección y Afiliación

2.2.1. EPS Transitoria

La selección de los beneficiarios del régimen subsidiado fue adelantada inicialmente bajo la responsabilidad de las Gerencias Sociales de la Alcaldía, en coordinación con Metrosalud en su calidad de EPS-T; más recientemente, a partir del 1o. de abril de 1997 y luego de un acuerdo con el Departamento Administrativo de Planeación Metropolitana, esta asumió la responsabilidad de la selección de beneficiarios.

En la transformación que se hizo de Metrosalud en 1994, convertido entonces en ESE y con funciones transitorias de dirección local de salud, no se establecieron medidas específicas en relación con la transición hacia el aseguramiento de la población pobre. Sin embargo, a pesar de no existir un acto formal que le diera a la entidad el carácter de EPS transitoria, en la práctica ella administró los recursos del régimen subsidiado, sin cambios notorios en comparación con el sistema anterior, y estuvo sometida a un profundo debate entre quienes aspiraban a conformar una EPS pública y quienes buscaban acelerar la reforma con la participación de ARS y la escisión de Metrosalud en 10 ESE distintas.

Lo anterior, como ya se mencionó, constituye un obstáculo adicional para acceder a los recursos del Fosyga y avanzar en la cobertura del régimen subsidiado. En 1996, las directivas de Metrosalud se abstenían de realizar la convocatoria a las ARS como lo ordenaba el Decreto 2357 del año anterior y, más bien, buscaban mantener el mecanismo de EPS transitoria luego de haber participado activamente en el proceso de carnetización, adoptando una postura crítica ante la organización del régimen subsidiado, lo cual era considerado como privatización. Fue necesario, entonces, superar una fuerte discusión con el ministerio de salud, así como el cambio de dirección en la entidad, para realizar la convocatoria y afiliación a ARS, proceso que realmente apenas tomó fuerza en 1997, luego de haberse protocolizado algunos contratos en octubre de 1995.

Un funcionario de Metrosalud relató este conflicto en los siguientes términos: "el doctor Duran <el director> quería buscar una salida para que los recursos se quedaran en el sector público; a finales de 1995 contrató estudio para EPS pública <...> en febrero de 1996 la ministra de salud dijo: o convoca ARS o no le sigo girando recursos; el director fue señalado como alguien con ideas descabelladas...".

Durante esta fase inicial, el interés primordial consistía en la carnetización de las personas pertenecientes a los niveles 1 y 2 (carné verde) y 3 (carné naranja), además de ajustar las tarifas de la entidad para presionar que todas las personas tuvieran un agente pagador. Quien obró como coordinadora de la EPS-transitoria recuerda que en agosto de 1995 se buscó la carnetización de las personas identificadas en los niveles 1, 2 y 3 del Sisben, para lo cual se ubicaron 15 puestos de entrega en iglesias, escuelas y centros de salud, y se dio información masiva previa; sin embargo, a su juicio, la poca credibilidad de la gente con el carné provocó dificultades (en casos extremos, las milicias no lo permitieron) y fue así como solamente pudo entregarse un 10% de los documentos expedidos, mientras los restantes quedaron en hospitales, centros y puestos por zonas; además, agrega que era muy común la presencia de personas sin documento de identificación y niños sin registrar, lo cual también era un obstáculo para entregar el carné.

A partir de octubre del mismo año, Metrosalud adopta las tarifas SOAT y comienza a funcionar el uso del carné con el cobro de los copagos. De nuevo, se presentó protesta por parte de la comunidad y hubo problemas con las milicias quienes en varias

oportunidades se tomaron los hospitales. Esta situación, mencionada por la coordinadora de la EPS-transitoria, resulta cercana a la intervención de un líder comunitario en el Concejo: "<...> los líderes hemos estado pendientes al pie del cañón <...> hacíamos pactos para que nos atendiera todo el personal que fuera con urgencias o que fuera por las consultas en salud y no teníamos problemas. Ahora <...> volvimos e hicimos el pacto. En Belén no nos devuelven a ninguna persona que llegue sin plata, porque si no tiene el carné del Sisben ahí se le va acumulando <?>" (Concejo Municipal, 1997, Acta 339).

Fue en esta misma época cuando, dice la coordinadora de la EPS-transitoria, "el departamento y el municipio perdieron la oportunidad de crear una EPS rentable; ahora, las ARSs se lo están llevando todo". Los recursos recibidos en 1995 y 1996, fundamentalmente de las transferencias de inversión social, estuvieron destinados a apoyar la financiación del Sisben, principalmente en la carnetización, así como a mejorar los servicios de salud con el fortalecimiento de las urgencias y la contratación con algunos organismos privados para prestar servicios de segundo y tercer nivel⁷.

2.2.2. ARS

Luego de haber realizado la convocatoria a las ARSs en julio de 1996, a la cual se presentaron 11 de éstas, en octubre del mismo año se iniciaron los contratos con duración hasta marzo de 1997. En un principio, no operó el principio de la libre elección y fue necesario realizar las inscripciones de manera forzosa y con un criterio geográfico, buscando que las personas de una misma zona quedaran afiliadas a una ARS; posteriormente, al propiciarse el traslado entre ARSs por libre elección, este criterio desaparece.

La población afiliada en abril de 1997 ascendió a 97,404 personas, con una cobertura correspondiente al año y entre cuyas ARSs se destacan por el número de afiliados: Unimec, Coomeva, Comfenalco y Comcaja, las cuales alcanzaban el 65% de los afiliados. Posteriormente, se observa un avance lento en cuanto a los afiliados adicionales y a la duración de los contratos correspondientes, de manera que en julio se amplió la cobertura del régimen en otras 32,382 personas, en septiembre a 71,900 y en diciembre a 10,227, con una duración promedio de los contratos de unos 7 meses y cuya terminación se tiene programada, excepto en el último caso, para marzo de 1998 (ver Anexo 1).

El número total de afiliados en diciembre de 1997, lo cuales se encuentran en orden de importancia (ver Cuadro Anexo) en Cajas de Compensación Familiar (38.6%), EPS privadas (21.2%), EPS de origen cooperativo (18.6%), empresas solidarias (18.1%) y EPSs públicas (3.5%), corresponde a un 66% de la población 1 y 2 del Sisben y a un 33% de los niveles 1, 2 y 3; además, es significativa la baja participación de los recursos del Fosga en la financiación del régimen (13.3%, un 10% de lo proyectado en el plan de desarrollo 1995-1998), sin que exista claridad sobre la manera como habrá de mantenerse la cobertura alcanzada en 1997 y, mucho menos, de aumentar el número de beneficiarios.

También sorprende el hecho de que las Cajas de Compensación Familiar no hayan realizado afiliaciones importantes con sus recursos propios. Solamente se tuvo información para una de ellas, Comfama, con 5000 afiliados; para la Dirección de

⁷ En la realización del trabajo de campo, fue imposible acceder a información de presupuesto y contratos para conocer detalles sobre este aspecto. Más adelante se aporta un cuadro resumen a partir del cual pueden plantearse algunas cuestiones a nivel de inferencias o hipótesis.

Aseguramiento, ha existido poca capacidad de negociación de la administración para convocar a estos organismos y propiciar una mayor afiliación, de manera que los recursos han sido invertidos en otras localidades; igual argumento presenta la coordinadora del régimen subsidiado, quien señala que por las demoras en la implementación de la reforma en la ciudad se aplicaron recursos con destino a otros municipios del departamento.

“No existen los recursos necesarios para atender toda la población previamente determinada <...> pensar en un aumento de los carnetizados en Medellín en el corto plazo es una utopía, porque primero tenemos que garantizar que esas 213.000 personas sigan siendo carnetizadas <...> quedan así 498.522 personas vinculadas (niveles 1, 2 y 3 del Sisben) para ser atendidas con dineros de la oferta, necesitando para tal fin alrededor de \$32.594.864.00, recursos que la Secretaría de Seguridad Social en Salud para la vigencia de 1998 no tiene presupuestados en su totalidad <se dispone de unos \$17.000 millones>).

La conclusión, señores concejales, es que no hay plata para tanta gente”. (Director de Metrosalud, Concejo Municipal, 1998, Acta 17).

Esta preocupación fue compartida por el Concejo, en donde además se presentó una alarma acerca del aumento en el número de pobres: “<...> partimos de un déficit preocupante para garantizarle la atención a los que ya están afiliados <...> con la nueva estratificación hemos descubierto que los pobres son más pobres que se han incrementado en un número grande, particularmente el estrato 1 y 2 <...> no tenemos respuestas concretas sobre cómo garantizarle a esos ciudadanos que por ley, por lo menos teóricamente, tienen derecho a ser atendidos por parte del Estado” (Ibid).

2.2. Transformación de Recursos

No existe claridad en la ciudad acerca del proceso de transformación de recursos de oferta a demanda. Los funcionarios encargados del asunto dieron muestra de no comprender el problema, refiriéndose exclusivamente a cuestiones operativas que resultan de tres asuntos concretos: por una parte, el perfil de transformación de recursos ordenado por la Ley 344, con la destinación del 15% del situado fiscal de 1997 para afiliar población (esto correspondió a \$ 700 millones); por otra parte, se ve el proceso esencialmente desde Metrosalud, de manera que la transformación se expresa una recomposición de sus ingresos, con un aumento de las rentas propias (venta de servicios) y una disminución de las transferencias directas, asunto que efectivamente viene sucediendo y, en términos netos, representa un crecimiento sustancial de los ingresos del organismo dado que se ha presentado un mayor aumento en las rentas propias debido a la ampliación y destinación forzosa de las transferencias de inversión social y al monto recibido del Fosga; y por último, también se menciona por parte de algunos la necesidad de aplicar recursos propios a la afiliación, buscando con ello la cofinanciación del Fosga, lo cual constituye la verdadera transformación de recursos.

Además de la poca información verbal aportada por los entrevistados, la misma que daba cuenta de confusiones, resulta bastante difícil acceder a datos estadísticos y ejecuciones presupuestales, entre otras cosas por las dificultades provenientes de los conflictos y desajustes entre la Secretaría y Metrosalud. Por lo menos se encontró que, buscando resolver el problema de la baja cobertura del régimen, la nueva administración plantea transformar \$ 10 mil millones de sus recursos propios (algún funcionario se refería al caso del situado fiscal, cuando por este concepto no se alcanza a recibir aquel monto),

procurando de este modo acceder a recursos de la Nación; sin embargo, no existe certeza sobre el monto que pudiera recibirse y tampoco se analizan las implicaciones para continuar atendiendo a la población vinculada. Se recuerda, en este sentido, que el plan de desarrollo de la ciudad para 1995-1998 planteó negociar recursos con el Fosga por 33.6 mil millones en 1997 y, en la realidad, apenas se recibieron 2.4.

En términos generales, para las personas vinculadas al gobierno municipal y a las ARSs, el acceso de los pobres a los servicios de salud ha mejorado con los cambios introducidos en la Ley 100. Sin embargo, no existe evidencia probada con información estadística sobre el particular y, a cambio, se presentan tres visiones diferentes para caracterizar la situación.

- La opinión de la ciudadanía:

De acuerdo a lo expresado por líderes y voceros de la comunidad, aunque se presentan percepciones encontradas especialmente frente a la identificación y clasificación socioeconómica mediante el SISBEN, parece existir una aceptación sobre las posibilidades que ofrece el nuevo sistema, lo cual, según se aprecia, ha sido resultado en alguna medida de un efecto demostración que resulta de ver que otras personas acceden a servicios más fácilmente y con unos costos reducidos, a la vez que se aumenta la presión sobre la población no seleccionada, que siendo la mayoría, ocasiona quejas y reclamos permanentes.

Una lectura de las intervenciones que sobre este asunto se han realizado en el Concejo Municipal, así como en otros espacios de participación, da cuenta de la preocupación por las imperfecciones del Sisben para seleccionar a la población que realmente requiere de los subsidios públicos, así como generar información adecuada sobre el funcionamiento del régimen; por otra parte, se manifiesta permanentemente el deseo porque todas estas personas hagan parte del régimen subsidiado. Además, se presentan quejas acerca del tratamiento de las personas vinculadas, dando cuenta de un trato discriminatorio.

3. Actores

3.1. ARS

◆ ARS Saludcoop

Administradora de carácter cooperativo, constituida en diciembre de 1994 y con cobertura nacional (sede principal en Bogotá).

Para su director regional, quien ha alcanzado una afiliación de 150,000 personas en el departamento, se considera al SISBEN como un sistema inmaduro al cual le falta perfeccionarse mucho, en especial en cuanto a su base de datos. Existe buena cantidad de errores, entre ellos: mala escritura de los nombres, problemas de ortografía, mal manejo de los computadores. Ahora, confía en que parte de las soluciones están plasmadas en el Acuerdo 77 que, a su juicio, estabiliza el sistema.

Con las IPSs se presentan problemas de tipo técnico, educativo y cultural. Los primeros están referidos a la base de datos, que constituye el medio más seguro para la prestación de servicios, independientemente de la tenencia del carné; los segundos, por el desconocimiento que tienen los propios funcionarios de IPSs acerca de la reforma; y los últimos, por las resistencias a cambiar al nuevo sistema, como viene sucediendo en el Hospital San Vicente en donde: "por tener una cultura de atención caritativa, no realiza el cobro de los copagos, entonces esto lo debe asumir la ARS <...> aquello de la atención

gratis que se daba en el pasado debe terminar y tanto los usuarios como las personas que presten el servicio deber ser conscientes de ello para no entorpecer el sistema".

En los contratos con IPSs predomina la capitación para los servicios de primer nivel, incluidos los de promoción y prevención; sin embargo, no se tiene información sobre las actividades realizadas en esta área; una propuesta, planteada por el director de esta ARS, sería sacar estos servicios de la UPC y obligar a las IPSs a facturarlos; además, advierte que "debe existir un equilibrio entre lo que efectivamente se realiza y lo que se escribe, muchos municipios escriben muy bien y parece que el sistema funcionara muy bien, pero en la realidad se malgastan recursos, mientras otros funcionan bien pero no escriben nada, entonces se trata de equilibrar las cosas".

En el caso de Medellín, se contrata el primer nivel de atención con Metrosalud (pago por capitación, equivalente a un 60% de la UPC-S) y los niveles más complejos con organismos privados (pago por evento). Para esta administradora, la oferta de servicios es suficiente para garantizar el POS-S; además, se están creando más hospitales y los existentes se están modernizando⁸. Sin embargo, más adelante, cuando se produzca descongestión de la demanda que se tiene represada, podría darse un exceso de oferta. Por otra parte, se tiene la idea de que el acceso de la población pobre a los servicios ha mejorado mucho, aunque se aclara que esto sucede "sólo en los pobres que se han podido afiliar".

La ARS presenta estabilidad financiera y económica. En general, "los recursos de la UPC alcanzan para cubrir todos los gastos", aunque se advierte que, en el caso de Medellín, el último año no han recibido pagos por parte de la Dirección Local de Salud y esto es referido como un acto de negligencia de parte de los funcionarios correspondientes ya que se tiene información, por parte de la ARS, de que el Fondo Local posee los recursos para ello.

En cuanto a la competencia entre ARS, el director establece una diferenciación entre el intento por reunirse a tomar decisiones en conjunto, lo que él denomina "competencia leal" y que involucra cosas como acuerdos sobre la lectura de las normas, relaciones con IPSs y con las entidades territoriales, y el comportamiento desleal de quienes, por atraer beneficiarios, prometen beneficios que no pueden cumplir y que la ley no estipula (como mercados y tratamientos en el exterior).

◆ ARS Comfenalco: Caja de Compensación Familiar.

La coordinadora del régimen subsidiado de esta ARS manifiesta que se presentan grandes dificultades con la base de datos del SISBEN, como: direcciones erróneas, carné que no corresponden, nombres o apellidos mal copiados; los problemas se presentan luego de la afiliación, cuando aparecen inconvenientes por no cubrir todo el núcleo familiar o este ha cambiado de dirección. Por otra parte, la selección de los beneficiarios "parece ser amañada, existen palancas y funcionamientos irregulares".

La ARS entrega los carné puerta a puerta e invierte muchos recursos en publicidad; sin embargo, se reconoce que "mucha gente no se entera de sus derechos"; además, muchas veces la gente no los reclama y pasados dos meses se eliminan, en otras

⁸ En la entrevista inicial, el director regional estuvo de acuerdo en esta afirmación. Sin embargo, al consultarlo dos meses más tarde para verificar una información, señaló que la red de servicios no alcanza a responder a la demanda y, en tal sentido, se exploran otras posibilidades distintas a Metrosalud; pero, en general, habría el fenómeno contrario de restricciones de oferta.

ocasiones resulta que sobran personas y aparecen problemas relacionados con la base de datos.

La ARSs está buscando que las IPSs informen acerca de las labores de promoción y prevención que realizan, para lo cual reciben un reconocimiento dentro de la capitación correspondiente al primer nivel. En el próximo contrato se exigirá información periódica sobre las acciones que se estén realizando.

La oferta de servicios es suficiente, cada vez hay más instituciones, más servicios, y la oferta se adecua a la demanda; en general, se sigue el mismo esquema de las ARSs de la ciudad, contratando el primer nivel de atención con Metrosalud, debido a las ventajas que representa para los usuarios y al reconocimiento que se tiene sobre la red pública. Además, es notorio cómo los pobres acceden a tratamientos costosos que antes no podían pagar; para la coordinadora del régimen subsidiado, "pareciera como si las condiciones fueran incluso mejores que para el régimen contributivo".

En su calidad de Caja de Compensación, Comfenalco brinda algunas ventajas a sus afiliados; acceso a mejores precios a los clubes recreativos, bibliotecas y cursos de capacitación; sin embargo, para ella esto no se utiliza como "gancho" ni estrategia publicitaria.

Al iniciar el proceso de afiliación se presentó competencia desleal, se prometían servicios que no estaban cubiertos en el POS, ahora, sin embargo, se confía en la agremiación: "Comfenalco ha liderado procesos importantes en el sentido que convocan a todas las ARSs de la ciudad y se reúnen a discutir problemas de interés común, en lo cual se destaca una menor participación de ESS. En el futuro, se piensa unificar las remisiones".

Por último, como se ha hecho evidente, la UPC está mal calculada y ha sido necesario agregar más servicios. En general, para la ARS su comportamiento financiero ha sido bueno, a pesar de que se presentan demoras en los pagos por parte de la dirección local los cuales ascienden en ocasiones a cuatro meses.

◆ ARS Coomeva: Cooperativa médica.

La persona encargada de entidad considera que existen dificultades relativas al proceso de selección: no ha sido posible llegar a todos los rincones donde se encuentran los potenciales beneficiarios; falta objetividad en las respuestas de la población encuestada; se han presentado presiones políticas para la selección de beneficiarios y la elección de ARS por parte de éstos.

El proceso de carnetización a los afiliados ha sido lento, debido a que no se cuenta con una buena base de datos del SISBEN, incluido el software, lo cual dificulta la entrega de estos documentos. Esto, unido a las dificultades de acceso a ciertas zonas violentas, para hacer entrega puerta a puerta, no ha permitido carnetizar a todos los afiliados; se ha buscado, por parte de todas las ARSs de la ciudad, seleccionar puntos estratégicos para entregar los carné, con información previa a través de medios de comunicación.

La prestación de los servicios de Coomeva se garantiza por medio de la red de servicios de la ciudad: centros de salud y unidades intermedias de Metrosalud, para el primer nivel de atención (capitación), y Hospital San Vicente, Hospital General y Hospital Pablo Tobón, entre otros, para segundo nivel y enfermedades de alto costo (evento); consideran en Coomeva que la red para este último tipo de atenciones se encuentra bastante limitada.

Los copagos que deben cobrar las IPSs, son negociados dentro de los contratos como ingresos de estas, sin que estén incluidos en la UPC.

En una visión integral, para Coomeva es necesario establecer campañas que ayuden a la educación de la población más pobre en cuanto a la comprensión del SGSSS; además, capacitación de promoción, prevención y educación de la salud, para lo cual se requiere de una concertación entre las direcciones locales de salud, en cuanto al PAB, las ARSs, EPSs e IPSs.

◆ **Afiliación de indigentes:**

En Medellín se lleva a cabo un programa especial sobre afiliación de indigentes, con la afiliación de 724 personas. El proceso de selección para su afiliación fue el siguiente: se visitaron las 37 ONGs que tienen programas con indigentes y, a modo de experiencia, se seleccionaron y afiliaron 724 de los aproximadamente 10.000 que existen en Medellín. A partir del 15 de septiembre empezó a funcionar dicho programa; los carné fueron entregados a cada una de las instituciones para que hagan su utilización cuando los afiliados requieran de la prestación de los servicios. La base de datos para estos indigentes tiene el reporte de novedades (nacimientos, ingreso a la institución, muertes, los que abandonan la institución, entre otros).

3.2. Empresas Prestadoras de Servicios

◆ **Metrosalud: el caso de la Unidad Intermedia de Belén**

En términos generales, durante el primer año de operación del régimen subsidiado las ARSs contrataron los servicios de primer nivel de atención con Metrosalud. Una comparación entre los montos de los contratos de la Dirección Local con ARSs, y entre éstas y la principal ESE de la ciudad, da cuenta de que los pagos a esta entidad ascenderían a un 46.5% de los recursos destinados a la afiliación de la población pobre, porcentaje que se mantiene de manera aproximada en el presupuesto para 1998. Por otra parte, la Contraloría Municipal, realizó visitas a varios centros de salud y al Hospital General de Medellín, de las visitas se pudo concluir que de las personas que allí acuden, aproximadamente el 85% poseen carné del SISBEN. Cabe anotar que las personas que aún no estén carnetizadas y requieran de los servicios de salud y además no posean recursos económicos, son atendidas en estos centros asistenciales previo estudio socioeconómico como si tuvieran carné del SISBEN; sin embargo, para estos y para los vinculados se presenta el problema de que la ficha de la persona que va a utilizar el servicio no se encuentra en el sistema, entonces si la atención no es urgente remiten a éste a verificar la información vía Secretaría de salud o SISBEN y que regrese con dicha información.

Al momento de requerir los beneficios del sistema se presentan varios inconvenientes: desaparición de la base de datos de Metrosalud, si han existido duplicidades, desconocimiento de los beneficios del SISBEN, falta de certificado por parte del usuario, inconformidad de los usuarios. Respecto al primer punto, éste se presenta por ignorancia de los mismos usuarios, toda vez que éstos piensan que si están inscritos varias veces en la base de datos del SISBEN aseguran el disfrute de los servicios y lo que ocurre es que el sistema lo saca de la base de datos y pasan un estudio minucioso para verificar la duplicidad y esclarecer cuál de las dos encuestas tiene la información real; mientras esto sucede la persona no aparece en el sistema. Respecto al segundo punto, que va ligado al tercero se concreta en que los usuarios acuden a estos centros asistenciales a pagar lo que normalmente se paga por no tener el certificado del SISBEN y esto se debe a que desconocen por completo que están registrados. A pesar de lo anterior y como ya se mencionó, de todas formas las personas son atendidas. Con respecto al último punto no es realmente un inconveniente lo que se presenta, los usuarios pretenden tener más de lo que se les asigna como beneficiarios.

Una de las Unidades Hospitalarias adscrita a Metrosalud es la de Belén, “Héctor Abad Gómez”, la cual ofrece los servicios de oftalmología, cirugía general y electiva, urgencia médica general, odontología, consulta médica general, laboratorio clínico, farmacia (medicamentos esenciales para el cubrimiento del P.O.S), ayudas diagnósticas, servicios de apoyo (psicología, nutrición, trabajo social, optometría), red de urgencias, programas y consultas médicas y hospitalización en obstetricia, medicina interna-cirugía.

En entrevista con el director de este Hospital, al cual además se encuentran adscritos cuatro puestos de salud, se destacó lo siguiente :

- La Unidad atiende unos 100.000 pacientes correspondientes a la zona suroccidental de la ciudad. Para el caso de las personas afiliadas a ARS, se contrata con una capitación equivalente al 60% de la UPC-S, destacándose el cumplimiento de las ARSs en el pago.
- No se practican restricciones para atender a la gente. Los cobros se efectúan a las personas que no están en ARS, siendo necesario establecer unos pagos por cuotas ; en muchos casos, la gente se va sin pagar.
- La UPC "alcanza y sobra" para financiar el POS ; tanto es así que se vienen incluyendo más servicios como hernias y rehabilitación. Sin embargo, se advierte que los cambios normativos se convierten en un problema.
- Aunque se posee una liga de usuarios, ésta no resulta útil porque sus integrantes responden a intereses políticos o no son muy educados.
- Dentro de los cambios propiciados por la Ley 100 se destacan el desarrollo de la infraestructura, con la remodelación de quirófanos, área de urgencias y hospitalización, para lo cual se ha contado con los recursos necesarios; en administración, se han descentralizado procesos y se ha recortado personal innecesario; nuevo servicio, más ágil; sistematización de las labores del personal.
- En el proceso de transformación de recursos se dan dificultades : es muy difícil cambiar el esquema mental del personal, que entiendan los cambios y se apropien de las nuevas reformas ; además, implica problemas con el nivel central (Metrosalud) pues constantemente ataca las ideas y el funcionamiento innovador de la Unidad.
- Ha mejorado bastante el acceso de los pobres a los servicios: "parece que es mejor estar en el SISBEN que en el Seguro Social. Al principio de la reforma, la gente no acudía mucho a los servicios, pero ahora que existe una mayor información y divulgación la gente abusa de los recursos". Para este director, los propios funcionarios del sector se resisten a adaptarse a un nuevo sistema en el cual se cobra una tarifa plena a quien no posee afiliación a la seguridad social, se requiere de la presentación de un documento para la atención y facturación a un tercer agente; además, frente al manejo burocrático y centralista, la unidad intermedia pierde agilidad en cuanto a suministros, negociación de contratos y vinculación de personal.

◆ El Hospital Universitario San Vicente de Paúl:

Este hospital, una fundación privada, ha sido tradicionalmente quien atiende a la población pobre del Departamento y otros departamentos vecinos, habiendo desarrollado especialidades médicas en asocio con los avances de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y con unos resultados financieros deficitarios que eran compensados en parte a través de asignaciones especiales del presupuesto público o de

donaciones particulares y de las campañas adelantadas en favor del hospital, en especial por parte de la Corporación Corpaúl.

En un trabajo reciente sobre la situación financiera del hospital, en el marco del nuevo sistema, se concluyó lo siguiente (Tobón et al, 1997): la Ley 100 introdujo un ajuste en el objeto social del hospital ; ahora, distinto al criterio de caridad cristiana invocada en su misión, lo que ha hecho la Ley 100 es asignar un doliente por cada servicio ; en lo relativo a la población pobre, el esquema de subsidios a la demanda permitiría garantizar el acceso de los pobres a la vez que se alcanzaría una mejor situación financiera para el hospital.

Aunque en la construcción de escenarios financieros se considera una posibilidad en la cual se alcanza un saldo operacional positivo, y pese a que recientemente se ha reconocido una mejoría en los ingresos del hospital sin que se produzcan cambios notorios en la producción de servicios, se advierten las siguientes dificultades : en primer lugar, si bien el hospital viene facturando con las tarifas SOAT, no se conocen los costos reales de cada servicio.

En segundo lugar, para la recuperación de los ingresos se tiene que el monto de la facturación correspondiente a la atención de los vinculados supera lo establecido en el contrato con la Dirección Seccional ; adicionalmente, las cuotas de recuperación o copagos se transforman, en una gran proporción, en cuentas incobrables.

En tercer lugar, es importante tener en cuenta el concepto presentado por la trabajadora social del Hospital (ver Anexo).

- Es frecuente que población de estratos de vivienda 1 ó 2 sean identificados con Sisben 3 y esto produce reclamos por parte de los pacientes ; igual cosa sucede con población de estrato 3 que es ubicada en Sisben 4 ó 5. En estos casos, la población no merece subsidio pero en la realidad la cartera del hospital aumenta ante la imposibilidad de una reclasificación oportuna. Si la atención no es urgente, la persona tendrá mayores dificultades para acceder a los servicios.
- Otro problema muy común está referido a la presencia de ancianos y niños recién nacidos sin documento de identidad, de manera que no están incluidos en las bases de datos. Además, por la situación de violencia reinante en la ciudad se oculta la identidad real.
- La reglamentación de la Ley 100 es compleja y genera diferentes interpretaciones entre IPS, ARS, EPS, DSS y Supersalud. "Conciliar criterios al respecto resulta un desgaste permanente y en medio de este proceso se encuentra la población beneficiaria, la cual a la postre no tiene claridad sobre a lo que tiene o no derecho". Además, se presentan sentencias judiciales que crean precedentes para modificar el reglamento.
- Se presentan continuamente, glosas por parte de los agentes pagadores: Direcciones Seccionales de Salud, ARs y Metrosalud. Se advierte, además, lo complejo del sistema de facturación ya que debe tenerse en cuenta la fragmentación del cobro a varios agentes, presentándose entonces devoluciones de parte de estos cuando consideren que no tienen la responsabilidad sobre ellos.

Recursos financieros del sistema local de salud (METROSALUD) 1994-1998

METROSALUD	1994	1995	1996	1997	1998
1. Ingresos	20.371	29.637	45.674	60.209	86.787
Rentas propias	2.600	3.330	4.207	14.567	62.012
Rég. Contributivo					400
Rég. Subsidiado					11.500
Atención vinculados					37.112
Copagos					6.500
PAB					5.900
Municipio	11.879	18.346	30.012	28.443	13.800
Situado fiscal	2.442	4.707	5.743	6.335	7.475
Otras transferencia	1.438	196	619	2.105	-
Fosga			4.467	1.794	-
Recursos de capital	2.004	2.600	626	6.964	3.500
2. Gastos	20.670	30.275	42.329	56.586	86.786
Servicios personales	11.727	15.030	17.538	27.267	48.276
Gastos generales	2.401	3.951	5.136	5.616	6.672
Transferencias y aportes	1.342	4.899	5.311	13.050	5.798
Deuda	43	295	352	383	1.220
Inversión	5.757	6.099	8.439	10.270	24.820
Contratos ARSs	-	-	5.553	-	-

Fuente: área tesorería Metrosalud.

4. Conclusiones

La implementación del régimen subsidiado en la ciudad de Medellín ha avanzado de una manera lenta, con incumplimientos sobre los plazos fijados por la Ley y sus normas reglamentarias, y en ella se encuentran dificultades provenientes de conflictos y visiones divergentes entre los actores responsables del proceso. Es notorio el bajo porcentaje de personas afiliadas al régimen subsidiado (un 33% de la población en niveles 1, 2 y 3 del SISBEN) y, en consecuencia, son grandes las presiones ejercidas por la población catalogada como vinculada, tanto para ser afiliada como para recibir los servicios en igualdad de condiciones a lo sucedido con los beneficiarios de las ARS; además, el panorama financiero no es claro y se presenta un déficit que, de acuerdo con la nueva administración, supera los \$ 40.000 millones en 1998.

Los problemas que se han tenido en el proceso de implementación pueden agruparse, esencialmente, en aquellos derivados de cuestiones políticas y sociales y en los que resultan de la ingeniería del sistema, particularmente sus características técnicas y financieras. En cuanto a los primeros, se destacan inconformidades, quejas y desacuerdos permanentes, manifestados en el Concejo Municipal y en otros foros de participación ciudadana, dirigidos especialmente al funcionamiento del SISBEN y a la atención de la población beneficiaria. En general, el proceso de focalización ha sido bastante cuestionado por presentar problemas de orden público serios, servir a los intereses de políticos y ser demasiado complejo y poco útil para capturar a la población más pobre.

- La politización del SISBEN:

El proceso relativo al SISBEN tiene varias connotaciones políticas que dan cuenta de sus atrasos y dificultades. En primer lugar, aunque se dio inicio de manera temprana, esto más bien respondía al interés de la Misión Social de poner a prueba el instrumento diseñado para la clasificación socioeconómica, de manera que la aplicación de la encuesta recibió el impulso del gobierno nacional mientras que a nivel local no se asignaron recursos ni se dio carácter formal a la dependencia que comenzaba a formarse.

Este hecho es un buen ejemplo de los fracasos y demoras en programas de gobierno, atribuidos a las diferencias que se presentan entre los actores de la implementación en cuanto a su compromiso y preferencias con los programas. En el caso que se ilustra se buscó, por parte de un organismo nacional, la realización de una prueba piloto sin que haya existido al mismo tiempo el convencimiento de la administración local sobre la utilidad de la encuesta y la importancia de adoptarla como instrumento de focalización.

Sumado a lo anterior, todos los agentes encargados de la implementación se quejan de los cambios de normas y la emisión de señales equivocadas y en ocasiones contradictorias. Se destaca, por ejemplo, la necesidad de reunirse las distintas ARSs con la Dirección Seccional, a fin de acordar el sentido de las disposiciones emanadas del Consejo Nacional y del Ministerio.

Las cuestiones políticas sobre el SISBEN también tuvieron lugar al interior de la ciudad. En un debate adelantado en el Concejo, una representante de la ciudadanía manifestó lo siguiente: "Para nosotros no es desconocido que <el SISBEN> es una herramienta a nivel nacional, pero que las ciudades y los entes territoriales tienen que aplicarla <ahora> estamos en lo mismo diciendo que es una herramienta que apenas se está implementando, pero que fue obligatoria desde el 94 y llevamos tres años sin implementarla <...> lo único cierto es que sigue habiendo fallas en el SISBEN, que no hay

equidad en la distribución de sus recursos y no hubo honestidad, ni ética ni profesional en la focalización" (Concejo Municipal, 1998, Acta 17).

Esta declaración da cuenta de los intereses encontrados en cuanto a la afiliación de los pobres a la seguridad social y el uso del instrumento de focalización, lo cual se tradujo en descontento y la puesta de obstáculos por parte de la misma ciudadanía para realizar la encuesta⁹. En una palabra, se trata de llevar el SISBEN al debate público y esto también ocasionaría retrasos por la falta de acuerdo y los juegos de incentivos entre los principales actores, llevando en algunos casos a la presentación de denuncias por comportamientos irregulares de funcionarios y concejales, aplicación discrecional de la encuesta y cambio de voto por carné, entre las más importantes.

- Barreras culturales y sociales para el desarrollo del SISBEN:

Además de las cuestiones políticas, la focalización se enfrenta a vicios y realidades que la desbordan como estrategia para mejorar la eficacia del gasto público y alcanzar una mayor equidad. Concretamente, ha sido notorio en la ciudad el papel atribuido al orden público en las comunas, cuya manifestación sobresaliente tiene que ver con la existencia de milicias populares y pandillas juveniles, de manera que la aplicación de la encuesta recibe un gran rechazo al juzgar que se trata de labores de tipo policivo, al mismo tiempo que se ve alterada la marcha de procesos como la actualización de tarifas y la atención con documento de identidad, principalmente en los servicios de urgencias. De manera dramática, en el Concejo Municipal se denunció el asesinato de dos personas vinculadas a este proceso.

Estos hechos de fuerza obstaculizaron durante buen tiempo el proceso y sólo cedieron en la medida en que la gente se fue dando cuenta de la importancia de contar con un carné para acceder a los servicios de salud. Pero también es importante tener en cuenta la idiosincrasia de la gente, reflejada en hechos como la inscripción en varias oportunidades para recibir a un encuestador, el ocultamiento de información, la falta de documentos de identidad, el mal uso de los carné y la búsqueda de doble afiliación, entre otros fenómenos.

También es importante considerar, como asunto cultural, la posición y preparación de funcionarios y agentes prestadores de servicios frente a la reforma. En general, se advierte un desconocimiento sobre los principales procesos que están involucrados para el éxito en cuanto a cobertura universal, en especial la transformación de recursos; igualmente, se destaca que en las entidades prestadoras subsisten los criterios de asistencialismo y caridad, sin acomodo al nuevo sistema y resistiéndose al cambio.

- Las complejidades técnicas y financieras:

El SISBEN también presenta problemas serios desde el punto de vista técnico y financiero, lo cual lleva a muchos a preguntarse por su utilidad real: se justifica gastar tanto dinero para mantener el instrumento y actualizar la base de datos?. Como puede deducirse de la información recolectada, sobre este punto no hay acuerdo; sin embargo,

⁹ Las dificultades y consecuencias inherentes a la focalización del gasto público tienen que ver, de manera importante, con las implicaciones políticas al excluir sectores antes beneficiarios de programas universalistas, y económicas que se traducen en los costos de identificar, seleccionar y atender a la población beneficiaria de los programas focalizados. No está demostrado que el beneficio neto del segundo tipo de programas sea superior al primero, teniendo en cuenta además cuestiones de legitimidad política (Sojo, 1990)

se reconoce que el SISBEN cuesta, incluso la nueva administración decidió tomar un crédito para financiarlo, y también se acepta que es un proceso susceptible de mejorar.

Desde un comienzo se observó la complejidad de la aplicación de las encuestas, la manera como la gente oculta y distorsiona información, el comportamiento de los propios encuestadores que, siendo pagados por encuesta terminada, orientan su trabajo hacia los hogares con menos personas y de más fácil acceso. En resumidas cuentas, todavía falta un porcentaje de población por identificar, ciertamente pequeño y que se viene atendiendo mediante la demanda; pero además, continuamente es necesario atender a quienes reclaman sobre el nivel en el cual fueron clasificados y, lo más preocupante, hay cuellos de botellas serios para detectar cambios oportunamente y registrar personas como las que vienen siendo llamadas "desplazadas".

- Los ajustes institucionales en medio de la discusión política:

En el contexto político también se observan indecisiones y dificultades para adelantar los ajustes institucionales necesarios para la operación del nuevo sistema. Sobresale lo sucedido con Metrosalud, organismo que fue transformado en ESE desde 1994 pero que mantuvo las funciones de dirección local de salud prácticamente hasta finales de 1996, sin que se haya producido un acto formal de constitución. Mas bien los directivos de la entidad en 1996 buscaban la conformación de una EPS pública y en la práctica intentaron comportarse como tales, manteniendo los recursos de demanda para prestar servicios directamente a la población, así como participar activamente en la identificación y carnetización de los pobres.

Esta situación se hizo insostenible, en especial por la presión que ejerció el Ministerio de Salud para realizar la convocatoria a las ARSs y con el cambio de directivos hacia octubre de 1996, se iniciaron los contratos con estos organismos; sin embargo, persiste un conflicto grande alrededor de Metrosalud ya que la nueva administración de la ciudad retomó la propuesta sobre su escisión en 10 ESEs diferentes.

Como puede notarse, acá se enfrenta otra restricción derivada de los intereses y compromisos de los actores encargados de implementar la reforma. Ahora parece presentarse una polarización entre la secretaría de seguridad social en salud, dirigida por quien antes fuera secretario departamental y se encuentra comprometido con el desarrollo de la reforma de la manera como lo establece el Ministerio de Salud, y Metrosalud, cuyo director busca mantener la unidad de empresa y hacer respetar el período fijo de su cargo, además de recibir los recursos correspondientes para atender a la población vinculada.

- Los avances en la afiliación y transformación de recursos:

Como consecuencia de las dificultades planteadas, puede afirmarse de manera drástica que aun no se consolida el nuevo sistema en la ciudad y se presentan grandes sacrificios como los avances relativamente bajos en cuanto a afiliación y en la inexistencia de un plan de sustitución de recursos de oferta y demanda. En cuanto a lo primero, la afiliación se inició tardíamente y los aumentos se han dado para períodos inferiores al año, con una gran incertidumbre para mantener a la población ya afiliada; sobre lo segundo, fue imposible conocer información para clarificar el escenario y sorprende el hecho de que las personas entrevistadas no comprenden este proceso.

Por la manera como se ha dado la participación de ARSs y la operación del régimen subsidiado como un todo, es posible advertir sobre la ocurrencia de dificultades propias

de los mercados de salud, las mismas que han sido desconocidas por quienes vienen implementando la reforma a nivel nacional y local. En primer lugar, el principio de la libre elección opera de manera restringida, en especial por falta de información y por barreras culturales, además de que en algunos casos la inscripción es inducida con el ofrecimiento de incentivos materiales o en dinero.

Otro aspecto que también puede ser visto en Medellín se refiere a los mecanismos establecidos para la afiliación y el funcionamiento de ARSs. En primer lugar, si bien algunos de estos organismos se quejan de prácticas desleales, todas ellas vienen buscando acuerdos para manejar el mercado y acordar las formas de pago con IPSs.

Finalmente, en relación con la transformación de recursos, resulta sorprendente el desconocimiento que se tiene de este proceso entre los funcionarios locales. Por la información que se pudo recolectar, se percibe que por el momento no se tienen proyecciones de recursos ni se ha evaluado el impacto sobre la población vinculada. En un nivel más específico, en el sector de hospitales se presenta una mayor generación de rentas propias como resultado de la contratación proveniente de los recursos nuevos, pero tampoco se posee una evaluación sobre los efectos de la transformación y, en el caso de Metrosalud, se acusa un déficit grandioso que, a su vez, estaría a cargo de la Secretaría de Seguridad Social.

- Y... qué hay del acceso a los servicios?:

Por último, aunque no se poseen datos sobre prestación de servicios que permitan sugerir algo firme, para las personas que fueron entrevistadas es evidente el mayor acceso a los servicios por parte de los pobres, pero sí se advierte del trato diferencial que se registra entre la población subsidiada y la vinculada. Una mirada sobre lo que viene sucediendo a nivel del sector de hospitales permite probar que al menos se viene ampliando la oferta de manera importante, mediante la construcción de nuevos proyectos, la ampliación de los existentes y la contratación de nuevo personal.

A pesar de contar con este consenso, la verdad es que no se conoce información concreta sobre el acceso por parte de la población pobre. Además, a manera de hipótesis puede plantearse que, por una parte, dados los retrasos en la incorporación de esta población a la seguridad social, aún no pueden establecerse efectos sobresalientes; y, por la otra, es posible que se presenten diferencias en los movimientos en el acceso, de manera que mientras en el primer nivel parece que no suceden cosas notorias si se tiene en cuenta que en el proyecto de escisión de Metrosalud la administración plantea que en los últimos años se ha presentado una disminución en la producción de servicios, a pesar de tener contratación con las ARSs y con la dirección local, lo cual significa que la población sería la misma aunque probablemente se produzcan desplazamientos de usuarios del régimen contributivo, en los niveles más complejos, especialmente para la atención de las enfermedades de alto costo, algunos reconocen restricciones de la oferta y que es precisamente allí en donde más se benefician los pobres.

Con todo lo anterior y teniendo en cuenta el modelo de acceso propuesto por Aday and Andersen, puede plantearse que existen condiciones para un mayor acceso potencial, el cual con el tiempo debería permitir una ampliación del acceso real. Concretamente, se ha contado con una expansión importante de la oferta de servicios, especialmente a nivel de hospitales y en un ambiente competitivo, de manera que se haga posible el acceso al paquete contemplado en la Ley 100 (POS); además, la adopción del seguro y los cambios culturales que ello y la reforma en su conjunto plantean, permiten reducir la demanda

insatisfecha y garantizar a la población el acceso al conjunto de servicios regulados en el POS-S.

No obstante, existen algunas cuestionamientos en relación con esta argumentación. En primer lugar, desde el punto de vista institucional en la ciudad se presentan inconsistencias y debilidades importantes, las cuales se manifiestan en un avance lento de la afiliación y en procesos que se adelantan en forma conflictiva, emitiendo señales de incertidumbre; en segundo lugar, el funcionamiento del sistema con la incorporación de nuevos organismos también plantea interrogantes acerca del alcance de la universalidad y la eficiencia: las colusiones que se perciben entre ARSs, la inaplicabilidad de la libre elección, los problemas de información y la continuidad en la contratación con la red pública de servicios lleva a una pregunta crucial: son las ARSs intermediarios innecesarios?

Referencias Bibliográficas

- ADAY, Lu A. and Ronald Andersen (1974). "A Framework for the study of access to medical care". Health Services Research 9:208-20.
- CARRASCO, Pedro José (1995). Informe final de la interventoría de la encuesta SISBEN. Medellín, julio, Planeación Metropolitana.
- CONTRALORÍA GENERAL DE MEDELLÍN (1996). Informe de Auditoría al SISBEN. Medellín, noviembre, Contraloría.
- CONCEJO MUNICIPIO DE MEDELLIN. Actas del Concejo: 13 de 1995, 339 de 1997, 17 de 1998.
- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO PLANEACIÓN METROPOLITANA (1997). Boletín SISBEN No. 2. Medellín, octubre.
- (1988). Proceso de ampliación y actualización de cobertura a través de la encuesta SISBEN a la demanda, informe final. Enero de 1998.
- (1996). Anuario Estadístico Metropolitano 1995. Medellín, 1996.
- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN DE ANTIOQUIA (1996). Anuario Estadístico de Antioquia 1994. Medellín.
- EL COLOMBIANO. Oct 25 de 1997. p. 2c-4c.
- GERENCIAS SOCIALE DE MEDELLIN (1996). Informe de Interventoría realizado por Gerencias Sociales y Metrosalud al proyecto SISBEN. Déficit de cobertura realizado por la Universidad de Antioquia.
- MINISTERIO DE SALUD. Estadísticas Municipales. Santafé de Bogotá, 1996.
- SOJO, Ana (1990). "Naturaleza y selectividad del gasto público".
- TOBÓN, Fernando et al (1997). "Prospectivas del Hospital San Vicente de Paúl en el marco de la nueva normatividad en salud". Informe de investigación. Medellín, Universidad de Antioquia. Centro de Investigaciones Económicas.

Entrevistas realizadas:

- Dra. Beatriz Giraldo, Directora Régimen Subsidiado, ARS Comfenalco.
- Dr. Miguel Angel Gómez, Director Régimen Subsidiado, ARS SaludCoop.
- Dr. Víctor Manuel Blair, Director, Unidad Hospitalaria de Belén.
- Dr. Fernando Giraldo, Director Régimen Subsidiado, ARS Coomeva.
- Luz Estella Vélez, Administradora SISBEN.
- Dr. Dario Angel, Jefe Departamento Administrativo Planeación Metropolitana.
- Dr. Román Restrepo, Secretario de Salud, Dirección Local de Salud.
- Dr. Roberto Paz, Aseguramiento régimen subsidiado.
- Octavio Grisales Bedoya, Veedor SISBEN.

Nota : se estableció cita por tres veces con el Sr. Edgar Martín, Director del Régimen subsidiado de Unimec en Medellín, pero éste incumplió a las tres citas ; motivo por el cual no se pudo recoger la experiencia de Unimec como administradora del RS en ésta ciudad.

Anexo

Resumen de los resultados (esquema)

1. Ajustes institucionales

Creación DLS: En 1996 se creó la Secretaría: Seguridad Social en Salud como ente dependiente de la alcaldía, aunque de tiempo atrás (1994) venía funcionando en Metrosalud.	Creación FLS: Se creó en 1992; éste era administrado por Metrosalud; ahora, es una dependencia de la Secretaría.	Transformación hospitales en ESE: Se transformaron Hospital General y Metrosalud (1994). En la actualidad se pretende que cada unidad de Metrosalud se convierta en ESE.	Certificación: En 1994 se dio la certificación. Hubo serios problemas, pues Metrosalud era transitoriamente con funciones de DLS y FLS.
---	--	--	---

2. Encuesta SISBEN

Iniciación de la encuesta en 1994, en viviendas de estratos 1 y 2 (700.000 personas); fue uno de los casos piloto en el país. Inicialmente se contrató con ESUMER (40%); después con Facultad Nacional de Salud Pública (fines de 1995); en 1997, lo realizó el municipio con cubrimiento del 95% en los estratos 1 y 2. Se han hecho tres interventorías: 1995, 1996 y 1997.

3. Afiliación ARS

EPS-T: No se estableció formalmente, pero Metrosalud fue EPS transitoria de octubre de 1995 a septiembre de 1996; se prestaron los servicios y se dio el carné verde.	Convocatoria ARS: Como las directivas de Metrosalud tenían el proyecto de crear una EPS- Pública, la convocatoria demoró tiempo en hacerse, comprometiendo los recursos del Fosga.	Elección: La libre elección no operó y fue necesario realizar afiliación forzosa. La desinformación en muchos casos hace que no se conozca sobre los derechos.	Contratación: Los primeros contratos se hicieron el sept. de 96, con la afiliación de 76.000 personas. También se afiliaron 762 indigentes.	Renovación contratos: Los contratos se renovaron en 1997, en abril, sept., julio y diciembre. Unos tuvieron duración de seis meses y otros de un año. Se amplió cobertura a 213 mil en 1997.	Carnetización: A pesar de que las ARS tienen todos los carné, no han sido entregados en su totalidad. Hay personas con dos y tres carné de distinta ARS.
---	--	--	---	--	--

4. Servicios y recursos

Oferta de servicios RS en la ciudad: Metrosalud con sus unidades intermedias y centros de salud, prestan servicios de I y II nivel. Para lata complejidad hay contratos	Recursos (millones de pesos): 1996: Fosga: 0 1997: Fosga: 2.394	Servicios prestados: RS: se prestan los servicios del POS-S Vinculados: en casos de urgencias se les da
---	--	--

<p>con clínicas como la Medellín y las Américas, entre otras. Se tiene previsto forzar la contratación con IPS privadas de I nivel, con el fin de implementar la competencia. Se ha mejorado la infraestructura hospitalaria.</p>	<p>ICN: 11.284 SF: 4.202 % Fosga: 13.3 % ICN: 63.1</p>	<p>certificación para que accedan a los servicios ofrecidos por Metrosalud (este no presta los de alto costo).</p>
---	--	--

5. Bondades y dificultades del RS

<p>Bondades: Acceso de la población pobre a los servicios de salud. Promoción de la eficiencia en la asignación de recursos. Fortalecimiento de la red de servicios, pública y privada. Nueva cultura: el aseguramiento.</p>	<p>Dificultades: El gobierno no ha cumplido en términos financieros la propuesto inicialmente. Problemas políticos en la implementación del régimen (retrasos). No es claro el efecto de la competencia en el aseguramiento. Problemas del SISBEN. No se ha asimilado la transformación de recursos.</p>
---	--

2. Cuadros

Régimen subsidiado (afiliados dic. 1997)

ARS	No. afiliados	%
Cajas de Compensación:	84.701	38.6
Comfama	22.131	
Comcaja	18.053	
Comfenalco Caja	17.945	
Comfenalco EPS	14.942	
Comfamiliar camacol	11.630	
EPS privadas:	46.450	21.2
Unimec	30.383	
Bonsalud	8.137	
Cafesalud	7.930	
Cooperativas:	40.806	18.6
Coomeva	29.061	
Salucoop	11.745	
Solidarias:	39,772	18.1
Coomsalud	20.884	
ESS Bello	18.888	
EPS públicas:	7.706	3.5
Caprecom	7.706	
TOTAL afiliados	219.435	
Recursos (millones)	17.973	
ICN	11.284	
Fosga	2.394	
Situado Fiscal	4.202	
Recursos cajas compensación	no disponibles	

Fuente: área de aseguramiento, Secretaría de Seguridad Social de Salud.

Anexo: Afiliados al régimen subsidiado en 1997 (contratos por ARS)

Duración	ARS	No. Afiliados	FUENTE FINANCIERA				MONTO TOTAL
			ICN	FOSYGA	COFIN.	TRANS.	
Abril 97- marzo 98 (1 año)	Coomsalud	6,796	546.8	59.2	82.1	48.7	737.1
	ESS Bello	9,058	728.3	78.9	109.5	64.9	982.4
	Salucoop	1,115	89.9	9.7	13.4	7.9	120.9
	Coomeva	20,920	1,682.2	181.7	252.6	149.7	2,266.0
	Bonsalud	4,307	324.8	35.1	48.8	28.9	437.8
	Comfamiliar cama	1,500	120.5	13.0	18.1	10.7	162.6
	Comcaja	10,000	804.6	87.2	124.7	71.6	1,084.6
	Comfenalco caja	11,166	898.5	97.3	135.0	80.0	1,211.1
	Comfenalco EPS	8,713	701.0	75.9	105.3	62.4	945.0
	Caprecom	2,376	191.1	20.7	28.7	17.0	257.7
Unimec	21,453	1,726.2	187.0	259.4	153.8	2,326.8	
Subtotal 97404							
Sept. 97- marzo 98 (6 meses)	Comcaja	6,200	253.4		142.3		395.9
	Comfenalco caja	3,100	126.7		71.2		197.9
	Comfama	6,200	253.5		142.3		395.9
	Bonsalud	2,000	81.8		45.9		127.7
	Comfamiliar cama	6,200	253.5		142.4		395.9
	ESS bello	7,500	306.7		172.2		479.0
	Coomsalud	11,000	449.8		252.6		702.5
	Unimec	6,200	253.5		142.4		395.9
	Coomeva	6,200	253.5		142.4		395.9
	Cafesalud	7,000	160.7		160.7		447.0
	Salucoop	6,200	142.4		142.4		395.9
	Comfenalco EPS	3,100	126.7		71.2		197.9
	Subtotal 71700	71.7					
Julio 97 - marzo 98 (8 meses)	ESS Bello	1,400	51.5	30.4	38.8		120.7
	Comfamiliar cama	3,000	110.3	65.2	83.2		258.6
	Unimec	2,800	66.2	39.1	49.9		155.2
	Caprecom	4,400	161.8	95.6	122.0		379.4
	Coomsalud*	1,000		90.3			90.3
	Coomsalud	2,088	76.8	45.4	57.9		180.0
	Cafesalud	3,500	128.7	76.1	97.1		301.8
	Comfama	5,000	183.8	108.6	138.6		431.1
	Comcaja	1,853	68.1	40.2	51.4		159.7
	Coomeva	1,941	71.3	42.2	53.8		167.3
	Comfenalco caja	2,300	84.6	50.0	63.8		198.3
	Comfenalco EPS	2,200	80.9	47.8	61.0		189.7
	Bonsalud	900	33.1	19.6	25.0		77.6
Subtotal 31382	31.382						
Dic. 97 - Sept. 98 (9 meses)	Comfenalco caja	929		79.7			79.7
	Bonsalud	930		79.8			79.8
	ESS Bello	930		79.8			79.8
	Comfama	930		79.8			79.8
	Coomeva	930		79.8			79.8
	Unimec	930		79.8			79.8
	Cafesalud	930		79.8			79.8
	Comfamiliar cama	930		79.8			79.8
	Comfenalco EPS	929		79.7			79.7
	Caprecom	930		79.8			79.8
	Subtotal 10227	10.227					
Total		209,984	11,340	2,394	3,506	696	17,973

*este contrato va de junio del 97 a marzo del 98

Nota: hay adicionalmente, 5.000 personas afiliadas con recursos de la Caja de Compensación COMFAMA.

Fuente: Secretaría de seguridad social municipio de Medellín área de aseguramiento.

3. Informe Trabajadora Social Marta Arenas

FUNDACION HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL “UNA VIDA ENTERA POR LA VIDA”

Respuesta a: Estudios de Caso sobre el Regimen Subsidiado

Identificación:

- El contenido del cuestionario del Sisben, pareciera no medir pobreza, mediante la aplicación de indicadores propios de la característica de nuestra población.
- La aplicación de la encuesta se delegó inicialmente a una entidad especializada en estos procesos (Medellín), por los resultados y el seguimiento realizado se encontraron formularios que no correspondían a los domicilios de los supuestos encuestados.
- Por otra parte, posterior a esto, las encuestas no pudieron ser realizadas en algunas zonas, por impedimento de la milicias o grupos conformados, lo que denota un desconocimiento de la comunidad hacia el verdadero objetivo del Sisben.
- Igualmente, no se realizó un proceso de sensibilización masiva, para que la población accediera a este beneficio. Se introdujo sin una información formal y organizada previa. Pareciera que se realizó a necesidad de la exigencia de cobertura.
- Actualmente, la población se hace inscribir, es encuestada y la cuantificación de los resultados no es inmediata, puede demorar 1 o 2 meses. Mientras tanto la persona figura vinculada sin identificación y si requiere de una atención médica o ayudas diagnósticas o cualquier otro evento no urgente, debe cubrir el total del valor de la atención.
- El proceso de identificación no es ágil.
- Se encuentran casos de personas que tiene varias identificaciones. Una de su población de origen, otra de su lugar de residencia y otra de un anterior domicilio. Esto, se puede explicar desde varios ángulos: Primero que las familias informan a todos sus miembros vivan o no en grupo. Segundo que los procesos migratorios son frecuentes a veces entre un promedio de 3 a 6 meses dadas las dificultades económicas de las familias para cancelar los arrendamientos o por problemas de violencia o amenazas o por ocultar identidades. Tercero porque igualmente, la población presume que teniendo varios carné de Sisben va a tener mayor cobertura .
- Se encuentran casos, como el adjunto, en los cuales a la familia se le otorga un certificado con un nivel y una vez prestamos la atención, le otorgan otro, con el puntaje real. La base de datos es perfectamente viable para ser manipulada a necesidad o interés de la persona encargada.
- Con frecuencia las familias son informadas de su número de ficha, pero no de su puntaje, los envían con la información de que con esto ya tienen derecho a un descuento. Una vez verificada la situación, se encuentra que ese número de ficha corresponde al formulario del censo, pero no es el número de ficha cuantificada.
- Las alcaldías envían el listado de beneficiarios del Sisben de Niveles 1 y 2 a las ARS. El certificado lo expiden como si el usuario ya estuviera cubierto por esta entidad. Una vez solicitada la certificación en la entidad, pues no aparecen carnetizados, la ARS, informa que no fue aceptado. Luego, la persona tiene una constancia que no es real.
- Las alcaldías, constantemente informan a su población que “el sisben ya se acabó”, pero no realizan ninguna gestión para lograr el beneficio de la población realmente pobre, objeto de su cobertura.

Clasificación

- Si una familia, cualquiera que sea su estado de pobreza, tiene algún hijo cursando estudios superiores o técnicos, generalmente sale con un puntaje alto, que en ocasiones lo nivela en más de 58 puntos (Nivel 4).
- Una misma familia puede ser objeto de 2 o 3 puntajes diferentes, por lo general las personas de mayor edad, son las más perjudicadas.
- Otorgan Sisben con niveles 1, 2 o 3 a personas afiliadas al régimen contributivo. La persona opta por lo general por utilizar la EPS. De la EPS, buscan la forma de aplicarle períodos mínimos de cotización, para que haga efectivo el Sisben. Si son eventos urgentes, con frecuencia se envían a las familias a Defensoría del Pueblo, frente a la negativa de las EPS, para asumir su respaldo.
- Se observa una incongruencia entre los puntajes aplicados a los mismos niveles, en áreas Urbanas o Rurales. Adjunto cuantificación. Se aplican criterios que perjudican precisamente a la población más pobre, de áreas rurales. Los copagos no posibles de cubrir quedan a cargo de la IPS, sin opción de recuperación dado que la complejidad que se atiende en el Hospital, produce eventos de alto costo, imposibles de cubrir por parte de población de áreas rurales, en especial en los casos de personas adultas cabezas de familia, sin más proveedores económicos.
- Es frecuente que población de Estratos de vivienda 1 o 2 sean identificadas con Sisben 3. Esto produce reiterados reclamos de los pacientes. Igualmente para población de Estrato 3, son identificados con Sisben 4 o 5. En estos casos la población ya aparece con una identificación que los saca del subsidio. Si requieren atención deberán ser facturadas a tarifa total. La cartera seguirá estando a cargo de la IPS, sin la más mínima opción de reclasificación en forma oportuna. Si la atención no es urgente, tendrá mayores dificultades para acceder a los servicios, salvo que la IPS, establezca políticas especiales de cobro, por cuanto, el Situado Fiscal no es objeto de uso para estos casos no urgentes.

Selección

- Se debería priorizar a la población anciana o menor de un año. La ley ha tenido especial cuidado en estos aspectos, pero se presentan dos problemas: La población anciana, con frecuencia no tiene cédula y se le argumenta que sin este documento no puede ser censada, pero tampoco le explican como puede tramitarla. Los menores de edad, en especial entre los 0 y 6 meses, carecen de registro civil, por lo cual solo hasta los 45 días de nacido, puede ser identificado con el Sisben de la madre. Pasado este lapso, se debe orientar a los padres para que tramiten los documentos respectivos. Con frecuencia, el nombre que aparece al ingreso, no corresponde al nombre con el cual lo registran o el padre no lo reconoce o la madre decide colocarle sus dos apellidos. Pueden aparecer niños hasta con 3 nombres diferentes, de acuerdo al momento. No hay claridad entre la comunidad, de la importancia de estos documentos. No le ven utilidad. No se preocupan por tramitarlos.
- Al respecto del punto anterior se está encontrando recientemente, que algunos pacientes se cambian el nombre al ingreso. Presentan un Sisben con su nombre real, pero bajo argumentos de seguridad por peligro contra su vida, no aceptan que se modifique la identidad falsa a la real. Se encuentran especialmente, entre los casos de guerrilleros no identificados como tales, o informantes del ejercito, o paramilitares o desplazados.
- La reglamentación de la Ley se realiza por partes, en la medida de la necesidad de ampliar cobertura de beneficios, sin embargo el contenido gramatical se presta para diferentes interpretaciones, especialmente por parte de las IPS, ARS, EPS, DSSS y

SUPERSALUD. Conciliar criterios al respecto, resulta un desgaste permanente y en medio de este proceso se encuentra la población beneficiaria, la cual a la postre no tiene claridad sobre lo que tiene o no derecho. En los procesos de reglamentación debe haber tal equidad con las partes, que no se de lugar a este tipo de situaciones. Por otra parte se presentan sentencias judiciales que crean precedentes para modificar lo reglamentado, en especial con aspectos de suministro de medicamentos de protocolos de alto costo de las IPS, no reconocidos por las EPS O ARS, bajo el argumento de no encontrarse en el POS o POS-S.

- Se proyecta, que la profesión médica se verá seriamente afectada. Se está llegando al colmo de basarse en el contenido del POS o POS-S para indicar procedimientos u ordenes de exámenes y prescribir medicamentos. Es decir, los protocolos, resultado de un amplio proceso de investigación, no serán de utilidad si se permite lo anterior. Pareciera que la calidad, sea una elemento filosófico de la ley que se va dejando de lado, por el "costo", que pueda representar una persona enferma. El concepto de integralidad en muy poco tiempo va a perder su vigencia, ya que la presión de las ARS, EPS, en especial, va a propiciar serias modificaciones conceptuales al respecto, en especial para IPS de alta complejidad, cuya atención integral redunde en beneficio del paciente, por lo que representa para la calidad de vida del mismo. Si recibe una atención en un lugar, otra en otro y la finaliza en otro, no va a lograr un manejo adecuado de su problema y se despersonaliza de tal modo la atención, que la población no va a lograr un grado de confianza con el personal médico, paramédico y de apoyo, encargado del manejo de su situación, en especial en procesos crónicos y agudos, cuya fortaleza radica en el manejo unificado de toda la situación.
- La población ha ido adquiriendo mayor conciencia de sus derechos y obligaciones, gracias al trabajo de las IPS, ya que estas han sido las abanderadas en la asesoría u orientación sobre el acceso a su seguridad social. Las políticas del gobierno al respecto, se han aplicado en forma posterior, cuando ya se ha generado conflicto frente a la presión social que la comunidad ha ejercido .
- En Antioquía, Valle, Caldas, Quindío, se observa, por nuestra experiencia un manejo de la Ley. En el resto del país, pareciera que se padece de un alarmante desconocimiento de la ley, o manipulación de los recursos o mala interpretación. Los pacientes procedentes de otras zonas, en especial de Chocó, Córdoba y Cesar, no tienen la más absoluta idea de sus derechos y obligaciones y adicional a lo anterior las Seccionales no responden con claridad, oportunidad o eficacia, sobre su población. Todos los argumentos utilizados solo evidencian con claridad soslayar o evadir la responsabilidad que tienen con cada caso. No saben en ocasiones a que nos referimos cuando aludimos al Situado Fiscal. Con el Departamento del Chocó se había logrado una conciliación de criterios, una vez cambiaron a la jefe de la Seccional, del año anterior. Pero con intervención del Gobernador, en meses anteriores, el nuevo jefe fue removido de su cargo y a la fecha no han definido el pago de los compromisos adquiridos. Esto representa para la IPS una enorme cartera de dudoso pago, porque depende de elementos políticos, que en nada debieran intervenir con lo legal. Con Sucre se han logrado algunos avances recientemente, Con Córdoba por ejemplo, se nos argumenta que realizaron contrato con el Hospital Universitario de Cartagena. Cuando contrarreferimos a un paciente a esta instancia, nos lo devuelven porque no pueden atenderlo. O en casos recientes las familias de los pacientes y estos, argumentan que no obtuvieron resultados con los tratamientos llevados a cabo en estas IPS, y optaron por consultarnos. Debería haber una instancia que se encargara de revisar esta situación, si las familias no demandan, por lo general se continua prestando una atención de baja calidad científica.

- Las ARS, EPS, ESS, deben estar trabajando sobre el perfil epidemiológico de su población usuaria. Podría ser un paso justo para los procesos de prevención y promoción, que de aplicarse adecuadamente, garantizan una mejor calidad de vida en la población.
- Los niveles de desempleo continúan aumentando, disminuyendo la opción para vincular a población al régimen contributivo. Así mismo los eventos violentos, aumentan la posibilidad de dificultades en la identificación de población objeto de subsidio de Sisben, o en su efecto la duplicidad en la identificación. Al respecto no se vislumbra ninguna solución a corto plazo.
- Los decretos reglamentarios, se prestan para diferentes interpretaciones, razón por la cual Las ARS, las IPS y las Direcciones Seccionales deben llegar a acuerdos para establecer un manejo coordinado de los derechos de la población beneficiada y los procesos de facturación fragmentada.
- Constantemente la población establece reclamos por los niveles, antes las IPS. Llegando incluso a reclamos por vías legales. Aún no están carnetizados en su totalidad (en especial en Medellín), por parte de las alcaldías, y las ARS, establecen fechas de vencimiento, que modifican cada una, sin unificar criterios. Los procesos de sisbenización, se encuentran en ocasiones duplicados, ya que la persona cuenta con carne por su grupo familiar de origen y otro por el grupo familiar nuclear actual. Igualmente, se encuentran casos con carne del Sisben, ARS y Seguridad Social contributiva. En estos casos, esta última se debería utilizar, pero las familias no lo informan durante las primeras 12 horas de ingreso, y las EPS, niegan las órdenes de cobro, aplicando el criterio que la ley les permite definir, en casos de no ser informados durante este lapso señalado. Al revisar la factura, la Interventoría de la Seccional de Salud, devuelve la cuenta, que a su vez es refacturada con cargo al paciente. Es decir, se queda sin seguridad social por un lado y la IPS, debe asumir estos valores como cartera de difícil cobro. Se subsidia en este caso a las EPS.

Afiliación - Vinculados

- La financiación del RS Considero que fue bien manejada en el Departamento de Antioquía. No así en otros departamentos en donde la respuesta permanente es "no tenemos presupuesto por Situado Fiscal". Se trató de dar respuesta a las necesidades de la población e IPS. Para 1998 se prevé una diversificación de contratos, que puede en cierto sentido facilitar el acceso de la población a varias opciones de las IPS. Aunque se sigue dependiendo del profesional encargado de remitir al paciente. Al Hospital se siguen enviando los pacientes Vinculados sin Identificar, sin que las IPS, remisoras asuman el manejo de su situación. Se circunscriben a los contratos que tengan establecidos y procuran a toda costa no contar con cartera.
- Las ARS, deben contar con requisitos que acrediten su solvencia para responder con sus afiliados. Sin embargo, el valor de la UPC, les causa, según sus propios argumentos, un desnivel, en los cálculos financieros que establecieron. Ni la alcaldía, ni la mayoría de las ARS, informan a la población si fueron o no afiliados. Con frecuencia, el paciente no sabe nada de su seguridad social y las bases de datos, no son confiables sobre la información que contienen, ya que pueden ser modificadas en cualquier momento por cualquier funcionario. Se encuentran casos en que los pacientes presentan una identificación y en base de datos o no figura o aparece otra diferente.
- Se supone que las DLS, deben ser entes reguladores del sistema y controladores de su funcionamiento. Este aspecto solo se ha observado como aplicación, en el último año y a pesar de los vacíos que aún se encuentran, se buscan soluciones y obtenemos respuestas. Caso por caso.

- La población beneficiada con el RS ingresa a una ARS, con base en criterios de las respectivas alcaldías, y a la oportunidad que éste lo haga. Debe enviar el listado de beneficiarios a la ARS, y constatar que esta lo acepte como vinculado a su ARS. Esto es viable de acuerdo a los recursos que la ARS haya determinado y a la cobertura que haya planeado obtener. Con frecuencia, los alcaldes expiden constancias de afiliación a una ARS determinada, y al verificar la ARS, no ha aceptado la vinculación. Este usuario, se queda sin vinculación definida. El momento político marca la pauta de la oportunidad, ya que antes de las elecciones pasadas se observó movimiento en este sentido. Pasado este período se vuelven a encontrar casos en los cuales, ninguna instancia les ha definido su situación y sus niveles de pobreza se consideran altos.
- Las ARS deben carnetizar la totalidad de su población beneficiaria, para ello utilizan a las IPS, para que remitamos el paciente una vez se identifique como vinculado a dicha entidad. Salvo excepciones, es el comportamiento general. Los alcaldes, expiden carnés para población beneficiada sin ARS, en la mayoría de los casos, pero se sigue presentando constancias o papeles sin sello ni membrete. Se presentan igualmente dobles afiliaciones, las cuales se reportan a las alcaldías o a las ARS. También se encuentran vinculados a ARS con carne del ISS, como se especificó anteriormente.

Prestación de Servicios

- Toda IPS que tenga contrato con el Departamento o convenios con las ARS o EPS, tiene la obligación de prestar el servicio, con base en las remisiones de los Hospitales regionales o Unidades Intermedias. Se presenta igualmente que algunas ARS tienen sus programas de prestación de servicios, especialmente en eventos del Primer Nivel de complejidad
- El Hospital presta servicios medie o no contrato o convenio, con el Departamento, ARS, o EPS, o ARP, ya que se basa en las remisiones y la complejidad de los servicios que presta. Por lo general, los pacientes ingresan por urgencias, circunstancia que no permite supeditar la atención, con un contrato establecido. Sin embargo, la seguridad social va exigiendo que poco a poco se establezcan convenios o contratos con las diferentes instancias responsables de respaldo al paciente.

El balance financiero, es crítico si se tiene en cuenta las glosas en las facturas generadas, ya que las interventorías de las diferentes entidades buscan pagar a la IPS. Únicamente lo que se contemple en los diferentes decretos reglamentarios, razón por la cual las facturas van de una oficina a otra y las regresan. Luego de la refacturación, toma otro tiempo y vuelve a ser incluida para la instancia correspondiente que debe ser sometida a otra interventoría. Entre uno y otro lapso, pasa un tiempo valioso que le resta posibilidades al Hospital, de recaudar el dinero invertido, hablando en términos económicos. Esto genera dificultades financieras enormes, ya que las Instituciones deben responder, en especial a compromisos con proveedores, honorarios médicos y nómina en general.

Recientemente aparece la publicación del acuerdo 77, último proceso en el año en curso, que busca aclarar responsabilidades y ampliar cobertura.

Municipio de Rionegro – Departamento de Antioquia

1. Caracterización del municipio

1.1. Descripción del Municipio

Rionegro, es un municipio con población cercana a los 100.000 habitantes, epicentro de la región del oriente antioqueño, con algún desarrollo industrial y se encuentra articulada al área metropolitana de Medellín mediante nexos que son reforzados por su ubicación sobre la autopista Medellín-Bogotá y la localización, en su territorio, del aeropuerto internacional José María Córdoba. Del total de su población, un 63% se encuentra localizada en la cabecera y el resto en la zona rural, compuesta por 48 veredas.

En cuanto a características sociales, los principales indicadores disponibles ubican al municipio en una situación por encima del promedio registrado en el país, con ventajas importantes en comparación con otros municipios y con un carácter similar al de ciudades intermedias y algunas grandes del país. El indicador de calidad de vida (ICV) es de 5% para el municipio y 27.5% para el país; por su parte, el índice de necesidades básicas insatisfechas (INBI) es de 18%¹ y 35.8%, respectivamente. Por otro lado, la cobertura de servicios domiciliarios a nivel urbano es: acueducto 98%, alcantarillado 96.1%, energía 99.9%².

En cuanto a la actividad económica, como ya se sugirió, el municipio se considera como el principal polo de desarrollo del departamento de Antioquia por fuera del Valle de Aburrá. Predomina la economía industrial, luego de que en las últimas dos décadas haya superado una economía de tipo artesanal, pues en la actualidad hay varias industrias como la Cia. Nacional de Chocolates, Riotex, Griffin de Colombia S.A., entre otras; adicionalmente, se encuentra la zona franca y el aeropuerto, lo cual ayuda también a su consolidación como ciudad intermedia.

Por su parte, la situación de salud de la población se encuentra caracterizada por egresos hospitalarios atribuidos principalmente a la asistencia del embarazo y trabajo de parto, fractura de los miembros y enfermedades del aparato respiratorio.

1.2. Oferta de servicios

- Hospital Gilberto Mejía Mejía, de primer nivel de atención y transformado en ESE en septiembre de 1995; empezó a prestar los servicios como puesto de salud del barrio el Porvenir en el año 1976 y en febrero de 1991 se convirtió en un hospital municipal que ofrece los servicios de: consulta médica general, Optometría, oftalmología, fonoaudiología, sicología, nutrición, laboratorio clínico, citología, rayos X, ecografía, odontología, farmacia, vacunación, servicios de urgencias, hospitalización, ambulancia; y los programas especiales de: crecimiento y desarrollo, control prenatal, planificación familiar, hipertensión, diabetes, E.T.S. y T.B.C., entre otros.

A este hospital están adscritos 9 puestos de salud y un centro de atención odontológica, el último también ubicado en el mismo barrio.

Se quejan en el hospital diciendo que una de las mayores dificultades para 1997 fueron los bajos montos y plazos limitados de los contratos que el ISS adjudicó, lo que impidió que se mantuvieran todos los puestos de salud y servicios ambulatorios disponibles

¹ MINSALUD. Estadísticas municipales. 1997.

² Fuente: Carta de generalidades de Antioquia, 1996

para sus afiliados y la comunidad en general; sin embargo, funcionarios de la DLS dicen que se tienen proyectos de hacer contratos con el ISS para que preste los servicios a los afiliados al régimen subsidiado.

- Hospital Regional San Juan de Dios, de segundo y tercer nivel de complejidad, transformado en ESE mediante Acuerdo 062 de septiembre de 1995.
- En cada barrio hay una caseta comunal donde se prestan los servicios de promoción, prevención y educación de la salud, a través de promotores de salud, pertenecientes a la Dirección Local de Salud y quienes tienen a su cargo la implementación del PAB.

- Instituciones prestadoras de servicios, IPS, privadas:

- Clínicas: Existe la clínica Oftalmológica de Antioquia (CLOFAN) y la clínica Somer, la cual en el actualidad se cambia a una sede nueva con buenas capacidades para la atención de los servicios de I, II y III nivel de complejidad. Se debe anotar que esta clínica atiende a una gran parte de la población y tiene buenas perspectivas de ampliación con miras a ofrecer una mayor cobertura tanto de la población como de los servicios prestados. A partir del cambio de secretario de salud en 1998, puesto que asumió un médico que trabajaba antes en la clínica Somer, parece ser que se tiene previsto establecer contratos con esta clínica para prestar parte de los servicios del POS-S.
- En cuanto a los centros médicos, se pueden mencionar: Centro de pastoral san Pío, Centro del Seguro Social, Centro Coorsalud, centro médico del Oriente y el centro Profamilia. En estos centros se ofrecen los servicios de hospital día. Además existe el centro médico de COMFENALCO y el de COMFAMA, las cuales son cajas de compensación.
- Existen trece consultorios médicos particulares que ofrecen los servicios de consulta médica general, Además, existen cuatro laboratorios, de los cuales 2 (Sommer y Lapco) tienen contrato con el Instituto del Seguro Social ISS para atender población del régimen contributivo; también, existen ocho consultorios odontológicos particulares, que en la actualidad no tienen contratos con Empresas Promotoras de salud -EPS-, ni con Administradoras de régimen subsidiado -ARS-. Existen dos ópticas: la de Santa Lucía y la de Comfama; la primera tiene contrato con el ISS en el régimen contributivo, para ofrecer los servicios de lentes
- Existen alrededor de 15 farmacias en el municipio
-

Principales recursos del sistema local de salud

Recurso	Público	Privado	Total
1.Médicos generales	55	58	113
Tasa por mil habitantes	0.55	0.58	1.13
2.Enfermeras y auxiliares de enfermería	138	6	144
Tasa por mil habitantes	1.38	0.06	1.14
Tasa por médico	2.50	0.10	1.27
3.Odontólogos	16	54	70
Tasa por mil habitantes	0.16	0.54	0.70
4. Bacteriólogos	11	5	16
Tasa por mil habitantes	0.11	0.05	0.16
5.Médicos especialistas			
Pediatras	2	3	5
Tasa por mil habitantes	0.02	0.03	0.05
Ginecoobstetra	6		6
Tasa por mil habitantes	0.06		0.06
6.Promotores de salud			58

Tasa por mil habitantes			0.58
7.Camas			163

Fuente: Municipio Rionegro: DLS, datos para 1995. Anuario estadístico de Antioquia, 1994.y

1.3. Dirección Local de Salud

El proceso vivido por este municipio, caracterizado entre otras cosas por el espíritu descentralista de sus dirigentes, ha sido difícil y enseña la profunda diferencia que existe entre las disposiciones legales y los programas de gobierno y los hechos propiciados, en este caso, principalmente por funcionarios departamentales. Como se detallará a continuación, si bien el municipio agilizó los trámites necesarios a partir de 1990, solamente en 1995 recibió el reconocimiento del departamento sobre su autonomía para manejar el sector salud.

Partiendo de los lineamientos establecidos en la Ley 10 de 1990, acerca de la descentralización de los servicios de salud, y considerando también el interés propio del municipio para el manejo del sector al igual que la vinculación de un alcalde médico, en la localidad se propusieron asumir la prestación de los servicios de primer nivel y fue así como luego de cumplir con los requisitos formales, en junio de 1992 se recibió la certificación de la Dirección de Descentralización y Desarrollo Institucional del Ministerio de Salud, lo cual implicaría recibir en forma directa los recursos correspondientes al situado fiscal y administrarlos a través del hospital local.

A pesar de lo anterior, este proceso no se hizo efectivo y la Dirección Seccional de Salud conservó la centralización de recursos. Por su parte, el municipio asumió progresivamente la prestación del servicio y destinó parte de sus recursos propios a estos propósitos, incluidos la readecuación del hospital. Igualmente, la administración local continuó buscando el manejo autónomo de recursos en medio de los obstáculos y las negativas de la Dirección Seccional; a pesar de haber cumplido los requisitos de la Ley, actualizó los mismos a la luz de la Ley 60 y, por fin, en noviembre de 1995 se recibió la certificación por el departamento.

En la conformación del sistema local de seguridad social en salud se destacan, en primera instancia, la creación de la secretaría de salud, lo cual se hizo desde 1992 y en 1996 se realizó el ajuste correspondiente para asumir las funciones de dirección local y conformar el Consejo de Seguridad Social en Salud; por otra parte, el fondo local de salud, que fue creado en 1993, también fue reglamentado de acuerdo a la nueva normatividad; por último, se formuló el Plan de Desarrollo 1995-1997 y se concedió el carácter de ESE a los hospitales Gilberto Mejía (primer nivel) y San Juan de Dios (segundo nivel), para lo cual fue necesario discutir en dos sesiones del Concejo, en las que se profundizaron algunos aspectos financieros y presupuestales para 1996.

2. La implementación del régimen subsidiado

2.1 Identificación y clasificación de beneficiarios:

Para la focalización de los subsidios a los más pobres y vulnerables, según lo establecido por la Constitución Nacional y las Leyes 60 y 100 de 1993, en el municipio se ha practicado a través de la identificación de los beneficiarios con la aplicación de la ficha del SISBEN. Este municipio es uno de los pocos a nivel nacional que utiliza el instrumento aplicado para focalizar los subsidios de: alimentación a mujeres cabeza de hogar, escolar, a la tercera edad "Programa Revivir y Régimen subsidiado de salud, así como los

subsidios de transporte a la educación técnica, tecnológica y universitaria; de carpeta escolar y becas del convenio interinstitucional con la Universidad Católica del Oriente.

Se debe anotar que la primera fase realizada en la identificación de la población estuvo en manos de la ESS Coorsalud, donde se identificaron 1.000 de las familias más pobres, a las cuales la ESS empezó a prestar servicios de salud referidos a la parte de promoción, prevención y educación de la salud. Sin embargo, al realizar la identificación a través del Sisben, para algunas de éstas 1.000 familias los puntajes resultaron tan altos que no clasificaron dentro de los niveles I, II y III, lo que conllevó a un gran descontento e inconformidad de aquellos que venían accediendo a dichos servicios.

En este municipio, la aplicación de la encuesta se hizo de manera piloto, donde las personas que asumieron la coordinación de dicho trabajo fueron capacitadas por el programa Misión Social y Planeación Nacional y Departamental, se les suministró material y se les enseñó sobre el manejo de la ficha socioeconómica, para que éstos se encargaran de capacitar a los encuestadores. Fue así como los encuestadores (funcionarios y estudiantes de últimos años de colegios, contratados por el municipio) empezaron la focalización por zonas geográficas, ayudándose con la estructura con que cuenta planeación municipal, priorizando los más pobres y vulnerables, aplicándose la encuesta en los estratos 1, 2 y 3 en su totalidad, y en el 4 y 5, cuando la población ubicada en éstos la solicitaba.

Identificación de beneficiarios

Sector	1995	1996				1997			
		Nivel socioeconómico				Nivel socioeconómico			
		1	2	Total 1 y 2	total 1,2 y 3	1	2	total 1 y 2	total 1,2 y 3
Urbano		1.346	6.065	7.411	17.731	1.469	6.480	7.949	18.503
Rural		657	3.453	4.110	16.422	610	3.636	4.246	16.820
Total	9.102	2.003	9.518	11.521	34.153	2.079	10.116	12.195	35.323

Fuente: Informes de gestión SISBEN, Evelyne Margarita López Vargas, noviembre de 1997 y Gloria Heyde Gómez, 1995.

En Junio de 1995 fueron encuestadas 24.212 personas, equivalentes a 4.840 familias, de las cuales 2.981 obtuvieron puntaje inferior a 50 y representan alrededor del 75% de la población objetivo. Luego, en 1996 fueron identificadas 9.102 personas en los niveles 1 y 2 y, por último, hasta noviembre de 1997 se encuestaron 51.430 personas, de las cuales 12.195 fueron clasificadas en los niveles 1 y 2. Como vinculados para esta fecha, hay 23.128 personas, (ver cuadro 3).

La administración municipal estuvo vinculada en el proceso de implementación del RS, como coordinador, dado que ha estado muy pendiente de que las cosas funcionen bien, además de que ha estado muy atento en cuanto a la elaboración de los contratos con las ARSs; también se hacen reuniones periódicas informativas sobre la situación y ha estado muy comprometido con el apoyo logístico y técnico para la oficina, siendo consciente de la escasez de los recursos.

La DLS estuvo vinculada en el proceso de identificación a través de las promotoras de salud, dado que éstas tenían un buen conocimiento de las familias de cada una de las veredas, lo que les permitía detectar falsedad en la información suministrada a los encuestados (cruce de la información obtenida a través de la encuesta, con la información de que disponen las promotoras de salud).

Se conoce el caso de ocho familias desplazadas del municipio de San Francisco, además de ser conscientes que no es el único caso, a las que se les ha aplicado la encuesta y se han focalizado como lo establece la Ley, quedando seleccionados y afiliados a una ARS. Estos desplazados muchas veces son reportados por la alcaldía o las promotoras sociales y en otros casos ellos mismos demandan los servicios.

En la actualidad, se realiza la identificación por demanda, es decir, las personas solicitan que se les haga la encuesta bien sea porque las viviendas no hayan sido cubiertas, porque no fue posible responder la encuesta durante el barrido, o porque se pide una reclasificación por considerar que el puntaje obtenido no es el correcto. En la oficina del SISBEN se cuenta con varios encuestadores que se desplazan a los sitios donde residen para realizar dichas encuestas. El sistema de actualización de la ficha, se puede decir que es diaria, pues constantemente se están haciendo encuestas por demanda y además barridos por zonas, priorizando los más pobres y vulnerables.

Se está realizando constantemente una revisión y depuración de la información, aparentemente con el fin de que solamente se le asignen los subsidios a aquellas personas que realmente los necesitan. Es así como por medio de muestreos al azar se viene realizando la verificación de la información de la aplicación de la encuesta, donde se confronta, primero con la información que poseen los promotores de salud del municipio y, segundo, haciendo la visita a la vivienda y entrevistando de nuevo la persona que respondió la encuesta.

A pesar, de que la DLS y la directora del Sisben son conscientes de que se ha contado con voluntad política para la implementación del régimen subsidiado, ambos aducen que los recursos con los que se han contado son insuficientes; es así como la directora del Sisben dice que no se ha realizado un barrido total de la encuesta en los estratos 4 y 5.

Continuamente se vienen haciendo reclamos por parte de las personas que no fueron seleccionadas, ya que muchos de éstos aducen no tener capacidad de pago para acceder a los servicios de salud y, por el contrario, se dice que muchas de las personas clasificadas no deberían estar ahí dado que tienen solvencia económica. Se comenta, por ejemplo, que "muchas de las personas seleccionadas para reclamar los subsidios, eran poseedores de los mejores carros en el municipio".

Entre las principales dificultades reportadas por la directora del Sisben, el secretario de salud y algunos líderes, a través de los informes y entrevistas realizadas, se encuentran:

- Cuando empezaron a aplicar la encuesta, ésta fue cuestionada ya que no se debía aplicar el formato con las mismas ponderaciones en todas las regiones del país. Al final, se es consciente de que se trata del único mecanismo establecido para la focalización de los subsidios a los más pobres.
- La información suministrada por los encuestados es falsa, debido a que en su inicio no se hizo una buena capacitación sobre la utilidad de la aplicación de la encuesta; entonces, la gran mayoría de las personas creían que era con el fin de cobrarles más impuestos, lo que condujo adicionalmente a que algunos fueran reacios a suministrar dicha información; en cambio, en la actualidad "es conveniente ser pobre de forma tal que esto les permita acceder a los subsidios"; también hubo muchos intereses políticos además de que muchas personas no se dejaron encuestar por desconocimiento sobre los deberes y derechos del RS ; hubo personas que escondían los electrodomésticos y

objetos con el fin de obtener un puntaje inferior y por el contrario otros mostraban mas de lo que tenían.

- La población es bastante flotante, lo que hace que la base de datos del sistema de información se tenga que estar actualizando constantemente con el objeto de hacer una utilización eficiente de los recursos.
- Se presentó duplicidad en la información dado que habían personas que eran encuestadas hasta en tres y cuatro familias distintas.
- Se han dado una serie de dificultades, no por parte de la oficina focalizadora, sino por parte de las ARS y la ESS Coorsalud. Inicialmente Coorsalud, como ya se mencionó, identificó 1.000 familias pobres y empezó a prestarles una serie de servicios sin esto ser concertado con el municipio, fue más con el hecho de querer aprovechar unas circunstancias y enganchar una serie de personas que posteriormente podían ser afiliados a esta ESS, tanto que después muchas de ellas no fueron beneficiadas al aplicar la encuesta Sisben dados sus puntajes.
- También se presentó y se presenta el caso de algunos concejales que hacen de padrinos, en el sentido de querer tener influencia para la clasificación de algunas personas aduciendo que éstas personas son muy pobres, tratando en algunos casos de establecer presión sobre las personas encargadas de realizar dichas funciones. “Se da mucho el caso que algunas personas inescrupulosas les envían tarjetas a los funcionarios del SISBEN para que les colaboren afiliando personas”.
- Los afiliados tienen dificultades cuando se cambian de residencia (vereda), ya que muchas veces su puntaje les varía con la aplicación de nuevo de la encuesta como lo exige la Ley.
- Establecieron “cruce de la información obtenida a través de la encuesta SISBEN con la que reposaba en la oficina de catastro donde se llevaron grandes sorpresas ya que mucha no coincidía”.
- También, tuvieron dificultades con el Software, lo que retrasó el proceso de digitación y por ende la focalización de los recursos.
- Se hacen comentarios por parte de la comunidad y empleados del hospital de que los horarios de atención al público en la oficina del SISBEN (2 :30 PM a 4 :00 PM) no es adecuado, ya que muchas veces el hospital tiene que remitir pacientes a Medellín de urgencias y si estos no tienen la certificación no los atienden
- Por último, en 1998 se está actualizando la aplicación de la encuesta del Sisben, focalizando las zonas más pobres y vulnerables, donde varios de los encuestados se han quejado porque los encuestadores (bachilleres de los últimos años, que están llenando su alfabetización de esta forma) no tienen un buen manejo sobre la ficha.

Además de la verificación de la información, mediante muestreo selectivo en 1996 Planeación Departamental realizó una auditoría y verificó: puntos de corte, que la encuesta sí tuviera la proporción de núcleos familiares asentados en los hogares, que la información estuviera bien recopilada. Los resultados obtenidos de éste fueron satisfactorios para el municipio; sólo se encontraron dificultades en atención a los núcleos familiares, personas separadas que vuelven de nuevo al núcleo familiar de sus padres ya que se tenía dentro del mismo núcleo, el cual debería ser uno diferente.

2.2 Selección y afiliación

En este municipio no funcionó el mecanismo de la EPS transitoria. A finales de 1995 se realizó el proceso de convocatoria para que las ARS se inscribieran y participaran en la administración de los recursos del RS. Todas las personas se iban a afiliar a Coorsalud, pues ésta, según la DLS, llenaba todos los requisitos y expectativas que se tenían previstas, pero en diciembre de 1995 el gobierno nacional expidió el Decreto 2357 en el cual se estableció la libre elección y la convocatoria abierta para aquellas EPS, Cajas de Compensación Familiar y ESS que cumplan los requisitos; fue así como se abrió una convocatoria donde participaron Coorsalud, Coomeva, Comfenalco, Salucoop, y fueron seleccionadas como ARS ; posteriormente, a principios de 1996, Comfama hizo la solicitud a la administración municipal para hacer parte de las ARS, se evaluaron los requisitos que ésta debía llenar y después de cumplirlos, fue autorizada para que hiciera parte de dicho equipo como administradora del régimen subsidiado.

Se establecieron los contratos respectivos con Coorsalud, Coomeva, Comfenalco, Salucoop a principios de 1996, para que éstas a través de la subcontratación con las ESE Gilberto Mejía (I nivel) y San Juan de Dios (II nivel) del municipio y una red de servicios en Medellín para niveles complejos, empezaran a prestarle los servicios a los afiliados.

El proceso de afiliación fue bastante traumático. Como la afiliación fue libre, se fijó un listado de las personas que habían sido seleccionadas para ser afiliadas con un límite de tiempo, priorizando las más pobres y vulnerables y se les comunicó a éstos, a través de campañas, programas radiales y charlas, para que estuvieran pendientes de realizar la tramitología y eligieran la ARS a la cual querían afiliarse. Las ARS citaron a inscripciones, entonces se daban casos en que las personas se habían hecho inscribir hasta en dos y tres veces en ARS distintas. Sin embargo, hubo personas que no se inscribieron a ninguna ARS, debiendo la DLS realizar una asignación forzosa en este caso.

Las ARS no contaban con un sistema de información que les permitiera cruzar e identificar la doble inscripción por parte de los usuarios, lo que hizo que algunas personas tuvieran doble carne del RS pero de distinta ARS. Posteriormente, tratando de darle solución a éste problema, se cruzaron las bases de datos de las ARS y se sensibilizó y educó a las personas sobre el asunto.

Otras de las grandes dificultades que se presentaron con el proceso de afiliación es lo que tiene que ver con la carnetización, donde se destacan:

- Mecanográfico: el carné o documento de identidad, al digitarlo se hace mal y muchas veces no coincide.
- Se registran con seudónimos (situación suigeneris) y cuando presentan el documento de identidad para verificarlos no los encuentran registrados en los listados.
- La falta de documento de identidad.
- Se hacen comentarios por parte de los usuarios que algunas de las ARS prometían mercados para que se afiliaran a éstas.
- Hay personas que tienen carné del RS y que además tienen del régimen contributivo ; sin embargo, tan pronto como este hecho es verificado se les informa a las ARS para que sean excluidos y no se les siga prestando los servicios.

- Los directivos de la DLS dicen que las ARS en su fase inicial no asumieron la función de carnetizar y entregar los carné a los afiliados, función que le tocó asumir a la DLS en coordinación con la oficina del Sisben. La carnetización y entrega a los afiliados se hizo a través de una convocatoria en el parque donde cada ARS tenía su caseta, pero no fue muy productivo; posteriormente por programas radiales, avisos a través de la parroquia, por medio de las promotoras sociales entregaron otros documentos, pero aún no fue posible entregarlos todos. En el momento, aproximadamente al 80% de los afiliados se les ha entregado el carné, hay carné sin entregar porque no encuentran las direcciones y además hay familias migrantes.

El primer contrato establecido para la afiliación y prestación de los servicios fue con Coorsalud, cuyo convenio se hizo para afiliar a 3.000 personas empezando en enero y terminando en junio ; luego, se renovó el convenio por seis meses adicionales. Al terminar el año de 1996 habían afiliadas 11.138 personas cuyos recursos ascendieron a \$999.5 millones de pesos, de los cuales \$268.8 millones correspondían a recursos destinados por la Caja de Compensación Familiar Comfama, dado que la DLS negoció con ésta para que con recursos propios afiliará 3.000 personas; los demás recursos hacen parte de los ICN y el situado fiscal, ya que para este año no hubo recursos del Fosga. Los contratos elaborados en 1996, vencieron en diciembre, motivo por el cual se hizo una prórroga de éstos a partir de enero de 1997, con una duración de 15 meses (hasta marzo de 1998), razón por la cual la UPC es de \$113.345; para este año no fue posible realizar ampliación de cobertura dada la limitación de los recursos. Los recursos de los cuales se dispusieron para continuar con estos contratos fueron: por ICN \$669.6 millones, \$171.4 millones del situado fiscal, de los cuales \$40.0 millones son recursos transformados de oferta en recursos de demanda, \$340.0 millones son recursos de la Caja de Compensación Comfama para continuar garantizándoles los servicios a los 3.000 afiliados y \$121.3 millones por el Fosga, (ver cuadro 5).

La afiliación alcanzada en 1997, de 11,138 personas, resulta importante si se tiene en cuenta que equivale al 91% de la población correspondiente a los niveles 1 y 2 del SISBEN y al 31.5% si se considera también al nivel 3. Además, se destaca la realización de contratos con duración igual o superior al año, buscando así continuidad y estabilidad en la afiliación.

La ESS Coorsalud tiene sus propios promotores, los cuales entregan los carne en las veredas a través de visitas domiciliarias y se encargan de hacer reuniones periódicas para informar a sus afiliados sobre sus derechos y deberes dentro del RS. Las otras ARS, también tienen sus representantes que hacen las visitas en las veredas, aunque no con mucha frecuencia.

Afiliación por ARS 1996 - 1997
(Número de afiliados ; millones de pesos)

ARS	Número afiliados	Recursos 1996	Recursos 1997	ICN 1997	FOSGA 1997	Situado Fiscal 1997
Coorsalud	5.351	479.283	606.509	440.223	79.880	86.404
Comfama	3.000	268.875	340.035			
Comfenalco	1.904	171.990	215.808	156.696	28.356	30.755
Coomeva	719	64.440	81.495	59.196	10.679	11.618
Salucoop	164	14.698	18.588	13.526	2.406	2.654
total	11.138	999.586	1.262.436	669.643	121.324	131.433

Fuente : DLS

Mensualmente se deben estar pasando listados a Planeación Departamental de la base de datos de las personas focalizadas, seleccionadas y vinculados, con el fin de que en esta oficina se esté actualizando la base de datos que manejan a nivel departamental.

3. Actores

3.1. ARS

◆ Coorsalud

Coorsalud es una cooperativa de servicios integrales: ahorro, crédito, educación y salud; los tres primeros servicios los empezó a prestar en 1993 cuando se conformó como cooperativa ; el servicio de salud, después del surgimiento de la Ley 100 de 1993 cuando se establecieron convenios entre el Ministerio de salud y algunos municipios, lo que condujo a la creación de 14 ESS en el departamento de Antioquia en 1995. En este año, el municipio dio el impulso inicial para la conformación de la ESS adelantando los convenios necesarios con el Ministerio de Salud. Además, contó con el apoyo del programa UNI - KELLOGG de la localidad que adelantó la gestión sanitaria, y la empresa PRODESA, a la que le correspondió la gestión empresarial de Coorsalud.

Es así como Coorsalud, para la prestación de los servicios de salud en el municipio, fue autorizada por la Supersalud mediante Resolución 0274 de febrero de 1996, después de un proceso donde se convocaron líderes de todas las veredas de Rionegro, dándose una asistencia de 35 representantes a los cuales se les capacitó con la ayuda de la administración municipal y el programa UNI liderado en este municipio por la Universidad de Antioquia. De los 35 representantes se nombró la Junta Directiva

La ESS, cuya oficina principal está ubicada en la ciudad de Medellín, tiene cobertura en otros municipios del oriente del departamento y también presta algunos servicios en forma directa (servicios “hospital día”), con énfasis en la promoción y prevención.

En julio de 1997 se autorizó la ampliación de cobertura geográfica y poblacional al régimen subsidiado, dado que llenó las normas legales para hacerlo como alcanzar un total de 17.997 afiliados, además de acreditar un patrimonio mínimo de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes por cada cinco mil afiliados. La nueva capacidad de afiliación es de 40.500 personas.

La ESS, presta sus servicios a través de convenios con las siguientes entidades hospitalarias: para el primer nivel de atención: con las Empresas Sociales del Estado (ESE) de cada uno de los municipios donde tiene contratos; y los servicios del nivel II III y IV de complejidad, con la ESE San Juan de Dios de Rionegro, Clínica la Ceja y algunas IPS especializadas en estos servicios de la ciudad de Medellín (ver cuadro 1)

La visión de la ESS está enfocada para que ésta en el año 2001 cuente con un grupo humano capacitado, con la tecnología, la autonomía y la infraestructura adecuada para brindar a todos sus asociados y afiliados del oriente antioqueño los servicios integrales de salud a través de una amplia y especializada red de IPS, además de contar con servicios de recreación, educación no formal, ahorro y crédito en salud que favorezcan y fomenten la calidad de vida.

Coorsalud: Población afiliada y contratación en el oriente antioqueño, 1997

Municipio	No. afiliados	IPS*	Forma contratación
Rionegro	5.351	HGMM	UPC*
La ceja	2.779	ESE La Ceja	UPC
El Carmen	1.729	ESE el Carmen	UPC
San Vicente	3.041	ESE San Vicente	UPC
Granada	3.248	ESE Granada	UPC
Marinilla	2.200	ESE Marinilla	UPC
total	18.348		

*Se debe anotar que la UPC para cada municipio varía de acuerdo a los servicios que la ESE de cada uno de éstos preste ; por ejemplo en el caso del HGMM es de 64.93%

Fuente: Coorsalud, octubre de 1997

Los directivos de Coorsalud tienen buenas perspectivas con respecto a la ESS, pues dicen que ésta como cooperativa presta otros servicios adicionales, lo que ha hecho que tenga una buena consolidación; sin embargo, en lo que a salud se refiere, ve complicada la competencia de las otras ARS, como Comfenalco y Comfama, las cuales prestan unos servicios adicionales de recreación y educación, entre otros, lo que hace que las personas en ocasiones prefieran afiliarse a estas ARS; motivo por el cual Coorsalud, como lo referencia en su visión, tiene perspectivas de prestar servicios de recreación, educación no formal, ahorro y crédito en salud que mejoren las condiciones de calidad de vida de las personas.

Dentro de las fortalezas, se considera el papel protagónico de los asociados, los cuales están muy comprometidos con la comunidad y con todo el proceso de desarrollo y gestión que viene adelantando la ESS; En contraposición, no son ajenos a las dificultades que se enfrentan como es la de tener que cumplir con unos requisitos específicos impuestos por leyes que hacen bastante vulnerable, como es el caso de alcanzar 50.000 asociados para una fecha límite; además, de que los mismos sistemas de información por parte de los entes que se encargan de vigilar y controlar no son claros, así como la competencia de las EPS y Cajas de Compensación encargadas de administrar los recursos del régimen subsidiado.

Otra de las dificultades que se presenta es el monto estipulado para el cubrimiento de la prestación del servicios por persona, asumiendo que éste no alcanza a cubrir los servicios que están contemplados dentro del POS-S. Aunque la situación financiera de la institución es confortable dado que si no se ha tenido un excedente financiero, por los menos se ha mantenido un equilibrio.

En cuanto a la asesoría y vigilancia, en el primer caso se hace por parte del programa UNI y en una forma muy superficial por el Ministerio de Salud y en el segundo, la Supersalud periódicamente pide informes sobre resultados de gestión.

Para los directivos de Coorsalud es benéfico la prestación de los servicios dado que se ha tenido un mayor acceso a los servicios de salud por parte de la población pobres sobre todo lo que tiene que ver con servicios de II, III y alto costo, a los cuales era imposible que éstos, dada la limitación de recursos pudieran acceder sin la implementación del RS

Coorsalud, Distribución de la UPC por tipo de gasto

Aspecto	1996-1997 %	1997- 1998 %
Educación promoción en salud	5.00	4.80
Protección específica en salud	5.87	5.50
Atención ambulatoria I nivel	7.00	7.80
Consulta especializada II y III nivel	1.50	1.00
Atención hospitalaria I nivel	6.48	5.00
Atención hospitalaria parto un año II nivel	5.09	4.00
Salud oral	16.80	13.60
Medicamentos esenciales	7.00	11.50
Miágenes diagnósticas	2.89	1.40
Laboratorio	3.91	4.00
Gasto remisión pacientes	2.80	2.00
Alto costo (reaseguro)	15.66	19.4
Administración	20.00	20
TOTAL	100.00	100.00

Fuente : Coorsalud, informe de labores, 1995-1997

3.2. Prestación de servicios

Los servicios a los afiliados se les presta en el hospital Gilberto Mejía Mejía (I nivel), hospital regional San Juan de Dios (II nivel), HUSVP, HGM, HPTU, Liga de epilepsia y la clínica Noel, entre otros. Por su parte, los vinculados acceden a los servicios de hospitalización, cirugía y algunos exámenes, solo en casos de urgencias ; no se les cubre drogas. Para 1997 el promedio diario de certificaciones para utilizar estos servicios es de 80 (las filas son extensas y bastante complicadas para acceder a dichos certificados).

A pesar de que no fue posible conseguir información sobre registros de prestación de servicios a la población afiliada al RS, existe consenso entre las personas entrevistadas de que no queda ninguna duda que éstos están accediendo a un paquete de servicios los cuales no podían utilizar en tiempos anteriores, sobre todo aquellos de alto costo; además, se percibe cómo los dos hospitales locales debieron asumir una serie de readecuaciones en infraestructura y recurso humano para así garantizar la prestación de servicios a dicha población. Para el caso del hospital Gilberto Mejía, en el año de 1996 se realizaron inversiones en dotación hospitalaria y de equipos, dotación centro de atención odontológico, ampliación de urgencias, construcción sala de cirugía, adecuación archivo clínico, entre otros, por un valor de \$215 millones.

◆ Hospital San Juan de Dios

El Hospital San Juan de Dios por su parte, viene adelantando ciertas reestructuraciones como la construcción del departamento de medicina física y rehabilitación donde se prestan los siguientes servicios : fisioterapia, fonoaudiología, terapia física, terapia respiratoria y terapia ocupacional, además en 1996 se realizó un proyecto de mejoramiento de la división administrativa, se remodeló el bloque materno infantil y se adecuaron áreas de laboratorio, por un total de \$548 millones. En cuanto a la planta de personal, la asistencial presentó, en términos absolutos un crecimiento entre 1994 y 1997 de 143 personas distribuidas de la siguiente manera: 10 médicos generales, 19 especialistas, 10 enfermeras profesionales, 66 auxiliares de enfermería, 2 odontólogos y 27 personas que laboran por contratos en ésta área; en cuanto al personal administrativo, para el mismo periodo presentó una disminución de 10 personas.

Mediante el convenio CI-017-97 con la DSSA, el hospital presta los servicios a los vinculados, entendidos como la población sin capacidad de pago identificados por el SISBEN ; también, presta los servicios en caso de urgencias aunque no estén identificadas por el SISBEN, pero deberán tener una clasificación efectuada por la ESE

DSSA en cuanto a la facturación con los vinculados es muy estricta lo que hacen que devuelvan buen porcentaje de las facturas; hay ocasiones en las cuales no se conocen inmediatamente los Acuerdos sobre la ampliación del POS-S, el hospital factura esto a la DSSA y entonces estos no lo pagan porque en competencia de la ARS (fue el caso cuando el Acuerdo de ampliación de algunos procedimientos en Ortopedia). Hay dificultades para cobrar las Osteosíntesis ya que hay unas hasta de 10 millones de pesos, entonces a las ARS no les conviene pagarlas por que se pueden descapitalizar cuando no tienen procedimientos como éste con reaseguro. Los medicamentos cuando no están dentro del POS-S se compran por fuera algunas veces se factura al departamento y este es reconocido cuando se logra sustentar, en la mayoría de las veces no los reconocen, frente a esto la DLS tiene un fondo especial para pagar estos medicamentos al hospital solo cuando el paciente es de Rionegro.

De las interventorías realizadas por la DSSA al hospital, en lo que a facturación se refiere se destaca el cobro de servicios incluidos en el POS-S y que deben ser cancelados por las ARS.

Un aspecto especial que vale la pena resaltar es que en este hospital se han atendido casos por desastres: "En la casa de un político colocaron una bomba donde varios vecinos fueron afectados, estas personas fueron llevadas al hospital y se les prestó los servicios sin ningún cobro a ellos; siendo cobrado al Fondo del Fosyga respectivo sin dificultades".

No se tiene una perspectiva muy buena del hospital en los años venideros dado el déficit prestacional tan grande que trae de años anteriores ; además, mediante los estudios de costo que el hospital tiene se demuestra que los costos en que están incurriendo en la prestación de los servicios es mayor que la tarifa cobrada por éstos, "es el caso de una consulta médica especializada que prestarla al hospital le cuesta \$26.000 y la tarifa a la cual la presta es de \$9.900".

El subdirector dice que no ha mejorado el estado de salud de la población afiliada al RS, lo que a promoción, prevención y educación de la salud se refiere es muy incipiente; solo se está prestando un servicio mejor en la parte "curativa", lo que hace que las condiciones y realmente, el estado de salud no mejore. Es consciente, del mayor acceso a los servicios, personas que por lo menos anteriormente no tenían cómo pagar tratamientos costosos ahora pueden acceder a ellos a través del RS. Dice que alcanzar la cobertura universal como lo propone la Ley 100 es una utopía.

La transformación de recursos de oferta a demanda se ha venido haciendo a través de la facturación de la prestación de servicios a la población vinculada y a los afiliados a las respectivas ARSs ; en tiempos anteriores los recursos eran enviados al hospital sin ningún tipo de contraprestación, ahora se debe prestar el servicio para poder acceder a dichos recursos³.

El aumento de los contratos obedece a la complejidad, las actividades del III nivel cada vez son mas urgente, las urgencias son muchas , entonces se pide refuerzo. En cuanto a la prestación del PAB que le compete al municipio, este lo ha venido haciendo, sin embargo, la DLS es consciente que le falta mucho todavía ; motivo por el cual se vienen haciendo concertaciones con las ARSs para que presten estos servicios conjuntamente.

³ Esto según la Economista Gloria Beatriz Gómez, subdirectora financiera.

4. Conclusiones

La experiencia que ofrece este municipio en cuanto a la afiliación de los pobres a la seguridad social en salud resulta, en general, satisfactoria y da cuenta de la importancia de contar con desarrollo institucional y el compromiso de la administración local. Sin embargo, además de presentar algunos hechos de carácter político que entorpecen la implementación del régimen subsidiado, se han dado dificultades importantes atribuidas a cuestiones normativas y técnicas, las cuales ponen en duda el alcance de las metas establecidas en la Ley 100.

- Los alcances de la descentralización:

El caso de Rionegro da cuenta de los alcances que puede tener el proceso de municipalización de la salud en ciudades intermedias. Luego de varios años de intentar el reconocimiento para el manejo autónomo del sector, el cual incluso había sido otorgado por el Ministerio de Salud desde 1992 pero que el departamento no reconocía, por fin en 1995 la Dirección Seccional de Salud concedió la certificación.

Pero a la vez que se trabajaba en los aspectos formales, el municipio invertía recursos y asumió en la realidad la prestación de servicios de primer nivel. Hoy, el municipio también recibió el hospital de segundo nivel y, en ambos casos, se presenta un balance satisfactorio por parte de sus directivos en cuanto al aumento de la capacidad instalada (más personal, nuevos equipos y ampliación de planta física) y la situación financiera.

En medio del interés y el convencimiento de la administración (alcalde médico) acerca de las bondades del nuevo sistema, el proceso concerniente a la implementación del régimen subsidiado también recibió un impulso importante y fue así como el apoyo brindado a la empresa solidaria de salud permitió adelantar pasos al respecto, con la identificación y afiliación de 1000 familias. De nuevo, se presentaron dificultades en este caso atribuidas a la nueva reglamentación derivada de la Ley 100, de manera que la ESS recibió un freno en su desarrollo y debió someterse a la competencia con administradores de otro carácter.

- La empresa solidaria en el marco de la nueva normatividad:

La experiencia que se ha tenido con la ESS también da cuenta de las buenas perspectivas que ofrece este esquema. Fue posible adecuarse rápidamente a las exigencias derivadas de la reglamentación de la Ley 100, mereciendo incluso una ampliación en su capacidad de afiliación; además, posee un 50% de la población subsidiada en el municipio, cifra que espera superarse a partir de campañas publicitarias y de las labores de promoción y mejora de la calidad de los servicios, al igual que ofreciendo servicios adicionales (recreación, educación no formal y ahorro y crédito).

Sin embargo, los directivos de la ESS reconocen dos grandes amenazas para garantizar su subsistencia: de un lado, la obligación legal de alcanzar 50,000 afiliados y, del otro, la competencia entre ARSs no es favorable si se tiene en cuenta que las demás, especialmente las cajas de compensación familiar, ofrecen servicios de recreación y educación con grandes facilidades para ellas por cuanto poseen infraestructura y programas propios. Por último, aunque se ofreció información para su análisis, en la ESS consideran que la UPC no alcanza a cubrir el valor del POS subsidiado.

- Dificultades técnicas y políticas del SISBEN:

El proceso de identificación y selección de beneficiarios también resulta positivo en este caso si se tiene en cuenta su desarrollo rápido y, lo que resulta más importante, por cuanto la aplicación de la encuesta del SISBEN ha sido empleada para asignar recursos públicos a otros sectores, particularmente vivienda, alimentación y educación. Además, aunque como ha sido común en muchos municipios el SISBEN no ha contado con recursos suficientes, se destaca la voluntad política y es así como la administración ha estado vinculada en todo el proceso, inicialmente promovido por la Misión Social para tomar al municipio como piloto, y se ha reconocido la oficina del SISBEN dentro de su estructura administrativa.

Este proceso también ha estado sometido a dificultades y recibe algunos cuestionamientos en especial por su rigidez y complejidad. Dentro de las dificultades, se destacan las barreras culturales y sociales para poner en marcha, en general, la estrategia de la focalización y fue así como, al aplicar las encuestas, se presentaron resistencias para suministrar información o esta se dio falsa, en algunos casos "se escondieron los electrodomésticos y otros objetos con el fin de obtener un puntaje inferior".

También se han mencionado las dificultades de tipo logístico y los resultados del proceso, presentándose casos de duplicidades y exclusiones, pero también las propias del funcionamiento político con la intromisión de concejales para clasificar y afiliar a personas de su grupo político. Por su parte, los principales cuestionamientos realizados sobre el SISBEN están referidos al establecimiento de puntajes nacionales, sin diferenciación regional. Esto ha implicado, en el caso de Rionegro, una subvaloración del número real de beneficiarios (un 12% de la población total).

Luego de tener afiliados un 90% de las personas pertenecientes a los niveles 1 y 2 del SISBEN, existen en el municipio algunas preocupaciones y dificultades para continuar con este proceso y alcanzar la cobertura universal. En primer lugar, es creciente el volumen de personas que solicitan la aplicación de la encuesta y la reclasificación del nivel socioeconómico, buscando, en ambos casos, acceder al subsidio público bajo la justificación de no poder afiliarse al régimen contributivo por su baja capacidad. Esta situación renueva las críticas en el municipio en cuanto a la pertinencia de los ponderadores del SISBEN, así como a la falta de recursos para ampliar su cobertura geográfica y atender las encuestas por demanda y capturar los cambios que se presentan especialmente por razones de migraciones tanto al interior del municipio como hacia afuera.

- Los avances en afiliación y transformación de recursos:

La afiliación al régimen subsidiado resulta muy positivo: un 91% de la población en niveles 1 y 2 del SISBEN (31% si se considera, adicionalmente, al nivel 3), cifra que fue alcanzada desde 1996, poco después de haber adelantado la convocatoria entre ARSs y cuyos contratos fueron previstos desde un comienzo con una duración de un año.

En el alcance de esta afiliación se destaca, en términos de las fuentes financieras en 1997, los recursos aportados por una caja de compensación familiar (27%) y las transferencias de inversión social (53%); en cambio, se aprecia una baja participación del Fosga (9.6%), que resulta inferior incluso al monto correspondiente a la transformación del situado fiscal (10.4%). Por otra parte, en términos de la afiliación se destacan la

empresa solidaria (48%), las cajas de compensación familiar (44%) y organismos cooperativos (8%), sin que tengan presencia ARSs privadas.

La transformación de recursos es vista en el municipio como un proceso propio de los hospitales, los cuales reciben más ingresos por la venta de servicios y reciben mayores beneficios por su cobertura regional y la importancia que adquiere el régimen contributivo. En cambio, a nivel de la dirección local no se posee buena información, en términos de proyección de recursos y el impacto sobre la población vinculada.

En este contexto, ha sido notorio el aumento de recursos en hospitales, de manera que se facilitaría una transformación por encima de lo ordenado en la Ley 344, en lo cual parece estar de acuerdo la nueva administración. Además, en la actualidad sucede que el valor de los servicios facturados a la Dirección Seccional de Salud, por la atención de los vinculados, no alcanzan el monto preestablecido.

- Y...qué hay del acceso a los servicios?:

Aunque no se poseen datos sobre prestación de servicios que permitan sugerir algo firme, para las personas que fueron entrevistadas es evidente el mayor acceso a los servicios por parte de los pobres, pero sí se advierte del trato diferencial que se registra entre la población subsidiada y la vinculada. Una mirada sobre lo que viene sucediendo a nivel del sector de hospitales permite probar que al menos se viene ampliando la oferta de manera importante, mediante la construcción de nuevos proyectos, la ampliación de los existentes y la contratación de nuevo personal.

A partir de esta consideración y teniendo en cuenta el modelo de acceso propuesto por Aday and Andersen, puede plantearse que existen condiciones para un mayor acceso potencial, el cual con el tiempo debería permitir una ampliación del acceso real. Concretamente, se ha contado con una expansión importante de la oferta de servicios, especialmente a nivel de hospitales y en un ambiente competitivo con la incorporación de una clínica privada de tamaño importante, de manera que se haga posible el acceso al paquete contemplado en la Ley 100 (POS); además, la adopción del seguro y los cambios culturales que ello y la reforma en su conjunto plantean, permiten reducir la demanda insatisfecha y garantizar a la población el acceso al conjunto de servicios regulados en el POS-S.

En síntesis, las principales bondades atribuidas al régimen subsidiado son: el mayor acceso por parte de la población pobre a los servicios de salud, la adecuación de hospitales locales en infraestructura y personal y una mayor eficiencia en la utilización de los recursos. Por su parte, en cuanto a dificultades se destacan: no se están garantizando los servicios de promoción y prevención, problemas en sistemas de información, ambigüedad en la normatividad.

Referencias :

ALCALDIA DE RIONEGRO. Informe de gestión 1995.

ALCALDIA DE RIONEGRO. Informe de gestión 1996.

ALCALDIA DE RIONEGRO. Plan de desarrollo municipal 1995 - 1997.

DLS, municipio de Rionegro. Informe 1996 - 1997.

DLS. Municipio de Rionegro : La Salud como componente del plan integral de desarrollo de Rionegro Antioquia 1992 - 1994.

DSSA, Acta de interventoría No. 6, noviembre 5 de 1997.

GESTIÓN TÉCNICA ADMINISTRATIVA SISBEN, municipio de Rionegro. Evlynn Margarita López Vargas noviembre de 1997.

GESTIÓN TÉCNICA ADMINISTRATIVA SISBEN, municipio de Rionegro. Gloria Hayde Gómez Loaiza, julio de 1995.

Programa de Gobierno alcalde electo, Hugo Alberto Castaño 1998 - 2000.

Entrevistas :

Abogada, Evlynn Margarita López Vargas, directora SISBEN.

Ingeniero civil, Hugo Alberto Castaño, alcalde electo.

Médico - Magister Nutricionista, Juan Edgar Marín, Secretario de salud

Libardo Giraldo, Subdirector científico, Hospital San Juan de Dios.

Gerontóloga, Libia Eugenia Tobón, jefe atención al usuario y miembro de la Liga de usuarios del hospital San Juan de Dios.

Economista Gloria Beatriz Gómez, subdirectora financiera

Beatriz Chaverra, coordinadora general programa PAB DLS

Carlos Mario Castro Lombana, gerente ESS -Coorsalud-

5. Anexo

1. Resumen de los resultados (esquema)

1. Ajustes institucionales

Creación DLS:	Creación FLS:	Transformación hospitales en ESE:	Certificación:
Se creó desde 1992, según lo establecía la Ley 10 de 1990; pero en 1996 se debieron realizar los ajustes correspondientes de acuerdo a la nueva normatividad.	Fue creado en 1993.	Debieron de pasar por dos rondas para que el Concejo municipal a finales de 1995 diera vía libre a la transformación de los dos hospitales municipales en ESE. Se debe anotar que el hospital de primer nivel de atención solo se creó en 1991, empezando con la dificultad del no giro de los recursos correspondientes por SF. Y solo en 1994 logran un acuerdo para el giro correspondiente de dichos recursos.	A pesar de haber recibido la certificación por el Ministerio de Salud en 1992 de acuerdo a lo establecido por la Ley 10 de 1990; la DSSA no cedió los recursos correspondientes a la ciudad y fue así como en noviembre de 1995 se certificó bajo los lineamientos de la nueva normatividad, después de cumplir con cada uno de los requisitos.

2. Encuesta SISBEN

En este municipio se hizo de manera piloto después de haberse realizado una capacitación por parte de la Misión Social y Planeación Nacional. La aplicación de la encuesta empezó en 1994 en los estratos 1, 2 y 3 y zonas marginadas del estrato 4. Los recursos son insuficientes para la aplicación. Además se ha aplicado la encuesta por demanda y en la actualidad se está realizando de nuevo un barrido en estas zonas donde se aplicó inicialmente.

3. Afiliación ARS

EPS-T:	Convocatoria ARS:	Elección:	Contratación:	Renovación contratos:	Carnetización:
No operó el mecanismo de EPS-T.	A finales de 1995 se estableció la convocatoria. Todas las personas iban a ser afiliadas a la ESS - Coorsalud-, pero en ese momento surgió el Acuerdo sobre libre elección, entonces la convocatoria se hizo abierta. Participaron 4	Aunque se habla de una libre elección, como se presentaron problemas de duplicidades y además hubo gente que no se inscribió se tuvo que realizar inscripción forzosa para un porcentaje alto de la población.	A principio de 1996 se realizó el primer contrato con Coorsalud donde se afiliaron 3.000 personas; a mediados de 1996 se realizaron otros contratos con Comfenalco, Coomeva y Salucoop; y a finales del mismo año se firmó	Los primeros contratos se hicieron por 6 meses (junio a diciembre de 1996) exceptuando el de la ESS que se hizo por un año. Al terminara los contratos en diciembre de 1996 se renovaron por 15 meses.	Inicialmente fue asumida por la DLS; después se coordinó entre la DLS y las ARS. En la actualidad las ARS son las encargadas de la carnetización hasta culminar con la entrega a los beneficiarios. Se presentaron

	ARS: Coorsalud, Comfenalco, Coomeva, Salucoop y posteriormente ingresó Comfama.		contrato con Comfama. Al terminar 1996 tenían 11,138 afiliados; no ha existido ampliación de cobertura. Las personas afiliadas de los niveles I y II asciende a 91.3.		problemas de seudónimos, falta de documento de identidad, hay mercadeo desleal por parte de las ARS, poco cumplimiento de las funciones que competen a las ARS y a todas las personas no se les ha podido entregar el carne.
--	---	--	---	--	--

4. Servicios y recursos

<p>Oferta de servicios RS en la ciudad:</p> <p>ESE Gilberto Mejía (I nivel de atención) ESE San Juan de Dios (II nivel de atención) Puestos y centros de salud del municipio.</p> <p>Se ha dado un ajuste en la infraestructura hospitalaria y en la contratación de personal que apunta al mejoramiento de los servicios.</p>	<p>Recursos (millones de pesos):</p> <p>1996: Fosga: 0 SF-ICN: 730.7 CCF: 268.8</p> <p>1997: Fosga: 121.3 ICN: 669.6 SF of: 131.4 SF De: 40.0 CCF: 340.0 % Fosga 1997: 9.3 % ICN 1997: 51.4</p>	<p>Servicios prestados:</p> <p>RS: se prestan los servicios del POS-S.</p> <p>Vinculados: hospitalización, cirugía y algunos exámenes de ayudas diagnósticas solo en caso de urgencias; no se suministran drogas.</p>
---	--	--

5. Bondades y dificultades del RS

<p>Bondades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mayor acceso por parte de la población pobre a los servicios de salud -Adecuación de los hospitales locales en infraestructura y personal -Mayor eficiencia en la utilización de los recursos 	<p>Dificultades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -No se están garantizando los servicios de Promoción y prevención. -Problemas en los sistemas de información -Ambigüedad en la normatividad. -Margen de población vinculada amplio y los recursos insuficientes para garantizar los servicios durante el período de transición. -Poca apropiación de las funciones a ejercer por parte de los comités de participación comunitaria.
--	---

Municipio El Peñol – Departamento de Antioquia

1. Caracterización del municipio

1.1. Descripción del Municipio

El municipio de El Peñol se encuentra ubicado en el oriente antioqueño, distante 59 km. de Medellín y en el área de influencia de la autopista Medellín-Bogotá y de los principales proyectos hidroeléctricos del departamento. Su extensión es de 143 km² y posee carretera pavimentada, la cual comunica a su población con la capital y los municipios del oriente antioqueño.

La población es de 17,000 habitantes aproximadamente, un 44% de ellos localizados en la cabecera y el resto en la zona rural, la cual se encuentra conformada por 23 veredas, 21 de ellas con establecimientos educativos.

En cuanto a características sociales, los principales indicadores disponibles ubican al municipio en una situación más favorable en comparación con el promedio registrado en el país, lo cual implica mayores ventajas en comparación con municipios de tamaño similar en los cuales se presentan los mayores niveles de pobreza. En efecto, el índice de calidad de vida (ICV) es de 19% en el municipio y de 27.5% en el país; por su parte, el índice de necesidades básicas insatisfechas (INBI) es del 33%¹ en el primer caso y de 35.8% en el segundo. Por otro lado, la cobertura de servicios públicos domiciliarios a nivel urbano es de 98% en acueducto, 96% en alcantarillado y 95% en energía².

La actividad económica de este municipio está sustentada en la agricultura, con predominio del cultivo del tomate y otros productos básicos como papa y frijol; adicionalmente, la ganadería tiene alguna importancia, en especial la cría y engorde de porcinos en pequeña escala. El sector comercio y servicios también es importante en el municipio por la influencia que tiene la cabecera sobre la zona rural y otros municipios y por el desarrollo que ha tenido el turismo luego de la construcción del embalse, afectando el uso del suelo y provocando una transformación del empleo hacia el trabajo en fincas de recreo.

En cuanto a las condiciones de salud de la población, según el plan local de salud 1998-2000, las cinco primeras causas de morbilidad, de acuerdo con la consulta externa, son: otitis media aguda, parasitosis, infección urinaria, enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda. Por su parte, el Anuario Estadístico de Antioquia de 1994 da cuenta de las 5 primeras causas de morbilidad por egresos hospitalarios en el municipio (un 31.5% de los egresos totales), y su participación: enfermedades del aparato respiratorio (14.9%), enfermedades del aparato circulatorio (7.1%), enfermedad del aparato digestivo (5.7%), los trastornos mentales (2.1%) y los trastornos de las glándulas endocrinas (1.7%).

1.2 Dirección local de salud

El proceso de municipalización de la salud, establecido en la leyes 60 y 100 de 1993 y sobre el cual descansa una responsabilidad considerable en relación con la afiliación de los pobres al sistema de seguridad social en salud, ha sido adelantado en el municipio de manera lenta y, a pesar de haber dado cumplimiento a los requisitos formales para recibir la certificación sobre el manejo autónomo del sector, se aprecia el desconocimiento acerca de las implicaciones que trae consigo el período de transición de la reforma,

¹ DANE, Censo de 1993. Resumen nacional. XVI Censo Nacional de Población y V de Vivienda.

² Fuente: Carta de generalidades de Antioquia, 1996

particularmente la transformación de subsidios de oferta a demanda y la ubicación adecuada de sus habitantes en el nuevo sistema.

No obstante, además de la falta de capacidad técnica por parte de la administración local, se destaca la voluntad política para asumir el manejo del sector y muy especialmente el interés de sus líderes por desarrollar el régimen subsidiado mediante la consolidación de una Empresa Solidaria de Salud (ESS) que fue promovida por el Ministerio de Salud desde antes de ser aprobada la Ley 100.

El camino recorrido para alcanzar la certificación, otorgada por el departamento en octubre de 1996, se resume así: el Concejo Municipal creó el cargo de dirección local de salud (Acuerdo 08/95) para dedicarse primordialmente al cumplimiento de los requisitos exigidos para la certificación; sin embargo, aunque el cargo fue llenado por una profesional fue necesario que el Concejo contemplara explícitamente la prestación de los servicios del primer nivel de atención bajo la responsabilidad del municipio y la creación de la dirección local de salud como dependencia de la administración. Por otra parte, para transformar el hospital en Empresa Social del Estado (ESE), concederle autonomía y buscar su modernización administrativa, el Concejo debió expedir tres acuerdos (14/94, 04/95 y 11/96), derogados y reformados por cuestiones de carácter formal. Finalmente, el fondo local de salud (FLS) fue creado desde 1993 (Acuerdo 13/93), pero nunca operó para recibir los recursos de Ecosalud; en diciembre de 1995, el alcalde debió reglamentar el fondo para adecuarlo a la nueva legislación.

El municipio cuenta con el Plan Local de Salud 1998-2000 en el cual se formulan, entre otras metas para el desarrollo del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) cuyo alcance es responsabilidad de la DLS, las siguientes: vigilar el cumplimiento de las obligaciones de las EPS y ARS para con sus afiliados; inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los contratos firmados por la ESE con EPS y ARS; vigilar y controlar la calidad y oportunidad de los servicios de salud; aplicar, depurar, ajustar, actualizar y utilizar el SISBEN de la población al SGSSS. Además, en este plan se encuentran incorporados los principales objetivos y estrategias que corresponden al nuevo esquema de la Ley 100; se destacan el saneamiento básico, la educación ambiental y el PAB.

Por último, resulta importante señalar que al asumir las funciones de dirección el municipio incurre en nuevos gastos administrativos, representados principalmente en el pago a personal; estas cifras se encuentran incorporadas en el presupuesto municipal a partir de 1995 y han crecido de manera considerable (\$10 millones en 1995, \$22 en 1996 y \$33 en 1997).

2. La implementación del régimen subsidiado

2.1 Identificación de beneficiarios

La identificación de la población beneficiaria de los subsidios estatales fue contratada inicialmente con FUDESCO³, en el marco del apoyo que este organismo venía brindando para la consolidación de la ESS. La fundación capacitó personal del municipio para que hicieran la encuesta, habiéndose efectuado un barrido completo. Con la realización de este trabajo, que incluyó 13.370 personas encuestadas, fueron clasificados en los niveles socioeconómicos 1 y 2 un total de 5.870 personas; sin embargo, a partir de la presentación de quejas por parte de la ciudadanía, la administración municipal practicó un control y evaluación del trabajo realizado por la fundación, con los siguientes resultados:

³ Fundación para el Desarrollo Comunitario.

se detectaron problemas por parte de los encuestadores, dado que éstos muchas veces aplicaban las encuestas en puntos estratégicos como las escuelas, sin hacer visita domiciliaria; hubo duplicidad en la información, en el sentido de que una misma persona era encuestada hasta en dos y más núcleos familiares distintos; y además, tenían problemas de Software, lo cual dificultaba el registro de las fichas realizadas, haciendo que la base de datos que entregaron al municipio no fuera confiable.

Con estas consideraciones, en el municipio se asumió la información con serias dudas, se pensó incluso que ella era falsa, y, a mediados de 1995 se dio por terminado el contrato y se asumió, en cabeza de la DLS, el proceso de identificación de las personas mediante un segundo barrido.

Luego de este barrido también se han atendido las solicitudes de los ciudadanos para realizar la encuesta en los casos en los cuales no quedaron cubiertas las viviendas, no fue posible responder la encuesta durante el barrido o se pide una reclasificación por considerar que la encuesta estuvo mal procesada. En la actualidad, se considera que solamente falta un 5% de la población por encuestar en el área rural.

Identificación de beneficiarios, 1995, 1997.

Sector	1995			1997			
	Nivel socioeconómico			Nivel socioeconómico			
	1	2	Total	1	2	total 1 y 2	total 1, 2 y 3
Urbano	84	1.003	1.087	213	1.638	1.851	3.954
Rural	417	3.329	3.746	377	4.575	4.952	8.552
Total	501	4.332	4.833	590	6.213	6.803	12.506

Fuente 1995: FUDESCO. Municipio de El Peñol, Secretaría de salud

Fuente 1997 : Municipio de El Peñol, Planeación Municipal, oficina SISBEN y DLS.

Se vienen haciendo reclamos por parte de las personas que no fueron seleccionadas, ya que muchos de éstos aducen no tener capacidad de pago para acceder a los servicios de salud y, por el contrario, algunos mencionan que muchas de las personas clasificadas no deberían estar ahí dado que tienen solvencia económica. Entre las principales dificultades de la identificación se pueden considerar: la resistencia al cambio, el suministro de información no confiable por parte de los encuestados, recursos económicos insuficientes para la aplicación y el procesamiento de la información del SISBEN; inicialmente no había una oficina para el SISBEN, sino que funcionaba en la secretaría de salud, solo en octubre de 1996 empezó a funcionar adscrito a Planeación Municipal; la DLS ha reportado a la veeduría ciudadana casos especiales que los ciudadanos han reportado, pero nunca se ha tenido respuesta por parte de la veeduría.

Una de las principales dificultades que se presenta en la identificación de la población, según el administrador del SISBEN, es que el municipio no cuenta con los recursos necesarios para la ejecución del programa, lo cual implica que hayan personas que lleven 8 meses de estar inscritas y de haber solicitado que se les haga la encuesta y no se les ha hecho por falta de personal que se desplace para hacerla. Además, hay muchas quejas y reclamos por parte de los vinculados.

2.2 Selección y afiliación

En noviembre de 1995 fueron seleccionadas 2.489 personas, priorizando por grupos etáreos en favor de los menores de un año, las mujeres embarazadas y los ancianos de los niveles 1 y 2. Esto se hizo mediante un convenio realizado entre el municipio y la ESS;

la ESS, por su parte, para garantizar la prestación de los servicios del POS-S a estas personas afiliadas, estableció contratos con el hospital del municipio para el primer nivel de atención y, en el caso de los servicios de mayor nivel de complejidad, con organismos de las ciudades de Rionegro y Medellín. Los recursos disponibles para este contrato provenían de las transferencias para inversión social recibidas por el municipio, destacándose su destinación desde un comienzo a través de la ESS y no del mecanismo de EPS transitoria como operó en la mayoría de los municipios del departamento.

Al terminar el primer contrato en 1996, el municipio realizó otro con la ESS y se afiliaron 6.850 personas identificadas en los niveles 1 y 2. Este contrato tuvo una duración de 9 meses, con vencimiento en abril de 1997. Como podrá notarse, parece ser que no se está dando cumplimiento al principio de la libre elección, manteniendo a Prevensalud como un monopolio en el aseguramiento; sin embargo, de acuerdo con la versión suministrada por varios funcionarios, al iniciar el proceso se realizó un acuerdo con otras ARS invitadas para permitir la consolidación de la ESS, la cual, en esta etapa de despegue, busca competir en otros municipios y justo con ellos se encuentran restricciones impuestas por los alcaldes y la competencia desleal; además, tanto los entes administrativos como los líderes del municipio tienen el convencimiento que dado el buen manejo y funcionamiento de la ESS no se harían cambios de ésta a otras ARS, sino que se daría el caso contrario.

Posteriormente, se efectuaron otros cuatro contratos en cuyo proceso se observa un aumento en la afiliación y una ampliación en la duración de la misma (ver cuadro 5). Al terminar 1997 se encuentran afiliadas 8481 personas, de manera que se ha permitido la incorporación de toda la población perteneciente a los niveles 1 y 2, al igual que una porción significativa (29%) de la clasificada en el nivel 3; el resto de la población objeto de los subsidios clasificada en nivel 3 y denominada vinculada, por no estar afiliada al régimen subsidiado, está siendo atendida en el hospital local para lo cual se factura al municipio con cargo a los recursos del situado fiscal. A estas personas en un principio se les prestó los servicios del POS-S, sin incluir medicamentos, pero en la actualidad éstos se encuentran incluidos para los servicios de mayor complejidad y se hacen las respectivas remisiones que son pagadas por el departamento.

Se debe anotar que, a pesar de los esfuerzos realizados por Prevensalud para carnetizar y entregar los carné, no todos han sido recibidos por los beneficiarios. Se hacen anuncios y promoción a través de emisora, de las promotoras de salud, a través de líderes (presidentes de acción comunal); se hacen tablados en puntos estratégicos como las escuelas de cada vereda y plegables. Pero las personas no los reclaman, pues aún son atendidos con que aparezcan en la base de datos sin tener el carné.

Afiliación al régimen subsidiado. 1995-1997

1995	afiliados	Recursos				UPC	duración
		ICN	Fosyga	tran.recursos	total		
1. Nov/95	2489	25.1	69.3*		94.4	37.9	7 meses
Total	2489	25.1	69.3		94.4	37.9	7 meses
1996							
2. Jul/96	6850	172.5	423.0		595.5	86.9	9 meses
3. Oct/96	544		24.4		244	44.8	6 meses
4. Dic/96	409		43.7		43.7	106.8	12 meses
Total	7803	172.5	491.1		663.6	85.0	9 meses
1997							
5. Abr/97	7394	145.4	668.6	23.9	838.1	113.3	12 meses
6. Ago/97	678			77.1	77.1	113.7	12 meses
Total	8481	145.4	668.6	101	915.2	227	12 meses

Fuente : Municipio de El Peñol, Planeación Municipal, oficina SISBEN y DLS.

2.4. Financiación del Régimen Subsidiado

En términos generales y como resultado del esquema financiero introducido por la leyes 60 y 100, el sector salud recibe en la localidad un monto considerable de recursos que lo ubican en una importancia superior a la registrada en períodos anteriores. De acuerdo con los indicadores del sector público no financiero elaborados por el Banco de la República, el municipio aplicó el 1% de sus gastos a salud en 1991; en 1995, en cambio, lo hizo en 10.6% como consecuencia de la inversión forzosa ordenada por la Ley 60.

Considerados los recursos del régimen subsidiado en su conjunto, en 1996 presentaron un incremento real del 470% y pasaron al 17.7% de los gastos efectuados por el municipio. Además de esta evolución, se presentó un cambio en la composición de los recursos, con el ascenso de los recursos de demanda y la pérdida relativa de la importancia del situado fiscal el cual, si bien registró aumentos en los años considerados, pasó del 61% de los recursos del sector al 10%.

Un aspecto a tener en cuenta en este análisis se refiere a las diferencias entre los montos presupuestados y lo realmente ejecutados. El caso mas asombroso se presentó en 1995, cuando se apropiaron 87 millones de pesos como parte de la inversión social para el régimen subsidiado y solo se ejecutaron 6 millones (6.9%); en 1996, por su parte, se presupuestaron 209 millones y se ejecutaron 105 (50%). Esta situación da cuenta, por una parte, de los retrasos que se dieron para hacer efectiva la afiliación al régimen subsidiado; y, por otra parte, la naturaleza de las finanzas públicas, con enormes rezagos presupuestales que adicionalmente ponen en duda la posibilidad de mantener las afiliaciones.

Recursos del régimen subsidiado (millones de pesos de 1997)

Recursos	1995	1996	1997
1. ICN - Salud	6	105	192
2. Fosga	20	344	600
3. Situado fiscal			
-Régimen vinculado	53	73	74
-Régimen subsidiado*	-	-	14
Total	88	522	880

Nota: para 1995 y 1996 se trata de gastos ejecutados; para 1997, se tomó el presupuesto definitivo en agosto

*recursos transformados de oferta a demanda

Fuente: Tesorería municipio El Peñol; cálculos propios.

3. Actores

3.1. ARS

◆ Prevensalud ESS

La Empresa Solidaria de Salud: Prevensalud fue creada en 1992 mediante convenio entre el municipio y el Ministerio de Salud. En este convenio se dispuso la participación del Ministerio y el municipio en la conformación del capital en 60% y 40%, respectivamente.

El objeto del convenio, que tuvo una duración inicial de un año, era el de prestar servicios de salud, con un programa especial a los afiliados considerado hoy inferior al POS-S. Para dar comienzo a su labor, la Fundación para el Desarrollo de la Educación en Salud en Colombia, FUDESCO, asumió la capacitación en la parte de educación y organización para los afiliados a la ESS.

Posteriormente, en junio de 1995 y en el marco impuesto por la Ley 100, Prevensalud recibió su personería jurídica y fue reconocida como mutual conformada por una

asociación de las familias pobres y vulnerables del municipio (5.000 asociados) y cuyos excedentes serán distribuidos entre sus asociados, a través de los fondos de educación, salud, solidaridad y recreación, entre otros.

La misión establecida para esta ESS consiste en proporcionar bienestar físico, emocional y social a los afiliados, asociados y a la comunidad en general, por medio de servicios de salud preventiva y asistencial, programas de salud mental, educación, recreación y lúdica; promoviendo en todo momento la cultura del autocuidado, con base al trabajo de un equipo idóneo, honesto, responsable. Por su parte, en cuanto a su visión, la organización espera que para el siglo XXI sea competitiva, exitosa y de avanzada tecnología, una empresa con proyección de futuro y carácter de liderazgo. Dentro de sus principios se pueden destacar: calidad humana, calidad en el servicio, respeto a la dignidad, eficiencia y competitividad, universalidad, integralidad solidaridad y participación comunitaria.

La ESS posee 35 empleados y su cobertura se extiende a otros municipios vecinos; además, presta algunos servicios en forma directa (servicios "hospital día"), con énfasis en servicios de promoción, prevención y educación, para lo cual cuenta con dos odontólogos, tres médicos generales, una enfermera y una auxiliar de enfermería; los médicos generales hacen parte de la planta del hospital local, pero que por razones de espacio no puede laborar allí. Los demás servicios son prestados en las entidades hospitalarias con las cuales tiene convenio (ver Anexo: cuadro 1).

Para los directivos de Prevensalud, esta experiencia es valiosa pues consideran la pauta para que el municipio tenga un mejor desarrollo y calidad de vida de cada uno de los habitantes y asumieran una racionalidad sobre la utilización de los servicios; además, a través de la ESS se fortaleció muchísimo la parte de promoción y prevención, cuestión que aunque era desarrollada por el municipio era muy débil. Se debe anotar además que la ESS es de la comunidad, lo que tiene un peso bastante grande ya que hay sentido de pertenencia y así mismo de trabajo (la junta directiva está conformada por miembros de la comunidad y aunque han contado con un buen apoyo a nivel educativo y de gestión, han desarrollado una labor bastante buena); la capacitación se hace en la gran mayoría de los casos a través de Asorredes.

Por otro lado, la mayor dificultad radica en el cumplimiento de las normas legales dado que apenas está comenzando y, por el contrario, en el mercado ya hay otro tipo de administradoras muy consolidadas como las cajas de compensación familiar Comfenalco y Comfama. Se debe cumplir, con un mínimo de 50.000 afiliados que, a pesar de la ESS tener funcionamiento en los municipios vecinos, es bien complicado cumplir; la única alternativa sería asociarse entre varias ESS para cumplir dichos requisitos. Otras dificultades se refieren a la competencia desleal por parte de las otras ARS, como ofrecer y dar mercados a cambio de la afiliación.

Además, la UPC no alcanza para cubrir los servicios contemplados dentro del POS-S, máxime si se considera que la población pobre no accedía a los servicios de salud anteriormente, solo que como hay unas personas que no utilizan los servicios, entonces esto entra a compensar. Es por esto que, dicen en Prevensalud, las ARS y la misma ley deben restringir la utilización de los servicios⁴.

⁴ Aquí se percibe la falta de comprensión de la ley y de su función dentro del sistema; No se trata de restringir los servicios sino de que algunos afiliados requieran servicios y otros no, y en promedio la UPC debe alcanzar. Sin embargo, esto funciona mejor en ARS con bastantes afiliados.

En este ambiente un poco difícil, la ESS presenta algunas fortalezas. Por ejemplo, mientras las EPS para el manejo del RS, no hacen presencia en los municipios donde tienen contratos, y les basta con ir y afilar a las personas, Prevensalud realiza acciones importantes a través de los promotores ubicados en los municipios de su influencia.

Una desventaja adicional y característica de todo el régimen se refiere a la inestabilidad y en muchos caso contradicciones de las normas, así como el hecho de que algunos municipios no pagan cumplidamente, lo cual trae problemas en la parte financiera para la ESS. También, en el momento es incierto lo que puede pasar con los municipios debido al cambio de alcalde

Hacia el futuro, en Prevensalud se quiere lograr su consolidación con una visión de crecimiento, para esto se trabaja fuertemente en el área de mercadeo, buena presencia en los municipios y en las zonas donde está la gente pobre; la parte de promoción y prevención es muy buena. En general, se ha consultado mediante encuestas por parte de la misma empresa, sobre la satisfacción, con resultados buenos: los comentarios de la comunidad son bastante halagadores con respecto a la ESS.

3.2. Hospital Local

El municipio cuenta con el hospital San Juan de Dios, transformado en Empresa Social del Estado, ESE, el cual ofrece los servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y hospitalización del primer nivel de atención; posee sala de partos, sala pediátrica con 4 cunas, sala de maternidad con 3 camas, sala de pensionados con dos camas, sala de urgencias con 5 camillas, 3 consultorios, farmacia, servicio de odontología y laboratorio.

Luego de la promulgación de la Ley 100 de 1993 han surgido cambios importantes en este hospital, tanto en infraestructura como en personal; es así como, en el primer caso, se construyeron oficinas para gerencia, facturación y secretaría; también se construyó un consultorio y se readecuaron las salas de espera. En la actualidad se tiene un proyecto de ampliación para hacer una segunda planta, donde funcionaría odontología y control interno y se reubicaría la gerencia; este proyecto ya fue aprobado por la DLS y sería cofinanciado por el municipio y el departamento (Dirección Seccional de Salud). En lo que se refiere a personal, se han empleado 4 auxiliares de facturación, 1 en farmacia, 1 cajero, 1 almacenista, 1 operario de servicios generales y 4 médicos, lo cual se interpreta en parte como una adecuación a las necesidades impuestas por el nuevo sistema.

Adicionalmente, existen tres consultorios médicos particulares, cuatro consultorios odontológicos y cuatro farmacias, donde se prestan los servicios de consulta general y odontología; ninguno de estos consultorios tiene contrato para prestar los servicios a los afiliados al sistema de seguridad social en salud.

Recursos del sistema local de salud (profesionales y camas de hospital)

Recurso	Público ESE	ESS	Privado	Total
1.Médicos generales	6	3*	3	12
Tasa por mil habitantes	0.35	0.17	0.17	0.70
2.Enfermeras y auxiliares de enfermería	13	2	-	15
Tasa por mil habitantes	0.76	0.11	-	0.88
Tasa por médico	2.16	0.66	-	1.25
3.Odontólogos	2	2	4	8
Tasa por mil habitantes	0.11	0.11	0.23	0.47
5.Camas de hospital	9			9**

*Trabajan en la ESS, pero son pagados por la ESS de El Peñol.

**4 son cunas para niños

Fuente: Municipio de El Peñol: ESE San Juan de Dios y Consultorios médicos y odontológicos.

4. Reflexiones sobre la Prestación de Servicios y Transformación de Recursos:

Los resultados principales que se esperan alcanzar con el nuevo sistema de seguridad social en salud están referidos al acceso de los pobres a un paquete integral de servicios y al mejoramiento de la situación de salud, entre otros. Además, como garantía para esto se busca el desarrollo de la oferta de servicios y la modernización del sector de hospitales.

Resulta todavía prematuro, y las disponibilidades de información son bien escasas, para determinar el alcance de estos propósitos. Sin embargo, se efectuaron algunas pesquisas para plantear al menos algunas reflexiones e hipótesis. En primer lugar, en términos de la oferta de servicios se aprecia un aumento de la capacidad instaladas medida esencialmente a partir del recurso humano disponible en el hospital local. En efecto, la planta de personal de este organismo pasó de 33 empleados en 1993 a 51 en 1997 y, aunque el mayor aumento se presentó en el grupo de administración y servicios generales⁵ con 10 nuevos cargos, se destaca la duplicación del número de médicos, enfermeras y odontólogos.

En segundo lugar, de una manera más moderada a los aumentos en la planta de personal, la producción de servicios del hospital viene registrando un comportamiento ascendente, con diferencias importantes de acuerdo al tipo de servicio. Si se tiene en cuenta la consulta general, consulta de urgencias, hospitalizaciones, partos y exámenes de laboratorio como los productos predominantes y valorados en términos de consulta general según tarifa SOAT (unidad equivalente) la producción de estos servicios aumentó 11.3% en 1996 y 22.2% en 1997.

Discriminando la producción de cada servicio, se observa el siguiente comportamiento: los mayores aumentos se presentaron en exámenes de laboratorio y urgencias (90.6% y 41.3% entre 1995 y 1997, respectivamente), mientras los partos presentaron una disminución y la consulta general y los egresos hospitalarios crecieron por debajo del promedio.

⁵ Este comportamiento está siendo registrado prácticamente por todos los hospitales debido, en parte, a las exigencias del nuevo sistema. Para el caso de El Peñol, se calcula que el sobrecosto del personal administrativo sobre el asistencial (over head) asciende al 33%.

Producción de servicios de salud, ESE, 1995-1997
(cifras en unidades equivalentes de consulta general)

Servicios	1995	1996	1997	Crec. 95-97 %
1. Consulta general	16.170	17.627	21.717	34.3
2. Consulta urgencias	7.019	7.838	9.917	41.3
3. Egresos hospitalarios	6.504	7.805	8.293	27.5
4. Partos	9.629	8.937	7.944	(17.5)
5. Exámenes laboratorio	10.303	13.013	19.634	90.6
Producción total	49.625	55.220	67.505	36.0

Los factores para hacer la conversión a consulta general fueron: Consulta general 1, urgencias 1.64, hospitalización 5.42, parto 30.09 y pruebas de laboratorio 0.56
Fuente: sección de archivo, ESE El Peñol. Cálculos propios.

En tercer lugar, aunque resulta muy difícil establecer los beneficiarios del aumento en la producción del servicio, algunos indicios sugieren que la población afiliada al régimen subsidiado estaría utilizando los servicios con una participación inferior a la del resto de la población. En efecto, por un lado, mientras la población afiliada a la ESS representa el 50% del total, al tomar su participación en los servicios producidos por el hospital en los meses de marzo, octubre y diciembre de 1997, esta es siempre inferior: 34% en consulta general, 17% en urgencias, 30% en hospitalización, 31% en partos y 8% en exámenes de laboratorio.

Por otro lado, si bien las rentas propias del hospital vienen registrando aumentos sustanciales, en 1997 se presenta la siguiente composición en su presupuesto definitivo: 44% para el régimen contributivo, 27% para el régimen subsidiado, 14% para el vinculado y 15% otras rentas. Estos resultados además son inconsistentes con la información recolectada en el municipio sobre la contratación por capacitación con la ESE.

Finalmente, los gastos efectuados por la ESS en 1996 y 1997 también sugieren que los servicios prestados a sus afiliados son inferiores a los cálculos establecidos a nivel nacional. Así, en 1996 se presentaron excedentes importantes que permitieron realizar inversión en planta física en 1997, del orden de \$ 263.1 millones. Dentro de los recursos no ejecutados se destacan los correspondientes a servicios de salud (solamente se ejecutó el 46.5% del presupuesto) y, dentro de esta, todo lo relativo a salud oral, atención hospitalaria de parto y menor de un año y atención ambulatoria (el 10.6% , 17% y 39%, respectivamente, de lo presupuestado).

En cuanto a los resultados de 1997, se observa un comportamiento similar aunque se presenta un mayor porcentaje de ejecución para el caso de los servicios de salud (59%). Se destaca, en sentido positivo, el gasto realizado en promoción y prevención.

Como se mencionó anteriormente, el hospital local atiende a la población objeto del régimen subsidiado según sus contratos con Prevensalud y el convenio con el municipio en relación con la población vinculada. En cuanto a la forma de pago, que por normatividad debe hacerse a un período de 30 días, el administrador de la ESE dice no tener ninguna dificultad, aunque el índice de cartera demuestra que este pago realmente se está realizando de contado, por lo menos con el contrato con la ESS.

Gastos de Prevensalud 1996-1997
(millones de pesos)

Aspecto	1996	% (1)	1997	% (1)
-Propiedad, planta y equipo	2.9		263.1	
-Servicios de salud	238.7		595.9	
Promoción y prevención	33.2	13.9	98.5	16.5
Atención ambulatoria	19.2	8.0	37.3	6.2
Consulta especializada	4.1	1.7	15.0	2.5
Atención hosp. I nivel	56.1	23.5	109.8	18.4
Atención hosp. II nivel	5.1	2.1	39.3	6.6
Salud oral	11.6	4.8	35.5	6.0
Medicamentos esenciales	26.7	11.1	74.2	12.4
Laboratorio y RX	18.4	7.7	67.8	11.4
Remisión pacientes	4.3	1.8	23.6	4.0
Alto costo	59.9	25.1	93.7	15.7
-Gastos personal	106.4		223.7	
administración			56.6	
Asistencia			101.4	
Promoción y prevención			57.5	
Mercadeo			1.9	
-Gastos generales	18.0		96.6	
Total	365.5		1,196.2	
Saldo por ejecutar	318.9		669.9	

Fuente: ejecuciones presupuestales Prevensalud.

(1) Participación del gasto en salud.

La ESE cobra copagos pero el porcentaje de recuperación, aunque no se conoce, se considera que es muy bajo. Además, aducen que tienen dificultades en los cobros, pero es por deficiencias del hospital, ya que en el área de urgencias se hace malo el diligenciamiento de la papelería respectiva para el cobro de dichos servicios.

Aunque no se tiene una evaluación sobre la calidad de los servicios prestados, la ESE ha recibido vigilancia, control y asesoría por parte de la Dirección Seccional, el ISS y Comfenalco en lo referente a control de calidad. El hospital tiene asociación de usuarios, pero hace muy poco se conformó y esto hace que no se tenga claridad de sus funciones.

- Transformación de recursos. La transformación de recursos se inició en 1997 según lo dispone la Ley 344; en el mismo año, se dio una ampliación de los recursos del situado fiscal por parte de la Dirección Seccional de Salud, facilitando la afiliación de 678 personas más.

Este proceso, como se sugirió atrás, impacta positivamente las finanzas de la ESE al recibir mayores recursos por venta de servicios. Sin embargo, en el municipio no se tiene conocimiento de la naturaleza de este cambio y no se ve su relación con la ampliación de cobertura, en sentido prospectivo. Los cambios obedecen esencialmente a la manera como el departamento hace la transformación de recursos.

cuenta de una situación diferente, sin que se haya obtenido un juicio convincente al respecto. En general, pareciera más bien que la ESS presta algunos servicios, especialmente promoción y prevención y alguna atención primaria, contratando con la ESE un paquete inferior. Esta cuestión pone de manifiesto la manera como se manejan los temas de la reforma de manera automática, impidiendo la realización de análisis apropiados.

Dentro de las dificultades que presenta la reforma, se destaca lo relativo al montaje y operación del SISBEN. En una primera fase, el municipio fue prácticamente defraudado y fue necesario adelantar de nuevo el proceso de identificación, el cual se encuentra prácticamente concluido pero enfrenta serias limitaciones para atender las solicitudes de la ciudadanía debido a la insuficiencia de recursos para el pago de personal; en el proceso de clasificación, por su parte, se ha contado con criterios diferentes sobre los puntajes de corte y se atiende continuamente el reclamo de personas que aducen no tener capacidad de pago para comprar los servicios, a pesar de pertenecer a niveles socioeconómicos superiores al 2.

Por último, aunque se tiene afiliada al 100% de la población de los niveles 1y 2, no se conoce la manera de mantener los contratos de afiliación, dado que se depende de lo que sucede con el Fosga, quien aportó el 73% de los recursos en 1997. Además, la transformación de recursos puede ocasionar dificultades financieras sobre el hospital, agravando la presión que ejercen los vinculados para recibir atención, pero sobre este asunto no existe en el municipio quién pueda dar explicaciones.

Referencias:

Plan local de Salud El Peñol, 1998-2000

Acuerdo 02 de 1997, Plan de promoción y prevención Prevensalud, 1997

Guía de servicios Prevensalud, 3ra ed. 1997

Entrevistas:

Luz Marina Salazar, alcaldesa 1998-2000

José Rodrigo Buitrago Buitrago, 1995-1997

Nubia Alzata, gerente Prevensalud

Lina Montoya Ochoa, auditora médica Prevensalud

Glenia Trabajadora social Prevensalud

Bernardo Hoyos, Nuevo administrador SIBEN

Willian Hernán Hernández, Administrador SISBEN

Sandra Quintero, secretaria de salud El Peñol

John Bayron Sanchez, subgerente administrativo ESE

5. Anexo .

Cuadro 1. Prevensalud: Población afiliada y contratación, 1997

Municipio	personas afiliadas	IPS	Forma de contratación
El Peñol	8.481	ESE El Peñol	UPC*
Granada	1.627	ESE Granada	UPC
San Vicente	1.725	ESE San Vicente	UPC
Guatapé	1.401	ESE Guatapé	UPC
San Carlos	1.129	ESE San Carlos	UPC
Marinilla	51	ESE EL Peñol	UPC
Total	14.363		

*Unidad de pago por capitación; corresponde a un 62% de la UPC recibida por Prevensalud, es decir, unos \$67000 y corresponde a los servicios de primer nivel de atención.
Fuente: Prevensalud, octubre de 1997

Resumen de los resultados (esquema)

1. Ajustes institucionales

Creación DLS:	Creación FLS:	Transformación hospitales en ESE:	Certificación:
A pesar de existir de tiempo atrás, en 1995 fue necesario que el Concejo creara el cargo de DLS y que posteriormente, por medio de otro Acuerdo, contemplara explícitamente la prestación de servicios de I nivel como responsabilidad municipal.	Fue creado desde 1993 pero nunca operó para recibir los recursos de Ecosalud. En diciembre de 1995, el alcalde debió reglamentar el fondo para adecuarlo a la nueva legislación.	Para transformar el hospital en ESE el Concejo debió expedir tres Acuerdos, uno cada año a partir de 1994. Por cuestiones formales los dos primeros acuerdos no contemplaba lo estipulado según la normatividad.	Después de cumplir con todos los requisitos, lo que demoró bastante tiempo, se certificó en octubre de 1996. A pesar de existir voluntad política a nivel municipal, no la había ni a nivel departamental, ni nacional.

2. Encuesta SISBEN

Se inició en 1995 a través de contrato con FUDESCO donde se destaca una mala implementación; motivo por el cual fue necesario realizar un nuevo barrido. Se destaca la falta de recursos para la operación de éste.

3. Afiliación ARS

EPS-T:	Convocatoria ARS:	Elección:	Contratación:	Renovación contratos:	Carnetización:
No operó el	Inicialmente se afiliaron 2.489	En un principio se	El primer contrato se		Aunque todos los

mecanismo de EPS-T.	de personas en noviembre de 1995 en Prevensalud. Y posteriormente se llegó a un acuerdo para que en este municipio solo se prestara los servicios por la ESS que desde 1992 existía en el municipio.	hizo por asignación forzosa, pero con el surgimiento del decreto 2357 de diciembre de 1995 se empezó a aplicar la libre elección.	hizo en noviembre de 1995 con la ESS - Prevensalud-. El % de la población afiliada de los niveles I y II es de 124%.	Se hizo en julio de 1996 para nueve meses y se amplió cobertura; en abril de 1997 se renovó por un año más y se realizó la afiliación de otras personas.	carne están editados; éstos no han sido entregados en su totalidad, pues hay personas que no los reclaman o que no se encuentran en su residencia.
---------------------	--	---	---	--	--

4. Servicios y recursos

Oferta de servicios RS en el municipio: Hospital local (I nivel de atención). Se han venido haciendo ajustes en infraestructura física y recurso humano con el fin de adecuar el hospital de acuerdo a las exigencias de la nueva normatividad	Recursos (millones de pesos): 1995-1996: total: ICN: 197.1 Fosga: 560.4 1997: Fosga: 668.6 ICN: 145.4 SF: 101.0 % Fosga 1997: 73 % ICN 1997: 15.8	Servicios prestados: RS: se prestan los servicios del POS-S. Vinculados: se prestan los servicios del POS-S incluidos medicamentos.
---	---	--

5. Bondades y dificultades del RS

Bondades: -Servicios de salud para la población pobre incluyendo los de promoción y prevención. -Se prestan los servicios de drogas que antes de implementar la Ley 100 no se hacía.	Dificultades: -No hay recursos financieros, ni logísticos y técnicos para la implementación. -Ambigüedad en la normatividad. -dificultad en la implementación del SISBEN
---	--

Municipio de Santa Rosa de Osos en Antioquia

1. Caracterización del municipio

1.1. Descripción del Municipio

Santa Rosa de Osos está ubicado al norte de Medellín, a una distancia aproximada de 76 kilómetros sobre la troncal del Norte que conduce a la Costa Atlántica. Su población es aproximadamente de 32.000 habitantes, de los cuales el 40% están ubicados en el área urbana y el 60% en el área rural, destacándose en esta última la existencia de cuatro asentamientos (cabeceras de corregimiento), y de 62 veredas o comunidades rurales que en su mayoría están cerca a la cabecera.

En términos comparativos, el nivel de desarrollo socioeconómico del municipio resulta superior en varios aspectos a la situación presentada por las demás localidades de la subregión a la que pertenece. La principal actividad económica es la pecuaria, caracterizándose por la producción de leche y sus derivados, así como por la elaboración de carnes. En años recientes se ha presentado una dinámica importante con el establecimiento de nuevas industrias; se estima que en total el sector industrial comprende 44 establecimientos y ocupa unas 1,400 personas. Además, existen unos 515 establecimientos comerciales y de servicios con una población ocupada estimada en 2,500 trabajadores, y el sector público tiene empleadas 460 personas, destacándose en su orden, los maestros con 200, los empleados del hospital son 101 y los funcionarios de la administración municipal 76.

La situación de desarrollo social también puede verse a través del porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas, NBI, el cual corresponde al 40,6% de la población municipal, es decir 17 puntos porcentuales por debajo del indicador de la subregión. Se destaca el predominio de la población asalariada con un 70% sobre el total de población ocupada; además, el índice de calidad de vida para este municipio (ICV) es de 17%

En materia de servicios públicos, el 99.9% de la población urbana tiene acceso al servicio de energía, el 99.5% al de acueducto y el 94% al de alcantarillado. La población rural presenta una cobertura insuficiente de los servicios públicos, destacándose el de energía con una cobertura del 63% de la población.

En la situación de salud de la población se reportan las enfermedades de tipo I (contagiosas y perinatales), como las causas de morbilidad predominantes, mientras las enfermedades de tipo II (no contagiosas) tienen una participación mayor en el número de muertes. El 72.3% de las 112 muertes ocurridas en 1995 fueron causadas por enfermedades de tipo II, sobresaliendo las afecciones respiratorias y del corazón, mientras la participación de las enfermedades de tipo I, principalmente la hipoxia en el feto, fue del 9.8%. En los registros de la consulta médica y el egreso hospitalario, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio tienen un peso del 47.7%, en segundo lugar están los traumatismos, las enfermedades de carácter hipertensivo, las infecciones respiratorias agudas, y en general aquellas de tipo no contagioso.

1.2. Oferta de servicios

Los recursos locales destinados al sector salud confluyen en gran medida a la Empresa Social del Estado "Hospital San Juan de Dios", que ofrece servicios de atención primaria y

realiza brigadas de cirugía y obstetricia con alguna regularidad, y se venden servicios sobre salud ocupacional a EPS y a establecimientos industriales y comerciales con asiento en el municipio.

Existen tres puestos de salud pertenecientes al hospital en los centros poblados de San Pablo, San Isidro y Aragón, donde permanecen una auxiliar de enfermería y se prestan servicios de consulta general con cierta frecuencia, en 1997 se implementó un proceso de regionalización de la prestación de servicios, de modo que cada puesto tiene el servicio de consulta dos días a la semana, dispone de psicólogo, optómetra, trabajadora social, y se realizan brigadas de vacunación y otras actividades de promoción y prevención con la ayuda de los 20 promotores de salud con los que cuenta el hospital.

-Servicios de salud privados: Funcionan en el municipio varios establecimientos privados que ofrecen los servicios de medicina general, odontología y laboratorio, como son:

- El Centro Médico de Santa Rosa tiene contratos con varias empresas promotoras de salud; en él laboran un odontólogo con su respectiva auxiliar, un médico general y una bacterióloga.
- Un Centro Médico que ofrece el servicio de dos odontólogos con sus respectivos auxiliares, un médico y una bacterióloga, también tiene contratos con EPS y subcontrata con el hospital local los exámenes de laboratorio.
- Consultorio Médico General, con los servicios de consulta general por parte de un médico.

1.3. Dirección local de salud

La administración municipal ha efectuado tres reformas importantes para el sector salud, que han llevado al municipio a obtener la certificación para su manejo autónomo, con la Resolución 670 de julio 29 de 1996. Mediante el Acuerdo 24 de 1993 el Concejo Municipal creó el Fondo Local de Salud, en el cual se depositaban sólo los recursos provenientes de ECOSALUD, que sólo alcanzaron un nivel significativo en 1995 al ascender a \$7.4 millones, mientras en 1994 fueron de \$0.4 millones aproximadamente, con los trámites para obtener la certificación, el Fondo fue estructurado en dos cuentas, la del régimen subsidiado y la de Otros ingresos, y cuatro subcuentas: Situado fiscal, Pasivo prestacional, Promoción y prevención y otros ingresos.

En segundo lugar, se reestructuró el hospital en 1994, transformándose en ESE con el Acuerdo 036 de 1994, derivándose al interior de la institución una serie de procesos que buscan la modernización de su administración, entre éstos, sobresalen la elaboración de reglamentos, los avances sobre carrera administrativa, la conformación de la Junta Directiva, el nombramiento del Gerente y la incorporación de los empleados pertenecientes a la Dirección Seccional de Salud a la planta de personal de la ESE.

El tercer gran cambio se dio a través del Acuerdo 08 de 1996, con el que fue creada en el municipio la Secretaría de Salud y a partir de este acto se dio inicio al proceso de municipalización concluido meses más tarde. El Acuerdo no incorpora el detalle de las funciones que en el nuevo esquema institucional le corresponden al municipio, solo se define la finalidad de la Secretaría de Salud en términos de "incrementar los programas de salud básica, plan de atención y hacerle partícipe a toda la comunidad de dichos

programas", en la práctica el PAB lo ha venido realizando la ESE hasta el año 96 cuando decide que no es viable financieramente sostener una planta de 32 empleados destinados a dicha labor. Para el año 1998 el alcalde electo ventila la aspiración de darle un rumbo diferente a la Secretaria de Salud, apuntando su gestión principalmente a la función de vigilancia y control del Sistema Local de Salud.

2. Implementación del Régimen Subsidiado

2.1 Identificación y clasificación de beneficiarios

Mediante el contrato de consultoría No. 015 de 1995 la administración municipal acuerda con una persona natural, el estudio para el SISBEN tanto a nivel rural como urbano, en un plazo de dos meses prorrogables y por un costo de \$15.8 millones de pesos, la obligación de la contratación incluía la entrega de estudio y documentos de clasificación de beneficiarios, además de la carnetización, aunque esta última se realizaría con la colaboración de la ESE y del SISBEN.

En principio fueron censados alrededor de 22.104 habitantes, identificando a 11.249 personas correspondientes a los niveles 1 y 2 (50.8% de los encuestados), de los cuales fueron carnetizados 7.500 mediante concentraciones en cada corregimiento, visitas a veredas y en la oficina del SISBEN.

Es de considerar que se presentaron fallas lógicas en el proceso de sisbenización, la administración local descargó completamente su responsabilidad en un proceso donde era necesario el seguimiento de procesos básicos como la idónea selección de los encuestadores, la capacitación de los mismos, la unificación de criterios, la definición de planes contingentes y el monitoreo del proceso, de suerte que no pueden calificarse de fortuitas las actuales dificultades tenidas con la imprecisión de la información.

Desde entonces se vienen presentando reclamos por parte de las personas que no fueron encuestados o clasificados en los niveles 1 y 2 ; éstas argumentan, como es de suponer, no tener capacidad de pago para acceder a los servicios de salud y denuncian casos en los que personas clasificadas tienen solvencia económica para pagar la afiliación al régimen contributivo, dando a entender que en la práctica flaquea el principio de equidad social contemplado en la Ley 100/93.

Mediante la resolución No. 016 de mayo de 1996 se conforma el comité técnico para el Sisben, conformado por la alcaldesa, el personero, director del hospital, un representante de la sociedad civil, el cura, el secretario de planeación y el coordinador del Sisben; los cuales se encargan de evaluar y realizar seguimientos al cumplimiento a los objetivos del Sisben. Las funciones asumidas por el comité hasta el momento han sido bastante tímidas y sin un compromiso claro por parte de la coordinación de políticas de todos sus integrantes.

Puesto de relieve el grado de rigidez que enmarca la selección de los beneficiarios ; el municipio aún no realiza un monitoreo que permita depurar la información con el fin de que solamente se le asignen los subsidios a aquellas personas que realmente los necesitan, la situación se dificulta también a falta de un sistema de información ágil que permita a las ARS reportar las novedades en la afiliación, la falta de campañas de información masiva que permitan a la comunidad enterarse de cómo funciona el sistema y cuáles son los beneficios reales del régimen subsidiado. El alcalde electo incluye en su

agenda de gobierno para el año 1998 la iniciación de un proyecto que permita ajustar y depurar la información del SISBEN.

**Identificación y selección de beneficiarios 1995, 1997
(número de personas)**

Sector	1995				1997			
	Nivel socioeconómico				Nivel socioeconómico			
	1	2	total 1 y 2	total 1, 2 y 3	1	2	total 1 y 2	total 1, 2 y 3
Urbano	2.516	2.664	5.186	8.550	565	3.317	3.882	7.917
Rural centro poblado	301	481	782	1.735	77	620	697	1.866
Rural disperso	1.517	6.908	8.425	12.275	1.120	8.446	9.566	14.014
Total	4.334	10.033	14.367	22.560	1.762	12.383	14.145	23.797

Fuente: Municipio de Santa Rosa de Osos, oficina SISBEN.

2.2 Afiliación

2.2.1. EPS-T

En julio de 1995 fueron seleccionadas 2.700 personas, priorizando por grupos etéreos en favor de los menores de un año y las mujeres embarazadas de los niveles 1 y 2, los cuales fueron afiliados mediante el contrato que firmó el municipio con la EPS-T según la reglamentación expedida por el Gobierno Nacional (Decreto 2491 de 1994), donde ésta se comprometía a prestar los servicios del POS-S a los afiliados mediante contratación y pago de los servicios a la ESE San Juan de Dios. Se debe anotar que hasta entonces, no existía claridad sobre la forma en que se prestarían los servicios a los denominados vinculados.

2.2.2. ARS

A la terminación del contrato con la EPS-T en julio de 1996, se hizo una convocatoria por parte del municipio para aquellas ARS que estuvieran interesadas en prestar los servicios para el régimen subsidiado; fue seleccionada la ARS UNIMEC, la cual firmó contrato con el municipio para prestarle los servicios del POS-S, comprometiéndose a carnetizar a 4.836 personas; sin embargo, después de pasados varios meses de la celebración del contrato, la administradora no había carnetizado el total de esta población.

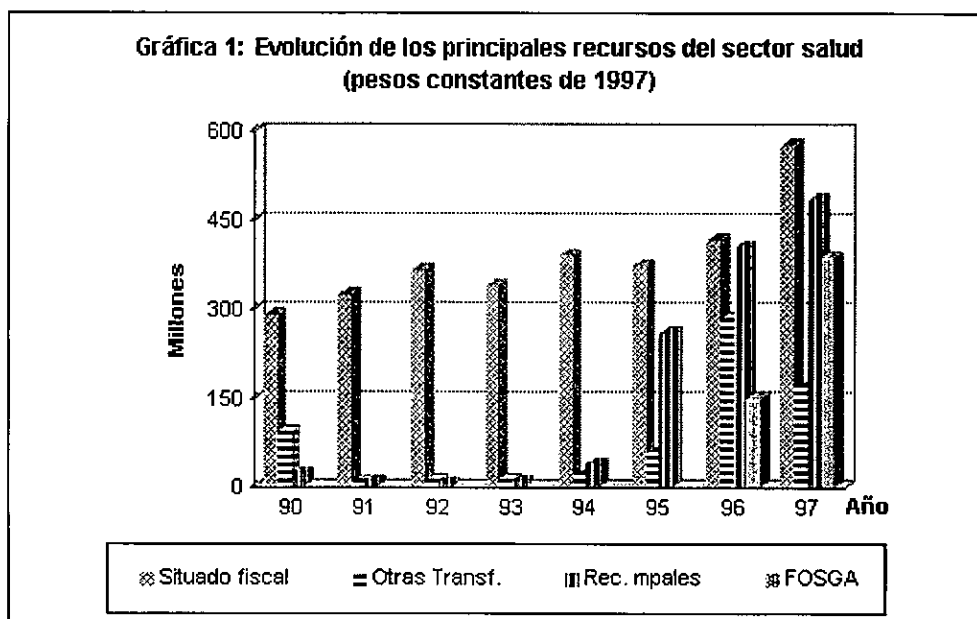
Para esta operación se contó con recursos equivalentes a \$325.1 millones, distribuidos así: \$198.4 millones por Ingresos Corrientes de la Nación y \$126.7 millones por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSGA). Se han venido realizando adiciones de recursos por parte de FOSGA, lo que le ha permitido al municipio afiliar más población a través de este régimen; en agosto de 1996 se adicionaron \$37.6 millones con los que se han afiliado otras 839 personas.

En la actualidad, adicional al contrato con UNIMEC se estableció contrato con COOMEVA. Ambas ARS tienen contratos con la ESE "Hospital San Juan de Dios" de este municipio para prestarle los servicios a los afiliados; que son de 5.675 y 825 personas, respectivamente. La primera ARS tiene carnetizados el total de sus afiliados, en el caso de COOMEVA, se dió inicio a la carnetización hasta tanto fue aprobada la base de datos por parte de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia en diciembre 15 de 1997; se estimó como plazo límite el 26 de diciembre/97 para la entrega de los carné.

2.3. Financiación del régimen subsidiado

Teniendo en cuenta un período amplio que cubra los cambios introducidos por la Ley 100 (1990-1997), se observa un aumento importante de recursos por persona pobre, con un desbalance importante que se ha venido cerrando entre las disponibilidades para las personas vinculadas y las subsidiadas. El aumento de los recursos es un efecto directo de la adopción del nuevo sistema y, en principio, constituye una garantía para alcanzar los propósitos del mismo en cuanto a cobertura. Luego de haberse presentado una disminución entre 1990 y 1993, a partir de dicho año los recursos del sector crecen a tasas reales importantes (descontada la inflación), posicionándose en el presupuesto municipal y superando las asignaciones otorgadas a otros sectores.

El monto de recursos disponibles en 1997 supera en 4.7 veces al de 1993, registrándose en este período los siguientes aumentos reales: 25% en 1994, 53.9% en 1995, 81.9% en 1996, y 29.4% en 1997. Este comportamiento resulta influenciado, de manera notoria, por la destinación forzosa de la participación municipal en los ingresos corrientes de la nación (25% de la inversión social para salud, 15 puntos de ellos para el régimen subsidiado) y por la creación del Fondo de Solidaridad y Garantía.



Fuente: Restrepo (1998)

Lo anterior ha implicado una recomposición de las fuentes financieras del sector. Mientras en 1993 el situado fiscal representaba el 94.7% de los recursos totales, en 1997 su participación fue del 35.6%. Por su parte, en 1997 los recursos municipales ascendieron al 29.9%, y los del fosga al 23.9%; además, teniendo en cuenta la clasificación derivada de la nueva normatividad, los recursos de oferta pasaron del 100% en 1990 al 30.2% en 1997, mientras que los de demanda comenzaron a ser considerados en 1993 y para 1997 ascendieron al 69.8%.

Uno de los propósitos centrales de la reforma consiste en generar un mayor monto de recursos para brindar un paquete integral de servicios a los pobres (POS-S). Por esto, resulta interesante conocer la disponibilidad de recursos en términos per cápita y,

posteriormente, evaluar su impacto en términos de acceso a los servicios por parte de esta población.

Una primera mirada sobre el particular enseña un aumento sustancial de lo que sería la capitación disponible para atender a los pobres entre 1990 y 1997. En efecto, mientras durante 1990-1993 se presentó un aumento real del 1.4%, en 1994-1997 este fue del 140.4%, de manera que en el primer año se disponía en el hospital local de unos \$21.400 para atender a cada persona pobre y, en el último, de \$60.100 (ambas cifras en pesos constantes de 1997).

Recursos públicos para salud 1993, 1997
(millones de pesos de 1997)

RECURSOS	1993		1997	
	VALOR	%	VALOR	%
1. SITUADO FISCAL	338.6	97.8	745.8	46
Situado Fiscal Oferta	329		168.2	
Régimen Vinculado			277.4	
Transformación en demanda			131.2	
Otras transferencia	9.6		169	
2. RECURSOS MUNICIPALES (ICN)	7.6	2.2	485	30
Subsidios a la demanda			333.5	
Libre Inversión	7.6		151.5	
3. FOSYGA	0		387.8	24
TOTAL	346.2	100	1618.6	100
Resumen:				
Recursos de demanda	0	0	1129.9	69.8
Recursos de oferta	346.2	100.0	488.7	30.2

Fuente: Restrepo (1998)

Recursos públicos para salud 90-97
(capitación en pesos constantes de 1997)

AÑO	RECURSOS TOTALES (MILLONES)			RECURSOS PERCAPITA (MILES)			CREC. %
	VINCULADO	SUBSIDIADO	POBLACIÓN	VINCULADO	SUBSIDIADO	TOTAL	
1990	290.6		25.215	21.4		21.4	
1991	324.2		26.222	23.0		23.0	7.3
1992	364.2		28.773	23.5		23.5	2.4
1993	338.6		28.992	21.7		21.7	-7.7
1994	391.4		29.124	25.0		25.0	15.1
1995	374.1	96.8	29.481	26.0	32.4	27.1	8.4
1996	417.0	349.1	29.842	35.7	64.8	46.0	69.7
1997	576.8	595.3	30.207	56.9	64.8	60.1	30.6

Se destaca en este ejercicio un aumento permanente en los recursos per cápita, a partir de 1994, hasta el punto de que en 1997 se redujo notoriamente la diferencia entre las disponibilidades para subsidiados y vinculados, mostrando esto los aumentos recientes en el situado fiscal y otras transferencias. Esta dinámica daría cuenta de los mecanismos de compensación y solidaridad entre municipios, de manera que mientras; en este caso se presenta un aumento para los vinculados, en otros casos en los cuales existían recursos de oferta superiores, el proceso ha de ser inverso.

3. Actores

3.1. ARS

♦ Coomeva: Cooperativa médica

La persona encargada de entidad, con sede en la ciudad de Medellín y quien se refiere de manera general, considera que existen dificultades relativas al proceso de selección: no

ha sido posible llegar a todos los rincones donde se encuentran los potenciales beneficiarios; falta objetividad en las respuestas de la población encuestada; se han presentado presiones políticas para la selección de beneficiarios y la elección de ARS por parte de éstos.

El proceso de carnetización a los afiliados ha sido lento, debido a que no se cuenta con una buena base de datos del SISBEN, incluido el software, lo cual dificulta la entrega de estos documentos. Esto, unido a las dificultades de acceso a ciertas zonas, para hacer entrega puerta a puerta, no ha permitido carnetizar a todos los afiliados; se ha buscado seleccionar puntos estratégicos para entregar los carné, con información previa a través de medios de comunicación (emisora; iglesia).

La forma de contratación con el hospital es mediante capitación (60% UPC-S); los demás servicios se contratan en Medellín y se posee el reaseguro ordenado por las normas vigentes. A nivel del hospital se comenta que este pago viene siendo sobrepasado por el valor de los servicios prestados, hecho que como ya se mostró no parece cierto a partir de la información suministrada por el propio organismo.

En una visión integral, para Coomeva es necesario establecer campañas que ayuden a la educación de la población más pobre en cuanto a la comprensión del SGSSS; además, capacitación de promoción, prevención y educación de la salud, para lo cual se requiere de una concertación entre las direcciones locales de salud, en cuanto al PAB, las ARSs, EPSs e IPSs.

3.1. Hospital Local

En agosto de 1995 se inició la atención de las personas "sisbenizadas" en el hospital, con cargo a los recursos centralizados en la Dirección Seccional de Salud, conformada entonces como EPS transitoria (EPS-T); dicha institución decide, por su parte, otorgar un descuento del 50% en la tarifas de las consulta médica, odontológica, psicológica y de optometría a la población clasificada en el estrato tres según el SISBEN, en vista de que representaba una franja del 38% y debía recibir subsidio, pero en menor cuantía.

Al terminar la vigencia de la EPS-T, los servicios del POS-S se siguen prestando a los afiliados en la Empresa Social del Estado, la cual tiene contratos con las ARS por capitación. En el caso de UNIMEC es el 58% de la UPC-S y con COOMEVA es del 60%, el valor de los contratos hasta marzo de 1998 ascienden a \$643.2 y \$78.6 millones, respectivamente. Adicionalmente, la institución presta los servicios sin ninguna restricción a la población vinculada y factura la prestación de éstos, de forma tal que pueda realizar el cobro al Fondo Local de Salud con cargo al situado fiscal.

Las EPS y ARS están tratando de ceñirse a la Ley que ordena el pago dentro de un período de 30 días, el indicador de cuentas por cobrar actual es de 43 días y es señal de que la ESE no afronta problemas significativos con los pagos de las instituciones con las que firma contratos, aunque a diciembre de 1997 la ARS Coomeva adeuda \$115 millones de casi un semestre de operaciones. Parece que el sistema en este sentido tiende a estabilizarse en el Municipio. El desmonte de las tarifas propias del ISS y su conversión a la tarifa del Manual 2423/97 ha representado un beneficio financiero para la ESE.

Existe una baja recuperación de los copagos, aproximadamente el 35% de los recaudos se hacen efectivos, considerando que incluso la ESE recurrió al mecanismo de la Letra de

Pago. La no implementación de un sistema de cartera impide mejorar la operación y en tal sentido el copago no cumple su función de evitar el llamado "riesgo moral". Se cree que hace falta mayor capacitación de los usuarios, pero no se ha realizado acción alguna en este sentido, se alude también la imprecisión de la Ley al no determinar el tipo de penalización que debe imponerse al usuario.

Se asume que los vinculados llegan a una cifra de 17.297 personas, así puede corroborarse en la contratación firmada entre la ESE y el municipio por un valor de \$ 277.3 millones para la vigencia de 1997, donde la ESE se compromete a prestar los servicios a dicha población y facturar al municipio por los conceptos causados. En realidad, no se conoce un estimativo confiable de la cifra de habitantes bajo la categoría de vinculados, los empleados de la administración municipal son conscientes de que la cifra es menor, por lo pronto la información sólo permite tratamientos ficticios.

No puede desconocerse que el Plan de Atención Básica afronta dificultades ; en 1997 la ESE decide suprimir 32 cargos relacionados directamente con la prestación de las labores de saneamiento, promoción y prevención de la salud, con motivo de que estaría subsidiando un costo anual cercano a los \$270 millones de pesos, situación evidentemente conflictiva con el carácter y las facultades que el sistema actual le ha otorgado a las ESE. Como es de esperarse la Secretaria de Salud, que debió asumir el PAB, no cuenta con una infraestructura equiparable a la de la ESE, anteriormente se tenía designado un promotor por vereda realizando visitas domiciliarias a cada familia y actualmente se cambió a la modalidad de promoción por concentración, lo que financieramente ha significado un ahorro, pero habría que evaluar la efectividad de las acciones.

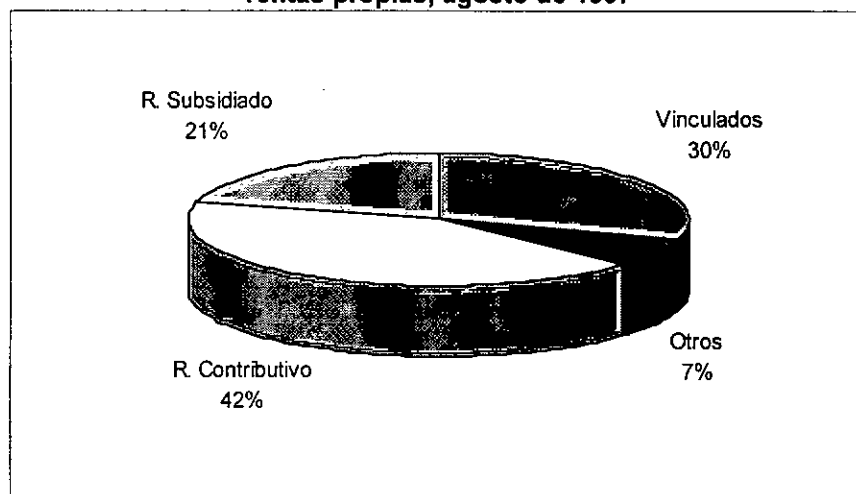
La propuesta más reciente consiste en que el Hospital San Juan de Dios retome el PAB en el año 1998, pero la entidad actuaría ajustando el costo de sus acciones en términos de cobertura, calidad y tipo de actividad a realizar según el monto que asigne el municipio al programa, es decir, presentaría un proyecto ajustado a la disponibilidad presupuestal. Aún no se tienen acuerdos formales al respecto pero se han adelantado reuniones preliminares de un Comité Técnico para evaluar dicha alternativa.

Se argumenta que la meta prioritaria del hospital es mejorar la calidad de los servicios y en consecuencia se aprobó un proyecto para remodelación completa del Hospital ante el FIS por casi \$2.000 millones de pesos, de los cuales se han ejecutado, a septiembre de 1997 un total de \$78.2 millones en los estudios de factibilidad. La visión y políticas administrativas actuales redundan en la ampliación y adecuación de la infraestructura física que permita en el largo plazo convertir la ESE al nivel II de servicios de salud, así lo corroboran otras inversiones como la compra de dos equipos de laboratorio: para Hematología por \$6 millones y un BTS por valor de \$8 millones.

Las principales modificaciones en la estructura financiera del hospital se refieren a la mayor participación de las rentas propias en el cubrimiento de los gastos de funcionamiento o gastos corrientes, pasando de representar el 36.5% de éstos en 1990 al 67.1% en 1996; en consecuencia, el déficit propio, que resulta de la diferencia entre las rentas propias y los gastos corrientes, ha disminuido sustancialmente durante este período y representa un 33% de los gastos corrientes.

Las rentas propias crecieron en términos reales 161.5% y 55% en 1995 y 1996, respectivamente, y pasaron de \$87 millones en 1990, a \$711 millones en 1996 -cifras en pesos de 1997-. Esto permite una transformación de los recursos del hospital vía rentas propias, facilitando para el hospital la sostenibilidad financiera. La importancia del régimen en la financiación del hospital es importante, en agosto de 1997 los ingresos acumulados en el año por este concepto, incluido el contrato para la atención de la población vinculada, ascendió al 51% de las rentas propias recaudadas.

Participación del régimen subsidiado y los vinculados en las rentas propias, agosto de 1997



*recursos por aprovechamiento y rentas contractuales
Fuente: ESE San Juan de Dios, Sección de presupuesto

- Qué hay sobre el acceso?

Teniendo en cuenta las disponibilidades del hospital local para atender a la población, se presenta un aumento importante en el número de empleados dedicados a prestar servicios médicos y odontológicos, así como en ayudas diagnósticas. Lo anterior, sin embargo, sucede al mismo tiempo que aumenta de manera sustancial el sobrecosto de la planta administrativa, en comparación con los costos de las personas asistenciales.

Considerando algunos de los principales servicios contemplados dentro del POS-S, se observan cambios en cuanto a la demanda de servicios en la ESE. Tomando en cuenta consulta médica, urgencias y egresos, así como la compra de medicamentos por parte de este organismo entre 1994 y 1997 se habría producido un aumento del 131.7% en la cantidad de servicios demandados por parte de cada persona residente en el municipio, con el aumento más importante en el valor de los medicamentos, seguido de los egresos hospitalarios y las urgencias¹.

Aunque se desconoce la manera como ha evolucionado la prestación de servicios a los pobres, la participación sugerida en el punto anterior enseña que su demanda por los servicios básicos se encuentra cerca a lo establecido en el POS-S; sin embargo, los resultados generales dan cuenta de un valor bastante inferior a la capitación reconocida para el primer nivel de atención, de manera que si se considera un paquete de servicios

¹ Se desconoce la participación de cada régimen en este comportamiento general.

que también incluya partos y salud oral, el valor de lo producido alcanzaría un 46.3% del valor reconocido dentro del POS-S para los mismos servicios.

Demanda de servicios por persona
(frecuencia No. servicios/año)

AÑOS	CONSULTA	URGENCIA	EGRESOS	MEDICAMENTOS \$	TOTAL \$
1994	0.55	0.04	0.05	1.864	7.858
1995	0.69	0.09	0.06	4.136	12.124
1996	0.84	0.14	0.08	6.584	17.002
1997	0.99	0.10	0.11	5.935	18.204

Fuente: Restrepo (1998)

Recursos humanos para la atención de la salud 1993, 1997
(disponibilidades estimados en hora por habitante año)

RECURSOS	1993	1997
- Atención médica:	1.2	2.2
Médicos generales	0.4	0.8
Enfermeras y auxiliares	0.7	1.4
- Ayudas Diagnósticas	0.1	0.4
- Atención Odontológica (Odontólogo y ayudante)	0.1	0.5
Disponibilidad Total	1.3	3.1
Variación (%)		138.5
Sobre costo administración (over head %)	13	32

Fuente: Restrepo (1998)

4. Conclusiones

La implementación del régimen subsidiado ha avanzado de una manera lenta, con una cobertura del régimen subsidiado relativamente baja en comparación con los resultados obtenidos en buena parte de los municipios del departamento (46% de la población potencial en el primer caso). En forma compatible con esta situación, son grandes las presiones ejercidas por la población catalogada como vinculada, tanto para ser afiliada como para recibir los servicios en igualdad de condiciones a lo sucedido con los beneficiarios de las ARS; además, el panorama financiero no es claro y se presenta un déficit importante que se expresa en el hospital al no contar con los recursos suficientes para atender a los vinculados.

Los problemas que se han tenido en el proceso de implementación provienen de cuestiones políticas y sociales y de las complicaciones propias del sistema, en especial sus características técnicas y financieras.

- Los alcances de la descentralización:

La municipalización de la salud fue adelantada contando con voluntad política a nivel local y en el marco de la intención departamental de acelerar este proceso. Sin embargo, se cuestiona el hecho de la falta de capacidad para asumir el manejo autónomo del sector, lo cual puede verse claramente en la existencia de una dirección local que no ha logrado concretar sus funciones y tampoco tiene elaborado un plan de salud; en la nueva administración, se ha generado incertidumbre al nombrar un nuevo secretario que necesita tiempo para adecuarse a las nuevas normas.

El aspecto más positivo, jalonado en buena medida por el desarrollo espectacular que ha tenido el régimen contributivo, se encuentra en la transformación del hospital en ESE, contando con facilidades para hacer contrataciones y plantear su ampliación, aunque es necesario tener cuidado sobre un posible sobredimensionamiento y un aumento indebido de los costos administrativos.

- Dificultades relativas al SISBEN:

El proceso de identificación y selección de beneficiarios ha presentado serios problemas, partiendo del hecho de que fue contratado inicialmente con una persona natural que no hizo las cosas como estaba previsto. Ahora, el nuevo alcalde intenta repetir todo el proceso y, como se ha sugerido en este trabajo, parte de considerar muy dudosa la información relativa a la población vinculada, la cual considera como inflada.

Este proceso también recibe algunos cuestionamientos en especial por su rigidez y complejidad. Dentro de las dificultades, se destacan las barreras culturales y sociales para poner en marcha, en general, la estrategia de la focalización y fue así como, al aplicar las encuestas, se presentaron resistencias para suministrar información o esta se dio falsa. También se han mencionado las dificultades de tipo logístico y los resultados del proceso, presentándose casos de duplicidades y exclusiones. Por su parte, los principales cuestionamientos realizados sobre el SISBEN están referidos al establecimiento de puntajes nacionales, sin diferenciación regional.

- Afiliación y transformación de recursos:

Por la manera como se ha dado la participación de ARSs y la operación del régimen subsidiado como un todo, es posible advertir sobre la ocurrencia de dificultades propias de los mercados de salud, las mismas que han sido desconocidas por quienes vienen implementando la reforma a nivel nacional y local. En primer lugar, el principio de la libre elección opera de manera restringida, en especial por falta de información y por barreras culturales, además de que en algunos casos la inscripción es inducida con el ofrecimiento de incentivos materiales o en dinero.

Otro aspecto que también puede ser visto en este caso se refiere a los arreglos producidos entre ARSs, al repartirse los mercados locales; concretamente, aunque posteriormente ingresó una nueva ARS, al inicio se acordó que solo una estaría allí mientras otras estarían en los demás municipios de la zona.

La transformación de recursos es vista en el municipio como un proceso propio de los hospitales, los cuales reciben más ingresos por la venta de servicios y reciben mayores beneficios por su cobertura regional y la importancia que adquiere el régimen contributivo. En cambio, a nivel de la dirección local no se posee buena información, en términos de proyección de recursos y el impacto sobre la población vinculada.

En este contexto, ha sido notorio el aumento de los recursos de los hospitales, incluyendo el situado fiscal que en este caso se incrementó en atención al alto número reportado de población vinculada, de manera que se facilitaría una transformación por encima de lo ordenado en la Ley 344, en lo cual parece estar de acuerdo la nueva administración. Además, en la actualidad sucede que el valor de los servicios facturados a la Dirección Seccional de Salud, por la atención de los vinculados, sobrepasan el monto preestablecido.

- Y...qué hay del acceso a los servicios?:

Para las personas entrevistadas, es evidente el mayor acceso a los servicios por parte de los pobres, advirtiendo el trato diferencial que se registra entre la población subsidiada y la vinculada. Una mirada sobre lo que viene sucediendo a nivel del hospital permite probar que se viene ampliando la oferta de manera importante, mediante la construcción de nuevos proyectos, la ampliación de los existentes y la contratación de nuevo personal; además, aunque no puede precisarse la población beneficiaria, es evidente que el paquete de servicios producido por el hospital ha aumentado en términos per cápita sin que, de todos modos, se aproxime al valor del POS-S correspondiente al primer nivel.

A partir de esta consideración y teniendo en cuenta el modelo de acceso propuesto por Aday and Andersen, puede plantearse que existen condiciones para un mayor acceso potencial, el cual viene traducéndose efectivamente en una ampliación del acceso real, aunque no conoce con precisión lo sucedido específicamente entre los pobres. Concretamente, se ha contado con una expansión importante de la oferta de servicios, de manera que se haga posible el acceso al paquete contemplado en la Ley 100 (POS); además, la adopción del seguro y los cambios culturales que ello y la reforma en su conjunto plantean, permiten reducir la demanda insatisfecha y garantizar a la población el acceso al conjunto de servicios regulados en el POS-S.

Por la manera como se ha dado la participación de ARSs y la operación del régimen subsidiado como un todo, es posible advertir sobre la ocurrencia de dificultades propias de los mercados de salud, las mismas que han sido desconocidas por quienes vienen implementando la reforma a nivel nacional y local. En primer lugar, el principio de la libre elección opera de manera restringida, en especial por falta de información y por barreras culturales, además de que en algunos casos la inscripción es inducida con el ofrecimiento de incentivos materiales o en dinero.

Otro aspecto que también puede ser visto en Medellín se refiere a los mecanismos establecidos para la afiliación y el funcionamiento de ARSs. En primer lugar, si bien algunos de estos organismos se quejan de prácticas desleales, todas ellas vienen buscando acuerdos para manejar el mercado y acordar las formas de pago con IPSs.

Por la manera como se ha dado la participación de ARSs y la operación del régimen subsidiado como un todo, es posible advertir sobre la ocurrencia de dificultades propias de los mercados de salud, las mismas que han sido desconocidas por quienes vienen implementando la reforma a nivel nacional y local. En primer lugar, el principio de la libre elección opera de manera restringida, en especial por falta de información y por barreras culturales, además de que en algunos casos la inscripción es inducida con el ofrecimiento de incentivos materiales o en dinero.

Otro aspecto que también puede ser visto en Medellín se refiere a los mecanismos establecidos para la afiliación y el funcionamiento de ARSs. En primer lugar, si bien algunos de estos organismos se quejan de prácticas desleales, todas ellas vienen buscando acuerdos para manejar el mercado y acordar las formas de pago con IPSs.

Referencias:

RESTREPO, Jairo H. y John Jairo García R. "Implementación local del sistema general de seguridad social en salud: estudios de caso en el departamento de Antioquia". Informe final, fase I. Julio de 1997;

RESTREPO, Jairo H. "Implementación local del sistema general de seguridad social en salud: estudios de caso en el departamento de Antioquia". Fase II, borrador de trabajo febrero de 1998.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACION DE ANTIOQUIA. Informe de comisión al municipio de Santa Rosa de Osos los días 14 y 15 de marzo y 9, 11 y 12 de abril de 1996.

Interventoría Sisben.

Entrevistas:

Alcides Osorio. Administrador ESE

Albeiro Muñoz. Administrador Sisben

Ricardo Palacio. Secretario de salud

Francisco Palacio. Alcalde electo.

5. Anexo

1. Resumen de los resultados (esquema)

1. Ajustes institucionales

Creación DLS:	Creación FLS:	Transformación hospitales en ESE:	Certificación:
En 1996 se crea la DLS, el Acuerdo no incorporaba el detalle de las funciones que en el nuevo esquema institucional le corresponden al municipio.	En 1993 se crea el FLS según la Ley 10 del 1990.	En 1994 se transformó el hospital en ESE, lo cual trajo consigo una serie de procesos que buscaban la modernización de su administración.	En 1996 se certificó el municipio. Se debieron estipular los cambios respectivos como la cuenta para el RS y la de otros ingresos.

2. Encuesta SISBEN

Inició en 1995 con un barrido en el sector rural y se zonificó el sector urbano. Se hizo mediante contrato con una persona natural.

3. Afiliación ARS

EPS-T:	Convocatoria ARS:	Elección:	Contratación:	Renovación contratos:	Carnetización:
Desde finales de 1995 y hasta junio de 1996 funcionó la EPS-T. Se atendieron 2.700 personas y se les prestó los servicios del POS-S que tenía el hospital local.	A mediados de 1996 se realizó la convocatoria donde la DSSA había definido por zonas que ARS prestarían los servicios en cada una de ellas. A este municipio se le asignó Unimec y posteriormente (1997) empezó Coomeva a prestar sus servicios como ARS.	No tenían la opción sino de afiliarse a la única ARS que la DSSA había asignado, motivo por el cual no operó la libre elección.	En junio de 1996 se afiliaron 4.836 personas; posteriormente se realizó ampliación de cobertura en el mismo año por 839 personas. En 1997 se estableció contrato con Coomeva para afiliar 825 personas adicionales. El % de personas afiliadas de los niveles I y II es de 45.9%.	Los contratos se hicieron inicialmente por un periodo de nueve meses y después por un año.	La DSSA pasó los listados a la administración del SISBEN del municipio y se procedió a carnetizar las personas. Todos los usuarios no han sido carnetizados.

4. Servicios y recursos

Oferta de servicios RS en la ciudad:	Recursos (millones de pesos):	Servicios prestados:
Hospital local (I nivel de atención, con algunos servicios de II nivel) y centros de salud. Se han venido haciendo ajustes en infraestructura para la prestación de servicios.	1996: total: ICN: 198.4 Fosga: 164.3 1997: Fosga: 387.7	RS: se prestan los servicios del POS-S. Vinculados: se dan certificaciones para que utilicen los servicios del hospital local.

	ICN: 333.4 SF Dda.408.4 % Fosga 1997: 34.3 % ICN 1997: 29.5	
--	--	--

5. Bondades y dificultades del RS

Bondades: -Personas sin capacidad de pago con seguridad social	Dificultades: -No prestación de los servicios de promoción y prevención por dificultades financieras del hospital. -Mala implementación del SISBEN (según el alcalde electo)
--	---

Municipio de Barranquilla – Departamneto de Atlántico

1. Caracterización del municipio

1.1. Descripción del Municipio

La ciudad de Barranquilla es la capital del departamento de Barranquilla, cuarta en importancia en el país por su tamaño, ubicación estratégica y actividad económica, está situada en la margen occidental del Río Magdalena, cerca de su desembocadura en el mar Caribe. Es un puerto fluvial, marítimo y aéreo, situación que permite el fácil acceso de personas y mercancías.

La ciudad recibió la categoría de Distrito a partir de la nueva Constitución, lo cual le da ciertos tratamientos especiales a diferencia del resto de ciudades del país, esta habitada por el 60% de la población del departamento, con un volumen adicional de población flotante perteneciente a municipios cercanos y que labora en ella, en especial las personas provenientes de Soledad con quien Barranquilla conforma un área metropolitana. Su densidad poblacional es muy alta, ubicándose en los primeros lugares a nivel mundial con 6.958 habitantes por Km².

En cuanto a indicadores sociales, el indicador de necesidades básicas insatisfechas -NBI- es del 28% y el índice de calidad de vida -ICV- es del 17%, colocando esta ciudad en ventaja con respecto a los promedios del país ya que a nivel nacional estos indicadores son de 35.8 y 27.5%, respectivamente; sin embargo, en comparación con otras ciudades de gran tamaño incluyendo a Bogotá, Medellín y Cali, estos indicadores dan cuenta de la situación desfavorable para esta ciudad, con una pobreza relativa mayor.

En las últimas décadas el Distrito ha presentado transformaciones demográficas y poblacionales producto de la migración de municipios del Atlántico, de otros departamentos de la Costa Caribe y del resto del país, creando grandes franjas subnormales en la periferia de la ciudad.

La situación de salud de la población se encuentra caracterizada por los siguientes hechos: la mortalidad por consulta externa está liderada por la infección respiratoria aguda (IRA), habiendo desplazado a la enfermedad diarreica aguda (EDA). Además de la IRA, se tienen las siguientes causas de morbilidad por consulta externa: EDA, enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo, hipertensión arterial y parasitosis intestinal. Llama la atención que, en general, las primeras causas se relacionan con enfermedades que son evitables y reducibles a través de programas de promoción y prevención.

Por su parte, la morbilidad por egresos hospitalarios arrojó los siguientes resultados en 1996: la primera causa parto normal (43%), la segunda embarazos terminados en aborto (13,8%), la tercera complicaciones que vienen en el curso del parto, (8,8%), la cuarta hernias de la cavidad abdominal (6,6%). El mayor número de egresos provienen de los Hospitales Universitario y General de Barranquilla, siendo que estas patologías pueden ser resueltas, en buena medida, en organismos de menor complejidad.

La población total del Distrito, según el censo de 1993, es cercana a 1.1 millones de habitantes, a la que puede agregarse, además del crecimiento natural, el gran número de

inmigrantes desplazados por la violencia de otras zonas del país que, según la Defensoría del Pueblo, sobrepasan las 150.000 personas en los últimos años.

En la prestación de servicios públicos domiciliarios aún se presentan carencias importantes. La cobertura de acueducto se encuentra cercana al 85% y la de alcantarillado al 70%, con discontinuidades en algunos sectores.

1.2. Oferta de servicios

El sector público cuenta en la ciudad con 42 centros de salud, 28 de ellos con dependencia directa de Distrisalud y el resto se encuentran descentralizados; 2 Hospitales de primer nivel transformados en empresas sociales del estado (ESE), 3 hospitales de segundo nivel (2 de ellos convertidos en ESE), 2 hospitales especializados, uno en vías respiratorias (Hospital Niño Jesús, del orden Departamental) y uno en Rehabilitación mental, y un Hospital de tercer nivel del orden Departamental (ESE). Además, se cuenta con la Unidad Especial de Salud y Ambiente (UESA).

Como estrategia de fortalecimiento de la descentralización, se conformaron 7 Sistemas Locales de Salud (SILOS), los cuales reúnen la población de una determinada área geográfica. En los SILOS, se cuenta con unidades básicas de atención (Centros y puestos de Salud) y Hospitales, que funcionan algunos 8 horas y otros 24 horas.

Además, el Consejo Distrital discute un Proyecto de Acuerdo para otorgarle facultades al Alcalde para descentralizar los 28 centros de salud agrupándolos en 2 o 3 ESEs y para reestructurar el nivel central ajustándolo, conforme se entiende en la ciudad, a las nuevas competencias que tiene que asumir por ley 100 de 1993.

En Distrisalud se considera que, como fruto de los análisis relacionados con las funciones de las instituciones, su capacidad operativa, la cobertura, la relación oferta-demanda y las disposiciones de la ley 100 de 1993, no se construirán nuevas instituciones de salud, solamente se trabajará en la culminación y adecuación de algunas.

- *Primer nivel de atención.* Este nivel se ofrece principalmente a través de Centros de Salud y Hospitales con capacidad resolutoria de baja-media complejidad. En general, los Centros de Salud brindan servicios de primer nivel de atención de consulta externa y algunos hospitalización orientada a la atención de parto no complicado (y patologías de muy baja complejidad). En la mayoría de los Centros de Salud se atienden 8 horas diarias. Por su parte, se observa que la mayoría de los SILOS cuentan con servicio médico del subsector oficial las 24 horas del día.
- *Segundo y tercer nivel de atención.* Estas entidades ofrecen servicios de medicina especializada. El 54 % de la hospitalización se resuelve en instituciones de segundo nivel, el 39 % en las instituciones de tercer nivel, y el 7 % en las instituciones de primer nivel. La ciudad cuenta, para la atención de pacientes con problemas de salud de mediana complejidad, con 3 entidades y, para la alta complejidad, con un hospital: el Universitario y 2 entidades especializadas en vías respiratorias y salud mental. Estas instituciones concentran entre 426 y 233 camas entre segundo y tercer nivel, respectivamente.

A partir de 1997 se contará con un Centro Regulator de Urgencias y Emergencias, CRUE, en el Distrito (proyecto presentado ante el Ministerio de Salud) con el fin de disminuir la mortalidad y las complicaciones generadas por las urgencias. Desde este centro se coordinará la prestación de los servicios de urgencias en las instituciones de salud y se operativizará el sistema de referencia y contrarreferencia. Se tiene proyectado poner a funcionar en las instalaciones del Nivel Central de DISTRISALUD.

- *Relación oferta demanda.* De acuerdo con una aproximación adelantada por Distrisalud, el 30 % de la población tiene acceso a servicios de la Seguridad Social (ISS, EPS y ARS); se calcula que el 20 % de la población tiene acceso a los servicios del subsector privado y, se encuentra que un 50 % de los habitantes no tienen cobertura y hacia ellos deben priorizarse las acciones de aseguramiento.
- En cuanto al PAB, Distrisalud ha venido ofreciendo a la población los servicios de promoción y prevención de la enfermedad, como información y educación, actividades para la prevención de accidentes y actividades de vacunación contenidas en el programa ampliado de inmunizaciones (PAI). También, ha realizado control de enfermedades con alto impacto en la salud pública como: IRA, EDA, hipertensión arterial, programas de vacunación, capacitaciones y educación en salud a las comunidades, desparasitación, vigilancia del agua potable a través del análisis en las plantas de tratamiento, control de medicamentos y control de contaminación de riesgos del medio ambiente, entre otras.

1.3. Dirección Distrital de Salud

En el proceso de certificación para el manejo autónomo del sector salud, en los distritos y ciudades capitales densamente pobladas fue notoria la falta de voluntad política en su fase inicial, especialmente en el nivel departamental. En el caso de Barranquilla, transcurrieron aproximadamente 17 meses consiguiendo y reorganizando la información respectiva para poder llevar a cabo la descentralización del sector. El departamento, por su parte, no cedió todo lo que tenía que ver con la infraestructura del sector salud de ellos y mucho menos que el equipo del Departamento Administrativo Distrital de Salud, Distrisalud, pudiera elaborar todos los documentos que permitieran obtener la certificación ante el Minsalud, pues para elaborar el Plan Sectorial de Salud necesitaban información de los hospitales, centros de salud, información administrativa y financiera la cual era manejada por el departamento. La certificación fue muy difícil ya que muchas veces se devolvía la información diciendo que les faltaba cumplir mas requisitos; pero realmente, según lo afirman funcionarios de este organismo, no era por este motivo sino porque no había voluntad política de los encargados.

Entre 1990 y 1992 los, esfuerzos realizados por las entidades territoriales en el marco de la Ley 10 de 1990 tuvieron grandes dificultades debido a la falta de capacidad gerencial, planificadora y administrativa de los entes territoriales. La insuficiente asignación de recursos no le permitía a los Departamentos y Municipios asumir el cumplimiento de sus responsabilidades frente a la dirección y prestación de los servicios. Barranquilla no fue ajena a este reto y es así como desde Diciembre de 1993 creó unas comisiones de trabajo con el fin de recoger toda la información necesaria para cumplir con los requisitos exigidos. Finalmente, en noviembre de 1994 el Ministerio de Salud certificó el cumplimiento de los requisitos para la transferencia directa de los recursos del situado fiscal al Distrito.

Es importante anotar, que dentro de las funciones que el Distrito debe fortalecer están: desarrollar y hacer cumplir las normas establecidas por el Minsalud, sobretodo las que tienen que ver con el régimen de referencia y contarreferencia y los planes de adiestramiento del personal; garantizar la prestación de los servicios de fomento prevención, tratamiento y rehabilitación; los ajustes institucionales de los organismos prestadores de servicios; garantizar la función social del Estado en la educación, prestación y ampliación de cobertura de los servicios de salud y organizar el sistema de subsidio a la población mas pobre, entre otras.

También se destaca que el Distrito no ha cumplido a cabalidad con sus funciones dado que algunas de ellas sólo las ha desarrollado parcialmente, como es el caso de: la coordinación del sector salud del Distrito; el diseño de los planes, programas y proyectos, lo cuales deben ser incorporados en el plan de desarrollo; preparar los proyectos de carácter general en salud; evaluar la estructura higiénica y desempeño de las funciones; en cuanto a la prestación de servicios, diseñar los programas y proyectos dirigidos al fomento de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación; desarrollar políticas de salud ambiental prevención y control de riesgos del consumo y enfermedades tropicales en el Distrito y cumplir con las normas y programas de las campañas directas.

2. Implementación del régimen subsidiado

2.1 Identificación y clasificación de beneficiarios

La entidad encargada de aplicar el SISBEN fue EDUBAR, una empresa de desarrollo humano perteneciente al Distrito. La alcaldía aportó los recursos y contrató adicionalmente personal, universitarios a los cuales se les dio una capacitación sobre el manejo de la encuesta SISBEN por funcionarios de Minsalud y de Planeación Nacional, así como sobre la digitación y el procesamiento de la información obtenida a través de la encuesta. Al término de éste la base de datos fue pasada a Planeación Departamental, quien ha venido depurando la información dado que en la primera fase quedaron muchas personas seleccionadas con capacidad de pago y que realmente no necesitan de los subsidios.

La encuesta fue aplicada en las viviendas de estrato socioeconómico 1, 2 y 3. A pesar de haber hecho el barrido completo en estos tres estratos, se ha encontrado que muchas personas que vivían en ellos no fueron encuestadas porque cuando los encuestadores fueron a las residencias no se encontraban, lo que se hizo hasta dos y tres veces.

En 1994 se identificaron un total de 433.256 personas en los niveles socioeconómicos 1 y 2, la información no se ha vuelto a actualizar ni se han aplicado más encuestas por demanda de servicios; solo hay una persona encargada de dar los certificados a estas personas como vinculados para que puedan acceder a los servicios de urgencias

No se ha realizado una verificación técnica ni metodológica exhaustiva de la aplicación del SISBEN; muy parcialmente, se trató de verificar algunas encuestas y se encontró que las direcciones anotadas no coincidían, que población referenciada en un sector específico no pertenecían a éste, la información suministrada era falsa, duplicidad de la información, se han recibido muchas quejas por parte de las personas que dicen no haber sido identificadas o encuestadas y que además son muy pobres, los cuales exigen que deben de estar incluidos. También, existen personas con doble seguridad social (régimen

contributivo y régimen subsidiado), esto pasa porque no tienen base de datos para cruzar entre los dos regímenes.

Se tiene previsto, para 1998, aplicar la encuesta del SISBEN de nuevo dado que el 31 de diciembre de 1997 pierde vigencia de acuerdo a lo que establece la ley; sin embargo, no tienen claridad sobre cómo hacerlo, dicen que hay que esperar que se posea la nueva administración para que trabaje en esto.

El equipamiento físico y humano del cual dispone la oficina del SISBEN no es suficiente, lo cual implica que se estén presentando dificultades en cuanto a la entrega de certificaciones y además que no se puede hacer una aplicación de la encuesta por demanda de servicios; la memoria de los computadores actuales es insuficiente para mantener y operar la base de datos.

En la actualidad Planeación Departamental maneja la base de datos y estos pasan la información a la oficina del RS; es Planeación quien se encarga de todo el manejo de la información.

2.2 Afiliación

2.2.1. EPS-T

Durante 1995, cuando se comenzó a estructurar la seguridad social con el régimen subsidiado, Distrisalud se comportó como una EPS transitoria, EPS-T, en la que se afiliaron 85.000 beneficiarios quienes fueron atendidos en su Red Pública del sector, incluyendo centros, puestos de salud y ESE 1° y 2° nivel, con los que se celebraron contratos de prestación de servicios, como son los hospitales de: General Barranquilla, Nazareth, La Manga, Pediátrico, Infantil San Francisco de Paula, Centros de Salud como: San Camilo, Golda Meir; con todas estas instituciones se adelantaron la prestación de servicios hasta junio 30/96.

Los beneficiarios en esta primera etapa fueron carnetizados por la Secretaría de Salud (lo cual fue traumático y demorado porque no tenían claridad sobre cómo hacerlo), y pagaban la prestación de los servicios por medio de los subsidios y recursos por ICN, estas 85.000 personas fueron quienes se afiliaron inicialmente a las ARS y luego se hizo ampliación de cobertura. Durante la EPS-T se les prestaron los servicios del POS-S, pero en algunos casos los hospitales no tenían capacidad para prestar todos los servicios contemplados en el POS subsidiado.

El proceso de operatividad como EPS-T, según lo dicen los mismos funcionarios de Distrisalud: tenían el desconocimiento de cómo era el manejo operativo del régimen subsidiado; aducen que era un desconocimiento a nivel nacional no solamente de ellos como Distrito; no había una claridad de cuáles eran los planes que estaban contemplados en el POS-S y cuáles los del PAB, no había claridad sobre los períodos de contratación, las mismas exigencias en las modalidades de los contratos, cómo debía seguirse el proceso de afiliación de la gente identificada por el SISBEN, no hubo claridad de cómo se debía manejar los recursos -ICN y Fosga- y lo peor, en el caso de Barranquilla, comprometieron todos los recursos y no dejaron excedentes y según la Ley debían dejar excedentes para ampliación de cobertura.

Este proceso de EPS-T funcionó hasta junio de 1996 y a partir de aquí se hizo convocatoria y empezaron a contratar con las ARS seleccionadas. Solo se inscribieron 6 las cuales cumplían con los requisitos estipulados por la ley, motivo por el cual fueron seleccionadas; el proceso de convocatoria, según las personas entrevistadas en Distrisalud, no tuvo ningún problema, fue pública a través de prensa.

Recursos y afiliación potencial al régimen subsidiado 1996-2000

RECURSOS	1996	1997	1998*	1999*	2000*
Transferencias ICN (15%)	5,140	5,827	6,028	6,238	6,451
Fondo de Solidaridad y Garantía	3,306	3,418	2,360	2,052	2,123
Situado Fiscal		1,206	2,333	3,850	7,620
Recursos propios		1,212	1,248	1,248	1,058
Cajas de Compensación Familiar	1,449	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Empresas Solidarias de Salud	777	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
TOTAL	10,672	11,663	11,969	13,388	17,252
Número de afiliados	77,167	103,167	110,350	123,433	159,057
% población Sisben 1 y 2	18	24	25	28	37

Fuente: Distrisalud. *: proyección.

2.2.2. A.R.S.

El 15 de febrero de 1996 se expidió la Resolución 217 de 1996, por medio de la cual se convocaba a todas las entidades interesadas en la administración del régimen subsidiado, teniendo en cuenta los requisitos que establece el Artículo 13 del Decreto 2357 de 1995, se realizó la publicación del aviso en un diario de amplia circulación, cumpliendo las exigencias de la normatividad.

A este llamado respondieron seis entidades y posteriormente fueron inscritas extraoficialmente y después del período de convocatoria, dos A.R.S. más.

Como no hay cruce de datos entre las diferentes ARS, entonces hay personas hasta con dos y tres carné, aproximadamente el 5% de los carnetizados presentan este problema, según información de Distrisalud. Aunque tienen los carné para todas las personas, no todos los han reclamado o se les han podido entregar. El proceso de carnetización por parte de éstas fue menos problemático porque, de un lado ya se tenía mas conocimiento sobre el proceso y la misma normatividad y, de otro, las ARS disponían de mejor software para hacerlo, además las ARS tienen mas personal para hacerlo, en comparación con el ente territorial.

Inmediatamente las ARS afilian las personas se encargan de carnetizarlas, para lo cual visitan las casas después de tener estos carné para entregarlos; se debe anotar que aunque se hace esto muchas personas no se encuentran, por lo cual no se les puede entregar los carné.

Para la vigencia de 1996, se procedió a realizar la contratación del manejo de los recursos para el Régimen Subsidiado. Para 1997, el Ministerio de Salud estableció prorrogar los contratos de las ARS con el fin de garantizar la continuidad de los afiliados que venían hasta el momento, y para poder ampliar la cobertura; para esto, el Distrito tendrá que aportar recursos adicionales que le permitan acceder a nuevos recursos del Fosyga y afiliar aproximadamente 26.000 nuevas personas.

Durante 1997, debió aplicarse la transformación de recursos del situado fiscal, de subsidios a la oferta a subsidios a la demanda, lo cual se hizo siguiendo el perfil establecido en la Ley 344. En la proyección de recursos que realizó Distrisalud se tiene en cuenta esta transformación, aunque no se da una mayor importancia a los recursos del Fosga y tampoco se conoce sobre las implicaciones para el régimen vinculado, si se tiene en cuenta además que la población afiliada en ningún caso superaría el 40% de los niveles 1 y 2 del SISBEN y apenas llegaría a un 20% de la población total. En cambio, los recursos disponibles para atender a una persona vinculada serían de unos \$ 20,000 en el año 2000 (en pesos de 1997).

3. Actores

3.1. ARS

◆ Unimec

Para la afiliación de la población Uminec pidió los listados priorizados a cada una de las alcaldías de los municipios con que tenía contrato para carnetizar dichos afiliados. Se debe anotar que aquí surgieron dificultades ya que estos listados eran por un lado viejos y por otros mal realizados (por ejemplo, mujeres embarazadas que ya tenían el niño grande), frente a esto Unimec se dio a la tarea de entrar a confrontar estos listados y censaron de nuevo encuestando 25.000 personas en total pero, dado el nivel en que fueron clasificados, solo se procedió a afiliar 8.800 personas, esto a través del contrato con Distrisalud el cual se hizo por un monto de \$ 397.442.063 y que tuvo una duración de 6 meses contados a partir de Octubre del 96), posteriormente vino prórroga del contrato y ampliación de cobertura de 2.000 personas más. El valor de esta ampliación fue \$ 151.126.000 con una duración desde agosto del 97 Marzo del 98. Para la prórroga de los 8.800 de Abril a marzo del 98 fue por \$ 961.967.216.

La UPC del primer nivel en el año 96 ascendía al 55% de la UPC-S ; en cada uno de los municipios se presentaron serias dificultades ya que contrataron con cada una de las instituciones sin considerar los servicios que estas prestaban. Ahora contratan de acuerdo a los servicios que cada institución presta, lo que hace que la UPC sea variable. Además, ninguna institución estaba con disponibilidad de suministrar los medicamentos y prestar los servicios de radiología, puesto que las IPS a pesar de no prestar los servicios, no subcontrataban con otras IPS. En la actualidad estas dificultades se han mejorado mucho.

La UPC para el año 97 es del 56%, donde se negocian todos los servicios del primer nivel y las IPS se comprometieron a subcontratar los servicios que estos no tenían para igualar el POS-S. Para Unimec, en la actualidad si una IPS no presta un servicio específico se lo descuenta de la UPC contratada y para ello tienen una tabla especial sobre el POS-S y el porcentaje de cada uno de estos servicios.

En la actualidad han conformado un equipo de auditoria con dos médicos y cuatro enfermeras que en promedio van dos veces por mes a las IPS donde tienen contratos para realizar la auditoría sobre la calidad de los servicios; además, tienen una trabajadora social y enfermera que van a la residencia de los beneficiarios indagando sobre el servicio que reciben de las IPS en los municipios. Las quejas por parte de los usuarios son incontables en cuanto a la mala calidad en la prestación de los servicios.

En cuanto a la base de datos de los afiliados se empezaron a reportar las novedades por cada uno de los municipios, lo que hace que Unimec constantemente esté actualizando también su base de datos; sin embargo, esto no ha tenido un buen desarrollo, el peor problema que se ha presentado con el SISBEN es que se mantiene muy desactualizada la información, además de que hay gente con capacidad de pago con carné y una muy importante, que se hicieron "maravillas políticas" con los carné. Esto empieza a depurarse un poco aunque no con la agilidad suficiente para obtener mejores logros. Se hacen comentarios de denuncias que se han hecho ante Dasalud porque en los municipios cambian un carné del régimen subsidiado por votos para los políticos.

Para el caso de Barranquilla, todos los afiliados están carnetizados ; Distrisalud hace auditorías en este aspecto. El procedimiento fue el siguiente : Se le entregaron los carné al alcalde y este los entregó a la IPS para que ellas las entregaran a los afiliados y estos firmaran una constancia de recibo, dicho proceso no dio resultado, ya en el año 97 fueron entregados por Unimec con un formato especial que los afiliados debían de firmar, lo cual se hizo a través de perifoneos y ubicación en centros estratégicos, procedimiento que tampoco funcionó, lo que llevó a la realización de convocatorias en los centros y puestos de salud de cada uno de los municipios con unos resultados no halagadores, que finalmente hizo que tuvieron que ir de casa en casa entregando los carné "la justificación de las personas para no ir a estos sitios donde se convocaban, era que si las otras ARS los habían entregado casa a casa porqué Unimec no".

Para Unimec, los veedores en los municipios en la gran mayoría de los casos solo se encargan de obstaculizar los procesos, sin búsqueda de soluciones reales a dichos problemas, aunque en otros casos hay otros que ayudan mucho.

La prestación de los servicios por parte de las ARS en la mayoría de los municipios se ve obstaculizada porque los alcaldes no están pagando cumplidamente lo que repercute negativamente en las finanzas de la ARS.

En cuanto a la promoción y prevención, Unimec ofrece programas específicos por municipios con características diferentes tratando de ajustarse al perfil epidemiológicos de la población de cada uno de estos; por ejemplo, en Santa Lucía predominan las enfermedades de la piel, en Sabana Grande las gripes y la diarrea y en Suan la diarrea, lo que necesariamente conlleva al ofrecimiento de unos programas específicos por municipios. El 9.5% de la UPC es destinada a promoción y prevención aunque la forma de hacer esto es a través del giro a las administraciones de cada una de las IPS lo que hace que finalmente Unimec no tenga conocimiento sobre su utilización.

El mecanismo de inscripción varía: inicialmente fue por asignación forzosa y en la actualidad lo hace como lo estipula la ley, por medio de ficha única de inscripción. Se debe anotar que para el caso de Puerto Colombia se presentaron muchas duplicidades dado que en este municipio suministraron los mismos listados a las ARS que quedaron prestando los servicios en este municipio entre los cuales están Caprecom, Comcaja y Unimec. Esto hizo que entre ellas mismas tuvieran que negociar dichas duplicidades donde se tuvo, prioridad por Unimec que fue la primera ARS que llegó a este municipio. Sin embargo, después de muchas discusiones se negoció por partes iguales ; lo que conllevó al problema que un núcleo familiar debería ser afiliado a una misma ARS, dado lo anterior no fue posible llevarlo a cabo.

Con respecto a los copagos, por acuerdo de Minsalud no se están cobrando ; esto hizo que, según consideran en Unimec, se desbordara la utilización de los servicios de tal forma que se llegaron a constatar casos en los cuales solo se utilizaba el servicio para acceder a los medicamentos y montar negocios con estos como venderlos en las casas a través de pequeñas unidades familiares de farmacias. Tratando de darle solución a esto entonces Unimec acordó con los administradores de los hospitales para que se establecieran los copagos del 5 y el 10% si estaban en nivel I y II respectivamente, aunque se hizo salvedad de que a aquellas personas que presentaban mayores dificultades económicas no se les hiciera el cobro de los mencionados copagos.

Es posible hablar de una sobreutilización de los servicios ya que se escuchan los comentarios por parte de algunos médicos “A este paciente le toca visitarme hoy”, pues ya tiene una frecuencia determinada con la cual un paciente los va a visitar. Con respecto a esto se ha tratado de sensibilizar mucho a las personas pero no ha sido posible lo que ha conllevado a que se tengan que establecer mecanismos de amenazas “le voy a quitar el carné” para que haga una buena utilización de los servicios.

En Tubará algunos de los afiliados se trasladaron para Comfamiliar debido a que el centro de salud de este municipio no presta todos los servicios del POS-S y no hubo con quien contratar el resto de los servicios para igualar este ; Tubará es un municipio bastante pobre donde no hay infraestructura suficiente que permita ofrecer buenos servicios a los afiliados. Además estipula que los cambios ante las ARSs es manejado por ejemplo personas de Concaja van de casa en casa diciendo que Unimec y Concaja se habían fusionado, pero que solo les iba a cambiar el carné y se les seguiría prestando los mismos servicios. Además, denuncian en Unimec, Concaja financió la campaña política de muchos alcaldes en el Atlántico con el fin de hacer presión sobre estos y así poder obtener mayores afiliados.

Otros problemas enunciados en Unimec son :

- Los que están afiliados a la ARS utilizan los servicios en otras IPSs distintas a las que Unimec tiene dentro de su red de servicios, lo que finalmente hace que no se pueda pagar la prestación de estos servicios, asumiendo simplemente que se cobren o negocien entre las respectivas IPS.
- Los hospitales públicos no tienen la infraestructura y equipamiento suficientes para ofrecer los servicios del POS-S.
- Los alcaldes no pagan.
- Dificultad para contratar con las IPS porque estas no se quieren comprometer y no firman los contratos.
- La descordinación de las instituciones que manejan el régimen subsidiado (alcaldías, ARS, IPS) es bastante marcada
- En cuanto a la normatividad, hay desinformación y esto dificulta la implementación del régimen.
- La supersalud como ente regulador no tiene compromiso con la implementación del régimen subsidiado dado que muchas veces se envían cartas con el fin de que resuelva inquietudes que se tienen, pero nunca son resueltas. Por ejemplo en octubre

del 97 el alcalde de un municipio mandó una carta a supersalud desacreditando a Unimec y diciendo que era lo peor, los denunció frente a la supersalud, después Unimec solicitó que se aclarara el caso nunca ha podido obtener respuesta sobre lo acontecido.

- Unimec tiene muy poca presencia en los municipios en lo que a prevención y promoción se refiere. Sin embargo, este problema se presenta porque contratan con las IPS para que estas lo hagan, en algunos casos no lo hacen y en otros aunque lo hacen no se especifica que es a través de Unimec.
- Una de las principales dificultades es que la ley establece que como mínimo el 40% de los servicios deben ser contratados con hospitales públicos y estos no están preparados para hacerlo.
- Algunos hospitales públicos no quieren contratar con Unimec a pesar de que Dasalud ya haya interferido ante estas situaciones.

Para los directivos de Unimec, el acceso de la población pobre a los servicios de salud ha aumentado. Antes solo se hacía medicina curativa, ahora a pesar de las dificultades que se tienen se ofrece lo relacionado con promoción y prevención, adicionalmente los centros y unidades locales de salud se mantienen congestionadas por consultas de aquellas personas que tienen carné del régimen subsidiado, esto se ha dado debido a que el costo de los servicios para ellos es menor. A su vez, es posible hablar de una recomposición en la demanda de servicios ya que los que tienen carné lo hacen con mucha frecuencia pero los que no están afiliados ni vinculados no lo pueden hacer simple y llanamente porque no tienen recursos para hacerlo.

A pesar de que no tienen estudios para ver si la capitación alcanza a cubrir los servicios del POS-S por la experiencia se dice que la UPC no alcanza.

3.2. IPS

◆ El Hospital de Barranquilla

El Hospital General de Barranquilla, transformado en ESE, presta los servicios de segundo nivel de atención, con tendencia a la especialización de los de III y IV nivel. Para la atención de los vinculados en 1997, lo cual se ha venido haciendo en los hospitales públicos, existen aproximadamente unos 5.000 millones de pesos por situado fiscal. El jefe de contratación del hospital de Barranquilla dice que este monto no es suficiente dada la probabilidad que existe de que muchas personas al mismo tiempo pueden utilizar servicios costosos, sobrepasando dicho tope.

En lo que a facturación se refiere, tienen dificultades puesto que por ejemplo, en el caso de urgencias, por la estancia solo pueden cobrar un día y cuando es mas de un día no se los pagan así lo facturen; esto sucede con mucha frecuencia. Los gloses, la gran mayoría se da porque hay inconsistencia entre la historia clínica y las cuentas de facturación dado que en las cuentas de cobro aparecen procedimientos, medicamentos que no son ordenados por el médico (son cuestiones que hacen las enfermeras y no quedan registradas en las historias clínicas).

Una de las mayores dificultades, son los altos volúmenes de cartera con las ARS y el gobierno, "estos son muy demorados y duros para pagar". Las ARS no manejan criterios unificados, además, llegan casos de primer nivel al hospital que no pueden ser rechazados, como son afiliados al RS, pasan la cuenta de cobro y estas no la reconocen; lo que hacen es remitir a las IPS con que tienen el contrato para que estas paguen al hospital.

En cuanto al convenio para atender los vinculados con el Distrito, dicen que del Minsalud no se giran los recursos entonces se está siempre "tirando la bola de un lado a otro" lo que finalmente repercute sobre los servicios del hospital. Las ARS en un principio no tenían una red de servicios, un sistema de referencia y contrarreferencia, entonces no saben dónde remitir ; este problema ya se ha ido superando.

En cuanto a los copagos, aunque se cobran no los pagan ; en algunos casos, porque los usuarios no tienen capacidad para hacerlo y en otros porque el hospital, que tiene muchos años -120- de fundado, siempre ha funcionado como un hospital de caridad, quedándose y siendo visto por la gente de esta forma. El hospital subsidia el 60% de los copagos. Son conscientes de que, a pesar del déficit y las cuentas por cobrar tan altas, la única forma de subsistir es vía venta de servicios

La relación entre IPS-ARS no es la mejor, es un sistema bastante nuevo donde el proceso de contratación es demorado y, en algunos casos no es posible ponerse de acuerdo para contratar, existen todavía mucho miedo y tramitología en el proceso de contratación ; sin embargo, es una cuestión necesaria para recibir los recursos por venta de servicios. La implementación de esta ha sido un proceso tímido, en el cual la facturación es uno de los mas complicados, es un cuello de botella ya que se deben hacer una serie de actividades como capacitar el personal, sistematización en red de todas las dependencias y tratar de cambiar la cultura organizacional en el proceso de facturación (sensibilización para realizar buenos registros).

El hospital recibe asesoría a través de programas de mejoramiento de los servicios de salud, también Minsalud les ha ayudado mucho con el suministro de software y capacitación en lo que tiene que ver con facturación. En la actualidad todavía hay muchos ajustes por realizar. El hospital tiene ligas de usuarios organizada a través de una junta directiva y que por medio de veedurías ejercen controles, fiscalías sobre la prestación de servicios en el hospital, haciendo cada vez que estos servicios sean de mejor calidad.

Las trabajadoras sociales del Hospital General de Barranquilla, en entrevista realizada, dicen que ellas no han tenido ninguna participación dentro de la implementación del RS, en particular lo que tiene que ver con la identificación de las personas y piensan que ellas podían desempeñar un buen papel en este aspecto a través del Hospital que es donde llegan las personas mas pobres; además, consideran que no se han establecido políticas articuladas con todos los entes del Distrito que apunten a una mejor identificación de los acreedores de los subsidios, pues al hospital llegan usuarios en paupérrimas situaciones y no han sido identificados a través del SISBEN.

Cambios reales que ha traído la implementación del RS con respecto al sistema anterior (opinión de los empleados entrevistados):

- Todos los hospitales se han venido a la quiebra ¡qué mas!. Esto se ha dado porque los pacientes afiliados al RS y los vinculados son dos grupos que ambos tienen las mismas características con la diferencia de que unos tienen un carnet y los otros no, la utilización del servicio del afiliado la paga la ARS, pero lo del paciente vinculado quien lo paga "supuestamente lo debe pagar el Fosga y el situado fiscal", pero en el primer caso, el Fosga son recursos que no están dando, y en el segundo lo que se está facturando, entendido como recursos de transformación de oferta a demanda es 6-7 y 8 veces el monto de lo que les está llegando vía situado fiscal. Esto hace que los hospitales asuman la atención de estos pacientes y no tienen la forma de recuperarlo. Esto se puede ver como un subsidio que los hospitales están haciendo para la atención de esta población. Es así como los recursos deberían alcanzar para cubrir a 460.000 personas aproximadamente y los girados solo alcanzan para cubrir unas 130.000 personas, lo que hace que la población vinculada sea bastante grande; esto sin considerar los problemas referentes a las migraciones que llegan y el problema de los desplazados.
- Han aparecido unos intermediarios en el sector, que lo que están haciendo es llevándose los recursos porque realmente no han asumido unas funciones claras y con unos objetivos claros (ARS).
- Se ha tenido mayor acceso por parte de la población pobre y vulnerable a los servicios de salud, sin embargo el estado de salud de la población en realidad no ha mejorado.
- Por lo menos se ha empezado a realizar un esfuerzo en lo que a Promoción y prevención se refiere, aunque todavía falta mucho por hacer en este aspecto. Se ha visto la importancia de fortalecer muchísimo esta área.
- Se utilizan más los servicios que antes, pues anteriormente la gente se abstenía de utilizar un servicio porque no tenía con qué, ahora saben que tienen derecho a un subsidio y hacen la utilización de éste.
- Los entes superiores como la Super y el Minsalud no está cumpliendo, es el caso que para ampliación de cobertura en agosto de 1997 y en diciembre no se habían girado algunos recursos del Fosga que se habían prometido.
- La transformación de recursos de oferta en demanda se ha venido haciendo conforme lo establece la ley; ahora los hospitales están facturando para poder acceder a los recursos a través de la venta de servicios. Esta transformación no está funcionando en doble vía, porque el situado fiscal se ha venido disminuyendo, pero los hospitales han venido incrementando la facturación la cual no es reconocida porque los recursos girados no alcanzan para hacerlo, no están transfiriendo el faltante, entre lo facturado y los recursos del situado fiscal, a través de los recursos del Fosga. Por mencionar un ejemplo si el Hospital General de Barranquilla factura 5.0000 millones de pesos y éste solo tiene 1.000 asignados por situado fiscal la diferencia no hay quien se la reconozca. Esto hace que los logros en este aspecto sean nulos.
- Se han utilizado con mayor eficiencia los recursos, el hospital ha reducido su número de camas, pero ha aumentado el número de egresos y a su vez ha realizado disminución de costos.
- En cuanto al personal, la Ley 100 trae un cambio interesante, el personal vinculado con la aparición de ésta no siguió con un salario fijo, se ha constituido el modelo de vinculación asociativa, donde por ejemplo en el caso de un cirujano se le paga el 30% del cobro de la cirugía -conforme produzcan servicios así mismo se les remunera. Para

el caso del Hospital, las personas que están bajo esta modalidad de vinculación son más productivas y obtienen un salario mejor.

- Se han establecido oficinas y cargos nuevos como las de contabilidad, control interno, planeación, control de sistemas y oficina de atención al usuario y cliente.
- Pudieron establecer convenios docente asistencial. El hospital adquiere residentes en las cuatro especialidades. Se recibe el 50% de la matrícula de los residentes lo que se reinvierte en el hospital -antes no tenían ninguna contraprestación-.

Sobre el acceso a los servicios:

Como quedó señalado atrás, para los directivos del Hospital se han presentado mayores posibilidades para que los pobres accedan a los servicios; sin embargo, se acepta que existen enormes diferencias entre los beneficiarios para vinculados y subsidiados, de manera que, al contrario de lo sucedido con los segundos, los primeros han reducido su acceso al aplicar una tarifa más alta y recibir un plan de beneficios más restringido y en algunos casos incierto si se tiene en cuenta las dificultades para el reembolso de recursos.

Lo anterior parece ser corroborado por información suministrada por el Hospital en cuanto a producción de servicios y la participación del régimen subsidiado en ella. En efecto, se observan aumentos en el número de actividades realizadas entre 1994 y 1997 (egresos), especialmente en cirugía, medicina interna, pediatría y ginecología; además, en octubre del último año se presenta una participación importante, superior a la registrada en meses anteriores, de los servicios facturados al régimen subsidiado.

Producción de servicios Hospital General 1994-1997 (número de egresos)

SERVICIO	1994	1995	1996	1997		
				No.	% RS*	% RS**
Medicina interna	259	436	643	486	0,0	0,39
Cirugía	514	888	1253	1131	0,24	0,53
Obstetricia	5766	5403	4877	4230	0,22	0,50
Pediatría	374	516	601	487	0,28	0,85
Séptica	1100	1557	1343	1275	0,20	0,74
Ginecología	243	386	327	305	0,0	0,78
Ortopedia	52	172	171	118	0,13	0,50
Urología	80	100	75	74	0,0	0,70

* Participación del régimen subsidiado en la facturación enero; ** Facturación octubre.

Fuente: Hospital General de Baranquilla. Sección Facturación

4. Conclusiones

Los avances sobre afiliación de los pobres a la seguridad social en salud en la ciudad de Barranquilla enseñan dificultades importantes para alcanzar la cobertura universal en la forma prevista en la Ley 100. La población afiliada al régimen subsidiado, confiando en la información proveniente del SISBEN, apenas representa un 24% de las personas clasificadas en los niveles socioeconómicos 1 y 2; esta situación se ve agravada por la escasez de recursos para atender a la población vinculada.

Los problemas presentados durante este proceso de implementación se encuentran explicados, principalmente, por razones políticas e institucionales que en buena parte caracterizan a la región de la que hace parte la ciudad, aunque en este caso se destaca un marcado interés por dar cumplimiento a las normas en los términos y los plazos previstos por ellas; además, también tiene importancia la complejidad técnica y financiera del nuevo sistema.

- Dificultades para la descentralización:

El proceso de descentralización, que se quiso adelantar en la ciudad en el marco de su nueva categoría de distrito y siguiendo la Ley 10, recibió continuos obstáculos de parte de funcionarios departamentales, quienes aún a partir de la certificación concedida a la ciudad ponían trabas a la entrega de recursos y el desarrollo de ejercicios técnicos. Además de lo anterior, se reconoce en el distrito una falta de capacidad gerencial, planificadora y administrativa para adelantar la dirección del nuevo sistema de salud. Concretamente, al momento de iniciar sus labores en 1994 se señalaba la necesidad de organizar un sistema de referencia y contrarreferencia, el adiestramiento de personal, la realización de actividades de fomento y prevención, la organización de los prestadores y la administración de subsidios.

- Problemas técnicos y políticos relativos al SISBEN:

La identificación y selección de los beneficiarios del régimen subsidiado fue uno de los procesos iniciados conforme a lo establecido en la Ley. En diciembre de 1994 se tenían los resultados correspondientes al SISBEN (433,256 personas), los cuales fueron entregados por una firma contratista luego de cuatro meses de trabajo.

No obstante haber dado cumplimiento a este requisito inicial, en estricto sentido no existe en la ciudad un censo confiable sobre los beneficiarios de los subsidios. La encuesta de clasificación socioeconómica fue adelantada en los barrios de los estratos 1 y 2, sin que se hayan evacuado todas las viviendas ni se hayan atendido encuestas por demanda; además, no hay actualización ni verificación de esta información, para lo cual no existe claridad por parte de Distrisalud. Lo anterior pone de manifiesto que el SISBEN no ha recibido los recursos necesarios y tampoco ha sido incorporado como una función permanente de la administración.

Algunas complicaciones propias del proceso de identificación mediante la encuesta del SISBEN son las siguientes: a pesar de aplicar los puntajes establecidos por la Misión Social del Departamento Nacional de Planeación, se han presentado quejas e inconformidades por parte de la ciudadanía, en el sentido de justificar su situación de pobreza no registrada a través de este mecanismo; una prueba parcial de verificación de la información dio cuenta de direcciones no coincidentes, información falsa y

duplicidades. Por otra parte, desde el punto de vista político se encuentra la manipulación del proceso de selección; la máxima expresión de este fenómeno fue el cambio de votos por los carné del SISBEN y, posteriormente, de las ARSs.

- La experiencia de la EPS transitoria:

Otra vez, siguiendo las disposiciones nacionales (Decreto 2491 de 1994), Distrisalud se comportó como EPS transitoria durante 1995, administrando directamente los recursos del ICN mediante contratos con sus organismos prestadores. Sin embargo, en la marcha se enfrentaron grandes dificultades que pueden verse como un proceso de aprendizaje para fortalecer el régimen subsidiado: la carnetización de sus 85,000 beneficiarios fue traumática, en los hospitales no existía capacidad para ofrecer el POS subsidiado, no se conocía la operatividad del régimen subsidiado lo cual resultaba agravado por la falta de claridad a nivel nacional y tenía que ver con aspectos como los períodos de contratación, la ampliación de cobertura y el contenido del POS.

- Los avances en afiliación y transformación de recursos:

La convocatoria a las ARSs para que participaran en la administración del régimen subsidiado fue otro proceso adelantado de conformidad con las normas vigentes. En junio de 1996 se afiliaron las personas antes seleccionadas para la EPS transitoria y, al terminar 1997 se tenían afiliadas 103,167 personas con una participación predominante de las cajas de compensación familiar y empresas solidarias (solamente tiene presencia una EPS privada, con un 10% de los afiliados).

Como puede notarse, no hay avances importantes en cuanto a la ampliación de la cobertura a pesar de los aportes recibidos del Fosga (29%) y los aportes del Distrito incluida la transformación del situado fiscal (21%). Además, en la proyección de recursos adelantada en Distrisalud tampoco se observan cambios importantes para el año 2000, con el agravante de no tener claridad sobre la atención de los vinculados.

En el funcionamiento de este nuevo sistema se observan algunas dificultades. En primer lugar, no ha funcionado la libre elección de parte de los beneficiarios y entonces la afiliación se produjo inicialmente de manera forzosa, en algunos casos con la participación de las propias ARSs para determinar la distribución de la población entre ellas. En segundo lugar, se han encontrado casos de personas con doble carné e incluso con afiliación a los dos regímenes de la seguridad social en salud.

En tercer lugar, en la relación entre ARSs e IPSs se presentan varias dificultades: no se dispone de los servicios del POS subsidiado, en especial en medicamentos y ayudas diagnósticas, sin que las IPSs adelanten subcontratación dado que además algunas de estas operan como monopolios; en auditorías adelantadas a IPSs y mediante sondeo con usuarios se detecta la mala calidad de los servicios; aunque el 9.5% de la UPC se destina a promoción y prevención, no se tiene información sobre las actividades realizadas en este campo; por último, se presentan demoras en los pagos a IPSs, lo cual es justificado por las ARSs debido a los retrasos que ellas a su vez padecen en cuanto al cumplimiento de Distrisalud, así como problemas en el reconocimiento de servicios prestados, por tratarse de IPSs que ofrecen servicios de primer nivel pero no poseen contrato con la ARS correspondiente, la cual remite el problema a una reclamación entre IPSs, o, en otro

caso, un organismo de segundo nivel que presta servicios de primer nivel y tampoco son reconocidos por la ARS.

Por su parte, la transformación de recursos ha sido asumida conforme a lo dispuesto en la Ley 344 y en este esfuerzo descansa la ampliación de cobertura en afiliación, la cual resulta poco significativa y tal vez no se compadece con la reducción de recursos para garantizar la atención de la población vinculada. Como lo señala un asesor de Distrisalud, "esta transformación no está funcionando en doble vía; está funcionando en el sentido de que los recursos ya no los están enviando de acuerdo a lo que los hospitales pedían sino que se ha venido disminuyendo progresivamente, pero por otro lado los hospitales han venido incrementando la facturación pero esa facturación no se les está pagando, sino que a final de cada año se está haciendo lo que se llama compensación a la ventas".

- *Y...qué hay del acceso a los servicios?:*

Para la mayoría de las personas entrevistadas, el nuevo sistema de seguridad social ha facilitado un mayor acceso a los servicios de salud por parte de la población pobre. En particular, para el jefe de atención médica del Hospital General de Barranquilla, "muchos de los partos anteriormente eran atendidos en las mismas viviendas, ahora ya se atienden institucionalmente; también, muchos hipertensos ahora pertenecen a clubes de hipertensos y, en general, los pobres han tenido más beneficio para las enfermedades de alto riesgo".

Siguiendo el modelo de acceso propuesto por Aday and Andersen, podría señalarse que el nuevo sistema ha propiciado un mayor acceso potencial al adoptar el seguro de salud y promover una expansión de la oferta de servicios, lo cual se ha hecho especialmente, de acuerdo con la poca información disponible, en ayudas diagnósticas. Sin embargo, se mencionan al menos dos hechos que permiten cuestionar esos alcances: por una parte, aún se presentan limitaciones en la oferta de servicios, con una falta de adecuación de los hospitales públicos a los nuevos requerimientos, tanto en términos del portafolio de servicios como de su capacidad para asumir procesos como la facturación.

Por otra parte, se presentan serios problemas de desigualdad entre la población subsidiada y la vinculada, desconociendo el efecto neto al considerar ambos grupos. Además, como lo relataba la coordinadora del régimen subsidiado de una ARS, se ha presentado una expansión desmedida de la demanda de servicios por parte de la población subsidiada siendo necesario, a juicio de esta ARS, adoptar el esquema de copagos.

En síntesis, son varios los factores que contribuyen al incumplimiento de las metas para el año 2000. En especial, el desarrollo institucional se convierte en una restricción importante para adelantar los cambios y adecuarse rápidamente al nuevo sistema; es así como los proveedores públicos de servicios de salud no han adecuado su oferta y tampoco tienen la capacidad suficiente para asumir procesos como la facturación, lo cual dificulta enormemente la contratación con EPSs y ARSs; además, como ha sido tradición en la administración pública de esta sección del país, se menciona la persistencia de clientelismo y los favoritismos que también se emplean al momento de afiliar a la población y realizar los contratos para la prestación de servicios.

Las principales bondades atribuidas al régimen subsidiado son: la afiliación a la seguridad social de personas sin capacidad de pago; la cobertura del núcleo familiar; el fortalecimiento del sistema a través de las IPSs; mayor eficiencia. Por su parte, en cuanto a dificultades se destacan: no se están garantizando los servicios de promoción y prevención, el gobierno no ha cumplido en términos financieros; problemas políticos en la implementación del SISBEN, así como falta de recursos; dificultades de contratación entre ARSs e IPSs; descoordinación de los entes encargados de la implementación.

Referencias:

ADAY, Lu A. and Ronald Andersen (1974). "A Framework for the study of access to medical care". Health Services Research 9:208-20.

Programa de gobierno 1998 - 2000, alcalde electo Bernardo Hoyos.

Proyecto PSS Distrisalud 1998-2000

Entrevistas:

David Ortega, director RS Distrisalud Barranquilla

Germán Roncallo, gerente Asociación Mutual Futuro Piojó

Marcelo Caro, jefe facturación Hospital General de Barranquilla

Eliecer Altamar Noguera, jefe finanzas Hospital General de Barranquilla

Gustavo Ariza, jefe estadística Hospital General de Barranquilla

Enrique Donado, jefe atención médica Hospital General de Barranquilla

Betty Luz Arzuaga, directora SIBEN Distrito

Tatinana Beltrán, coordinadora RS Unimec Barranquilla

5. Anexo

1. Cuadros

Contratos con A.R.S. afiliación al Regimen subsidiado
30 de septiembre de 1996 a 31 de marzo de 1997

Ars	Distrito	Cajas y ess	Recursos de cajas	Recursos de ess	Rec. Icn	Recursos fosyga	Valor del contrato
COMFAMILIAR	3.728	5.945	266.410.313		118.897.314	48.163.686	433.471.313
CAJACOPI	8.910	3.090	138.461.906		284.245.688	115.033.688	537.741.282
COMCAJA	8.000	500	22.406.250		255.207.188	103.292.813	380.906.251
UNIMEC S.A.	8.869	0			282.901.313	114.540.750	397.442.063
ESS AMVISALUD	7.448	7.155		320.800.578	237.497.558	96.113.284	654.411.420
ESS PROGRESO	8.155	5.046		226.109.036	260.136.562	105.309.375	591.554.973
CAPRECOM	20.000	0			637.995.563	258.254.438	896.250.001
*BARRANQUILLA SANA	9.657					1.000.000.000	1.000.000.000
TOTAL	74.767	21.736	427.278.469	546.909.614	2.076.881.186	1.840.708.034	4.891.777.303
	96.503						

*El contrato rige un año a partir del 10 de diciembre de 1996

Prórroga contratos 1997

A.R.S	No. afiliados	Prórrogas 1997	ICN	FOSYGA 1	S.F.	FOSYGA 2	TOTAL
			5827608000	42214213	1206015000	1309623091	8385460304
AMVISALUD ESS	14603	1.583.899.792	1100756162	7973692,65	227799887	247370051	1583899792
ESS PROGRESO	13201	1.431.833.264	995075128	7208157	205929350	223620629	1431833264
CAPRECOM	20000	2.169.280.000	1507575377	10920622,7	311990532	338793468	2169280000
UNIMEC	8869	961.967.216	668534301	4842750,13	138352201	150237963	961967216
COMCAJA	8000	867.712.000	603030151	4368249,07	124796213	135517387	867712000
SALUDCOOP- CAJACOPI	8910	966.414.240	671624831	4865137,4	138991782	150932490	966414240
COMFAMILIAR	3728	404.353.792	281012050	2035604,07	58155035,1	63151102,5	404353792
B/QUILLA SANA							
TOTAL	77.311	8.385.460.304	5827608000	42214213	1206015000	1309623091	8385460304

2. La Experiencia en el Distrito de Barranquilla

La Alcaldía de Barranquilla, en virtud del Acuerdo del Concejo Municipal No 011 del 25 de julio de 1988, creó Decreto No 408 de 1988, la Secretaría de Salud y Bienestar Social, como ente responsable de la organización y prestación de servicio en salud en la ciudad. Desde su creación la Secretaría de Salud y Bienestar Social Municipal mantuvo una estructura burocrática, rígida y poco funcional, lo cual impidió una oferta adecuada de Servicios de Salud a la población de Barranquilla, así como el poder asumir las competencias que en materia de salud la asignaba la ley al municipio de Barranquilla.

Nuevamente, y a partir de 1992, la alcaldía reinicia el proceso de adaptación, educación y ajuste al proceso descentralizado, a partir de entonces se han producido los siguientes actos legales:

Acuerdo 030 del 30 de octubre de 1992 del Concejo Municipal de Barranquilla:

Por medio del cual se organiza el Sistema de Salud del Municipio de Barranquilla se establece su Dirección Local como Departamento Administrativo de Salud (DAMESALUD) y se dictan otras disposiciones. Mediante este acuerdo se suprimió la Secretaría de Salud y Bienestar Social Municipal de Barranquilla y se crea el Fondo Local de Salud y los Fondos Especiales de Medicamentos y Suministros.

-Acto Legislativo No 01 del 17 de agosto de 1993 : mediante el cual se decretó la organización de la ciudad de Barranquilla como Distrito Especial, Industrial y Portuario. El acto legislativo estableció que el Distrito abarcaría además la comprensión territorial del barrio Las Flores de Barranquilla, el corregimiento de La Playa y el tamar occidental de Bocas de Ceniza en el río Magdalena, sector Ciénaga de Mallorquín. en el Departamento del Atlántico.

-Acuerdo 010 del 11 de marzo de 1994 del Concejo Distrital de Barranquilla:
" Por el cual se otorga facultad pro-tempore al Alcalde de Barranquilla, para modificar la estructura administrativa, operativa y presupuestal del Departamento.

Administrativa Municipal de Salud, DAMESALUD, para adecuarlo como entidad distrital y se adoptan otras disposiciones".

- Decreto 456 del 21 de abril de 1994 de la Alcaldía Distrital de Barranquilla:

" Por cual se adecua el Sistema de Salud del Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla, se organiza la dirección distrital de Salud como Departamento Administrativo Distrital de Salud -DISTRISALUD- y se dictan otras disposiciones". Mediante este decreto, se modificó el Departamento Administrativo Municipal de Salud (DAMESALUD)," convirtiéndose en el Departamento Administrativo Distrital de Salud -DISTRISALUD-," el cual será un organismo de derecho público, sin personería jurídica, dependencia directa del Alcalde Distrital de Barranquilla, que se define como un ente de carácter técnico especializado encargado de dirigir, coordinar, financiar y ejecutar los servicios públicos de salud y de la seguridad social en salud, en la jurisdicción territorial de Barranquilla, de acuerdo con la competencia señalada en la Ley 10 de 1990, Ley 60 de 1993 y Ley 100 de 1993".

-Decreto 458 del 21 de abril de 1994 de la Alcaldía Distrital de Barranquilla:

Creó la Unidad Especial de Saneamiento Ambiental -UESA-, con personería jurídica patrimonio propio y autonomía administrativa, como establecimiento público. descentralizado del nivel Distrital, adscrito al Departamento Administrativo Distrital de Salud de Barranquilla -DISTRISALUD-. La UESA está encargada de "Desarrollar y adoptar las políticas, planes y proyectos Nacionales y Distritales referentes a los factores de riesgos del ambiente y del consumo, prevenir, controlar y erradicar la Malaria, la Leishmaniasis, el Dengue la Fiebre Amarilla y el pian, así como el control y la erradicación de los vectores y factores de riesgos relacionados".

-Decreto 479 del 28 abril de la Alcaldía Distrital de Barranquilla: Convierte al Hospital La Manga en Empresa Social del Estado, como un establecimiento público, descentralizado, del nivel distrital, adscrito al Departamento Administrativo Distrital de Salud de Barranquilla -DISTRISALUD-, con patrimonio propio y autonomía administrativa.

- Decreto 536 de la Alcaldía Distrital de Barranquilla: Modifica el régimen presupuestal vigente del Departamento Administrativo Distrital de Salud, a fin de que las apropiaciones presupuestales fuesen directamente transferido por la Secretaría de Hacienda Distrital.
- Decreto 536 del 17 de mayo de 1994 de la Alcaldía Distrital de Barranquilla: Modificó la planta de personal del Departamento Administrativo Distrital de Salud de Barranquilla, DISTRISALUD, estableciendo los niveles jerárquico, la denominación de los cargos, la codificación y la asignación salarial y anual de dichos cargos.
- Decreto 455 de 1994 de la Alcaldía Distrital de Barranquilla: Por medio del cual se transforma el Fondo Local de Salud del Municipio de Barranquilla en Fondo Distrital de Salud y se reglamenta.
- Decreto 457 de 1994 de la Alcaldía Distrital de Barranquilla: Por medio el cual se reglamentan los Fondos de Medicamentos e Insumos Esenciales en las unidades de prestación de servicios de salud.

3. Resumen de los resultados (esquema)

1. Ajustes institucionales

Creación DLS: Se crea en octubre de 1992; sin embargo, en 1994 fue necesario realizar algunas modificaciones según lo estipulado por la Ley 100 de 1993	Creación FLS: En 1994 se transforma el FLS de Barranquilla en Fondo Distrital de Salud.	Transformación hospitales en ESE: El hospital General de Barranquilla (II nivel) fue transformado en ESE en 1996. En esta misma fecha se transforman dos hospitales de primer nivel de atención en ESE	Certificación: No hubo voluntad política. Fue necesario que transcurrieran 11 meses consiguiendo la información para la descentralización. Además, la papelería fue devuelta en muchas ocasiones por negligencia de Minsalud.
---	---	--	---

2. Encuesta SISBEN

la aplicación de la encuesta se hizo en 1994; se aplicó en los sectores más marginados (estratos 1, 2 y 3); no hay actualización. Se contrató con la firma EDUBAR para realizarlo.
--

3. Afiliación ARS

EPS-T: Desde finales de 1995 y hasta la mitad de 1996 operó la EPS-T; se atendieron 85.000 personas, las cuales fueron carnetizadas por Distrisalud. Los servicios prestaron fueron de acuerdo a la capacidad de la red.	Convocatoria ARS: En julio de 1996 se hizo convocatoria, con la participaron de 6 ARS: Mutua Salud y Progreso. Posteriormente se hizo contrato con otras dos ARSs..	Elección: Inicialmente se hizo inscripción forzosa. En la actualidad se está haciendo conforme lo establece la ley (libre elección).	Contratación: Los primeros contratos se hicieron a partir de septiembre de 1996 para afiliar 77.167 personas. El porcentaje de personas afiliadas de los niveles I y II es de 23.8%	Renovación contratos: En marzo de 1997 al terminar los contratos se hizo prórroga por un año adicional y se realizó ampliación de cobertura para 26.000 personas cofinanciados vía Fosga y recursos del municipio.	Carnetización: Todas las personas afiliadas no han sido carnetizadas. Un problema importante es que hay una misma persona con dos y tres carné de distinta ARS.
--	---	--	---	--	---

4. Servicios y recursos

Oferta de servicios RS en la ciudad: Hospitales de la red de servicios de Distrisalud, algunos de ellos transformados en ESE.	Recursos (millones de pesos): 1996: Fosga: 2.809.6 ICN: 4.368.0	Servicios prestados: RS: se prestan los servicios del POS-S; aún son conscientes de las dificultades que tienen con el
---	--	--

El cambio surgido en la infraestructura hospitalaria y personal es bastante tímida con base a los lineamientos establecidos en la Ley 100 de 1993	CCF: 1.231.6 ESS: 660.0 1997: Fosga: 3.417.7 ICN: 5.827.6 SF: 1.206.0 Recursos prop.:1.212.0 % Fosga 1997: 29.3 % ICN 1997: 50.0	suministro de medicamentos. Vinculados: sólo servicios en casos de urgencias. Dicen que los recursos no son suficientes para atender la población vinculada.
---	---	---

5. Bondades y dificultades del RS

Bondades: -Personas sin capacidad de pago con seguridad social. -RS para todo el núcleo familiar. -Se está fortaleciendo el sistema a través de las IPS, lo cual ayuda a la población vinculada. -Mayor eficiencia en la utilización de los recursos	Dificultades: -No se están garantizando los servicios de Promoción y prevención. -El gobierno no ha cumplido en términos financieros la propuesta inicialmente. -Problemas políticos en la implementación del RS. -La aplicación del SISBEN no se realizó bien. -Utilización de los servicios como un negocio. -Dificultad para contratar entre ARS e IPS. -Descoordinación de los entes encargados de la implementación del RS. -Han aparecido intermediarios en el sistema que no hacen falta.
---	---

Municipio de Puerto Colombia – Departamneto de Atlántico

1. Caracterización del Municipio

1.1. Descripción del Municipio

El municipio de Puerto Colombia se encuentra ubicado al norte del Departamento del Atlántico, a 13 Km de su capital, Barranquilla, con una altura sobre el nivel del mar de 12 metros en promedio y con parte de su territorio sobre la costa del Mar Caribe. La autopista que comunica al municipio con la capital está en buen estado.

La población local es de 32.863 habitantes, un 62.5% perteneciente a la cabecera y el resto a la zona rural en donde se encuentran dos corregimientos o centros poblados. Aunque los principales indicadores disponibles en el país ubican al municipio en el promedio, con un índice de necesidades básicas insatisfechas (INBI) de 35.5% frente al 35.8% nacional, o con ventajas sobre el resto del país, el índice de calidad de vida (ICV) es de 11% frente al 27.5% a nivel nacional, otros aspectos más específicos dan cuenta de la existencia de problemas no superados. Por ejemplo, la cobertura de servicios públicos domiciliarios a nivel urbano es: agua potable 72%, alcantarillado 49%, aseo 32%, energía eléctrica 95%, telefonía 16.72%¹. Además, en la cabecera el agua es potable, pero es sectorizada y llega a los hogares de manera irregular; por su parte, el cubrimiento de letrinas es del 1% y las tasas sanitarias 30%, no existe sistema de recolección de basuras ni de disposición final de las mismas, lo que aumenta los riesgos de contaminación.

La principal actividad económica del municipio es la pesca artesanal, la cual se lleva a cabo en aguas contaminadas, el turismo popular y el comercio informal; de igual forma, existe un considerable número de jubilados de la empresa estatal Colpuertos, la cual se encuentra en proceso de liquidación. Para 1997, la población económicamente activa era de 7.579 personas de los cuales 7.080 personas estaban ocupadas, es decir, el 93.4%.

En cuanto a las condiciones de salud de la población, según el Departamento Administrativo de salud del Atlántico, Dasalud, para 1997 las diez primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron: caries, IRA, embarazo, EDA, dermatitis, IVU, parasitosis, HTA, otitis y asma; por su parte, las 5 primeras causas de mortalidad para el mismo año fueron: paro cardíaco, infarto miocardio, edema pulmonar, insuficiencia respiratoria y bronconeumonía.

1.2. Oferta de servicios:

Puerto Colombia cuenta con un Hospital público que todavía no se transforma en ESE y está ubicado en su cabecera y dos puestos de salud en los corregimientos. Además, cuenta con una Clínica privada que funciona como IPS en la cabecera municipal, con sucursal en el corregimiento de La Playa; sin embargo, no tiene mucho auge ya que fue denunciada por los veedores del municipio porque no cumplía con los requisitos para prestar dichos servicios; Dasalud realizó una visita y solo le dio licencia para prestar servicios de consulta general.

¹Diagnóstico socioeconómico. Municipio de Puerto Colombia, 1997.

1.3. Dirección local de salud:

El Municipio, mediante decreto de la alcaldía de junio de 1996, asumió la dirección y prestación de los servicios de primer nivel de atención y, a su vez, organizó el sistema de seguridad social en salud teniendo en cuenta, entre otros aspectos, la reglamentación del fondo local de salud y la conformación de la dirección local a la luz de las nuevas normas. Sin embargo, pese a esta declaración formal aún no ha recibido la certificación por parte del departamento y el manejo del hospital se encuentra en cabeza de éste, sin que se haya producido su conversión en ESE.

Lo anterior parece ser característico de los municipios del Atlántico, en donde se ha dado un manejo político, sin voluntad para certificar la autonomía de ellos. Para el caso de Puerto Colombia, la secretaria de salud dice que a mediados de 1996 empezó a consolidar todos los requisitos para certificar el municipio y a principios de 1997 ya tenía toda la documentación requerida para hacerlo. Hasta febrero de 1998 el departamento no ha otorgado la certificación.

Pero además de presentarse este tipo de conflictos entre la administración local y la seccional, de manera que mientras en la primera se acusa la falta de voluntad política para adelantar la municipalización de la salud y en la segunda se argumenta el desgreño administrativo y la falta de preparación de los empleados locales, el municipio también es escenario de una disputa política fuerte y se percibe la existencia de irregularidades.

La principal manifestación del conflicto local está referido a la mala relación que se da entre la administración municipal y los directivos del hospital. Como caso sobresaliente se encuentra que para la elaboración del plan local de salud no se recibió la información necesaria de parte del hospital; por otra parte, al tiempo que se denunció el interés de la administración y de algunos concejales por conformar una IPS privada para controlar los servicios del régimen subsidiado, en la dirección local se argumenta el manejo de intereses políticos a través de la veeduría ciudadana.

En síntesis, el municipio no ofrece claridad sobre la conformación del nuevo sistema de seguridad social en salud y es así como no dispone del plan local de salud como instrumento técnico y tampoco ha logrado incorporar al hospital local como ente autónomo adscrito a la administración central. Como se verá más adelante, esta situación repercute sobre el funcionamiento del régimen subsidiado y también pone en duda, sumado a las dificultades técnicas, el alcance de los propósitos y las metas consignadas en la Ley 100.

En cuanto a los recursos disponibles, se destaca un comportamiento irregular especialmente en el caso del situado fiscal, hecho que también apunta a darle un matiz marcadamente político al sector salud. El municipio contó en 1997 con un monto para el sector salud de \$288.621.400 de los cuales 173.172.851 corresponden a la Ley 100/93, como recursos de demanda, lo restante se usa como recursos de oferta y gastos de funcionamiento.

2. La implementación del régimen subsidiado

2.1 Identificación y clasificación

La identificación de los beneficiarios se hizo con base en la encuesta SISBEN, proceso que se inició en 1995 siguiendo la estratificación aprobada por Planeación Departamental, estratos 1 y 2 y parte del 3. No se ha hecho un barrido total porque la alcaldía cuenta con muchas limitaciones tanto físicas como financieras.

Se contó con jóvenes de último año de la nocturna y se les capacitó durante 3 días sobre el manejo de la ficha. A los coordinadores se les capacitó durante 4 días. En la administración no se contaba con computador lo que ocasionó que no se tuviera dónde almacenar la información y la población, en actitud agresiva, solicitaba que se les entregara el carne para poder acceder a los servicios. Por los problemas políticos entre la administración municipal y departamental la consecución de un computador tomó

Mediante publicación en la cartelera de la alcaldía y en diferentes puntos del municipio o por convocatoria a la comunidad, se informa sobre la población clasificada para recibir los beneficios del sistema. La secretaria de salud constantemente acude al hospital para observar el estado de los pacientes para ver quién esta mal y averiguar si tiene el SISBEN o no, procediendo de acuerdo al caso por lo menos en certificar al usuario de acuerdo a las condiciones para que accedan a lo subsidios.

Población identificada por el SISBEN

ZONA	1996		1997	
	1 y 2	3	1 y 2	3
Urbana	4656	1	8823	7
Rural dispersa	1861	0	2256	3
TOTAL	6517	1	11079	10

Fuente: Oficina SISBEN. Municipio Puerto Colombia.

Problemas en la implementación del SISBEN referidos por las personas entrevistadas: Los costeños son muy dados a mejorar el frente de la casa, pero dentro de ella viven en una miseria muy grande y la encuesta no recoge estas observaciones, no se le da importancia tampoco al hecho de vivir en hacinamiento. Las preguntas son muy amplias y no brindan la oportunidad para detectar aspectos importantes que determinan la pobreza.

- El municipio aplicaba el SISBEN y la gente pensaba que la información se manipulaba o se trataba de cuestiones políticas, todo esto por el desconocimiento de las personas que lo aplicaron y no explicaron qué era el mecanismo (Secretaría).
- Se presentaron problemas de direcciones equivocadas, cambios de 200 carné aproximadamente por muerte, movilidad o porque estaban en el régimen contributivo. Es el caso de los jubilados de Colpuertos quienes son afiliados al régimen contributivo también tenían afiliación al subsidiado al mismo tiempo. Hubo casos en donde no se quiso devolver el carné, a estas personas se les tuvo que amenazar diciéndoles que si no lo entregaban perdían tanto el derecho al régimen contributivo como al subsidiado (Secretaría).
- No hubo verificación técnica de la encuesta por falta de recursos (Secretaría).
- En general las condiciones para actuar en el pueblo son difíciles; la población llegó al extremo de quemar la alcaldía; adicionalmente, un día antes de llegar al municipio a realizar el trabajo de campo habían saqueado la oficina de la secretaria de salud, llevándose alguna de la información que reposaba allí (Secretaría).

- Los recursos económicos han sido insuficientes para actualizar el SISBEN, incluso la Secretaría de Salud llegó en un momento en que les debían 7 meses de sueldo (Secretaría).
- No hay buena relación entre la secretaria de salud y los veedores y se tienen muchas confrontaciones lo cual genera desconfianza de la población al trabajo de la oficina (Secretaría).
- El estrato socioeconómico 3 no se encuestó y allí existen personas muy pobres que necesitan estos beneficios (veedores del SISBEN).
- Las encuestas están tan mal hechas, de manera que personas con seguridad social resultan beneficiadas con el régimen subsidiado. Parece que el personal no fue lo suficientemente capacitado, las quejas en este sentido llegan a los veedores y estos acuden a las ARS a reclamar por esto (veedores del SISBEN).
- Aproximadamente entre el 30% y 40% de los pensionados de Puerto Colombia tienen doble carné (veedores del SISBEN).
- Mucho proselitismo político (veedores del SISBEN).
- Los veedores pasaron un listado de 1.000 personas que estaban necesitadas para que fueran encuestadas, pero nunca se hizo porque se priorizó dándoles seguridad a personas indigentes, cuyos carnés reposan en la secretaria de salud y cuando estos se enferman, como son conocidos la secretaria de salud se encarga de realizar los trámites pertinentes (veedores del SISBEN).
- Existen quejas de los usuarios en el sentido de que cuando se les encuestó, se les exigían 5 votos. "el carné te lo da el alcalde municipal, pero debes colaborar votando por él". Sin embargo, son cosas que nunca se pudieron constatar (veedores del SISBEN).
- Los concejales muchas veces sugerían que se incluyera un número determinado de personas a las que no se les había realizado la encuesta (veedores del SISBEN).
- De 2.800 carné, solo se han entregado 420, la veeduría en algún momento manifestó su deseo de entregar los carné, pero en la DLS no lo aceptaron argumentando que no estaban capacitados para hacerlo. Además las ARS no se han preocupado por darle a los usuarios orientación sobre sus derechos y deberes (veedores del SISBEN).
- El director del Sisben ha mostrado poco interés para reunirse con el veedor (veedores del SISBEN).
- Los funcionarios locales se aprovechan de la ignorancia de las personas (veedores del SISBEN).
- La nomenclatura utilizada para realizar las encuestas está errónea, hay direcciones que no existen, las encuestas fueron pésimas y no se han corregido en el momento ya que el director del SISBEN no ha suministrado la información que piden los veedores (veedores del SISBEN).

Se debe anotar que desde el punto de vista de la secretaria de salud, las cosas se han venido haciendo bien, por lo menos lo que ella ha hecho, pero para los veedores, que son de otra corriente política, las cosas no se han funcionado bien. No hay buena relación entre la secretaria de salud y los veedores, se tienen muchas confrontaciones; esto no facilita el complejo proceso de implementación.

2.2. Afiliación y prestación de servicios

No se conocieron detalles sobre la manera como se asignaron los recursos del régimen durante 1995 y parte de 1996, sin que haya operado el mecanismo de EPS transitoria

establecido en el Decreto 2491 de 1994. Solamente en septiembre de 1996 se inició la afiliación de personas de los niveles 1 y 2 del SISBEN a las administradoras seleccionadas y cuyos contratos se encuentran vigentes hasta marzo de 1998 (ver cuadro 3).

Afiliación al régimen subsidiado. 1996-1997
(Número de personas; millones de pesos)

ARS	Afiliados	ICN	FOSYGA	Transfor	Cofinanc	TOTAL
Comcaja	2000	89.7	68.9	42.2		200.9
Caprecom	946	42.4	32.6	20.0		95.0
Unimec	819	36.7	34.1	17.3	0.5	88.2
Futuro Piojó	210	9.4	8.7	4.4	0.1	22.7
Confamiliar	218	-	10.4	8.3		18.7
Total	4139	178.4	144.4	84.0	2.6	407.0

Fuente : Municipio de Puerto Colombia. Oficina SISBEN y DLS.

Cuando se implementó el RS se establecieron contratos con 5 ARS:

- *Unimec*: Cuenta con 819 afiliados. Su funcionamiento en la cabecera no ha sido el mejor pues presta solo los servicios médicos a través de subcontratación con el hospital local (por capitación), no brinda los servicios de promoción y prevención y no suministra los medicamentos.

- *Caprecom*: Cuenta con 946 afiliados. En la cabecera presta servicios médicos asistenciales (contratación por evento), da los medicamentos pero no cumple con la promoción y prevención.

- *Caja de Compensación Familiar -Comcaja-*: Cuenta con 2000 personas afiliadas. Es la ARS que presta el mejor servicio puesto que en la cabecera brinda el servicio de promoción y prevención, entrega los medicamentos y presta los servicios médicos por medio de subcontratación (por evento).

- *Mutual Futuro Piojó*: Cuenta con 305 afiliados a los cuales suministran los servicios de consulta médica y no entregan los medicamentos.

- *Comfamiliar*: (Por evento). Es una caja de compensación. Cuenta con 218 usuarios, aunque tiene capacidad para afiliar 800 personas de Puerto Colombia con recursos propios (lo cual está en trámite).

Al principio las ARS no cumplían, no suministraban medicamentos, entonces la Secretaría de Salud los llamó y los amenazó con aumentarles la competencia. Se está solicitando interventoría a través de Dasalud para las ARS que prestan mal el servicio.

Solo hasta junio de 1997 las ARS comenzaron a funcionar bien, pues no lo estaban haciendo por la falta de recursos. La gente no quería recibir los carné porque no entendían cuál era su uso, con el tiempo se entendió la importancia de pertenecer al sistema.

Se les está suministrando unos recursos a la población pobre, pero faltó educar a la población en todo lo referente a sus derechos y deberes. Los hospitales se aprovechan de esta situación y la gente va muchas veces al mes a consultar por ser gratuita y se entregan los medicamentos a las personas, los hospitales se aprovechan y traen mas gente dado que les representa mayores recursos. Se quiere implementar la auditoría médica pero no ha sido posible por la falta de recursos.

Inicialmente, para prestar los servicios DASALUD hizo una convocatoria abierta a todas las EPS, ESS y Cajas de Compensación que quisieran administrar los recursos del régimen subsidiado y la asociación en su inicio solo quedó certificada por Dasalud para prestar los servicios en Puerto Colombia; después se extendió a otros municipios.

Todos los afiliados están carnetizados, la Asociación tiene promotores que se encargan de ir a cada residencia a entregar los carné; además, estos les explican a los afiliados sobre los deberes y derechos y la promoción y prevención que tienen como afiliados. Surgieron dificultades en la carnetización porque los listados que suministraban los alcaldes tenían errores, además porque muchas veces no se encontraban las direcciones que aparecían registradas en las bases.

Para sus directivas, la UPC en algunos casos no alcanza para cubrir los servicios del POS-S dado que hay personas que utilizan demasiado los servicios; además, la situación es difícil dado que cada día se amplía más el POS-S pero la UPC sigue siendo la misma, por lo que se puede llegar en un momento determinado a tener déficit.

Ven la competencia de las otras administradoras del RS bastante dura ya que estas están bastante consolidadas mientras la ESS apenas está empezando, lo que la pone en desventaja, máxime si se considera que la normas vigentes no les da prioridades. La relación con las IPS en algunos caso es complicada porque estas quieren sobrefacturar y la ESS debe realizar auditorías médicas.

Reconocen que ha mejorado el acceso por parte de los pobres: de un lado, ya existen organismos como éstas que por lo menos están prestando los servicios de promoción y prevención que antes no se hacía y, por otro, ya no es un privilegio utilizar los servicios de salud, sino todos de acuerdo a lo establecido por la Constitución Política de 1991. Sin embargo, también destacan algunas dificultades y debilidades:

- Es un modelo bastante pernicioso, que de acuerdo a la idiosincrasia colombiana, puede ser que no tenga éxito.
- Las IPS públicas no estaban preparadas para prestar los servicios y aún no se han readecuado para hacerlo
- Los alcaldes y entes gubernamentales no han facilitado el proceso; este debe tener más armonía y coherencia entre los diferente actores del sistema.
- No se han realizado campañas masivas que apunten a educar los diferentes beneficiarios del sistema.
- La misma normatividad en términos de tener que cumplir mucha tramitología dificulta los procesos.
- Las metas que les impone la Superintendencia Nacional de Salud son difíciles de alcanzar.
- No cuentan con apoyo de la alcaldía del municipio.
- Los recursos de los contratos no llegan en el tiempo previsto.
- No hay buenos canales de comunicación (Minsalud-Super-municipio)

3.2. IPS

◆ Hospital Local

La calidad en la prestación de los servicios por parte del hospital es monitoreada a través de evaluaciones trimestrales de Dasalud, las cuales consisten en cumplir con las metas propuestas en términos de cobertura; también existe una oficina de quejas y reclamos y se hace asesoría también por parte de Dasalud a través de talleres para cada tema específico de atención a las personas y sobre todo lo relacionado con la ley 100/93.

Se han ampliado los horarios y adicionalmente ha aumentado la cobertura, esto es, se están atendiendo más usuarios y a su vez estos tienen más acceso a los servicios. Para esto, se adelantó una ampliación de la planta de personal destinada a la atención (un médico general, un especialista, dos odontólogos, dos bacteriólogos y cuatro auxiliares de enfermería). Además, en la parte de infraestructura hubo cambios en el área de urgencias, todas las oficinas de la parte administrativa son nuevas, el área de consulta externa se está remodelando tratando de mejorar los consultorios. Se adquirieron equipos nuevos como una incubadora, un equipo de paro cardiorespiratorio, aparato de reanimación y una ambulancia; en la actualidad se está modificando las oficinas para el área administrativa, a pesar de ser nuevas.

Pese a estos logros, los habitantes de la cabecera del municipio representados en los miembros de las juntas de acción comunal, veedores del SISBEN, miembros del comité de participación comunitaria y las madres comunitarias, en reunión con delegados de Dasalud, funcionarios del Hospital Local y la secretaria de salud municipal manifestaron algunas necesidades², entre las cuales se encuentran: brindar capacitación al personal para mejorar la calidad humana por parte del personal de la unidad local de salud, contratar personal especializado: sicóloga, trabajadora social, fonoaudiólogas, reforzar el personal médico los fines de semana, sobretodo en el área de urgencias, entre otras.

◆ Puesto de Salud del Corregimiento de Salgar

En cuanto a los servicios asistenciales por parte del Puesto de Salud del corregimiento de Salgar, presta un servicio a la comunidad oportuno, el recurso humano es suficiente y prestan una buena atención a la comunidad. Se realizan brigadas de salud semestralmente. Existe una partera en la comunidad y una botica comunitaria que no está lo suficientemente dotada de fármacos.

Los habitantes del corregimiento de Salgar, representados en los miembros del Comité de Participación Comunitaria, madres comunitarias y representantes de la comunidad, se reunieron³ con funcionarios de DASALUD del Atlántico y el administrador del SISBEN en

² Mayo 30 de 1997, los aspectos allí consignados serían posteriormente anexados al Plan Local de Salud.

³ Mayo 29 de 1997. Se realizaron una serie de preguntas a los distintos representantes del corregimiento para priorizar sus necesidades.

4. Conclusiones

La situación característica de este municipio es una buena muestra de los problemas de implementación atribuidos a factores políticos y al papel que juegan funcionarios de los distintos niveles de gobiernos. Hasta ahora, no se resuelve el futuro del sector salud en el municipio y, con ello, se retrasa el desarrollo de la seguridad social.

- Qué pasa con la descentralización?:

No se han dado en el municipio las condiciones para realizar la municipalización de la salud, lo cual se atribuye en buena medida a razones políticas de parte del nivel departamental y a la falta de preparación de la administración local, además del entorno político de la propia localidad, caracterizado por conflictos de interés serios. Como se ha mencionado en este trabajo:

Además de presentarse un conflicto entre la administración local y la seccional, de manera que mientras en la primera se acusa la falta de voluntad política para adelantar la municipalización de la salud y en la segunda se argumenta el desgüeño administrativo y la falta de preparación de los empleados locales, el municipio también es escenario de una disputa política fuerte.

La principal manifestación del conflicto local está referido a la mala relación que se da entre la administración municipal y los directivos del hospital. Como caso sobresaliente se encuentra que para la elaboración del plan local de salud no se recibió la información necesaria de parte del hospital; por otra parte, al tiempo que se denunció el interés de la administración y de algunos concejales por conformar una IPS privada para controlar a los servicios del régimen subsidiado, en la dirección local se argumenta el manejo de intereses políticos a través de la veeduría ciudadana.

Todo lo anterior fue descrito por quien adelantó el trabajo de campo en los siguientes términos: "En general las condiciones para actuar en el pueblo son difíciles; la población llegó al extremo de quemar la alcaldía; adicionalmente, un día antes de llegar al municipio a realizar el trabajo de campo habían saqueado la oficina de la secretaria de salud, llevándose alguna de la información que reposaba allí".

En síntesis, el municipio no ofrece claridad sobre la conformación del nuevo sistema de seguridad social en salud y es así como no dispone del plan local de salud como instrumento técnico y tampoco ha logrado incorporar al hospital local como ente autónomo adscrito a la administración central. Esta situación repercute sobre el funcionamiento del régimen subsidiado y también pone en duda, sumado a las dificultades técnicas del sistema, el alcance de los propósitos y las metas consignadas en la Ley 100.

- Los resultados generales de la reforma a nivel local:

A pesar de lo anterior y como un efecto positivo de la Ley 100, en el hospital local se han efectuado ampliaciones importantes en planta física y personal para la asistencia médica. Pero como contraste adicional, la afiliación de población pobre al régimen subsidiado apenas llegaba al 37% en 1997 y no se conoce la manera como se va a soportar

financieramente la atención de la población vinculada, ni mucho menos sobre el proceso de transformación de recursos

- Las dificultades relativas al SISBEN:

La estrategia de focalización mediante la aplicación de la encuesta del SISBEN, su procesamiento y alimentación permanente, presenta serias dificultades en el municipio, repercutiendo desfavorablemente sobre la prestación de servicios y la situación del hospital. Para las personas encargadas de la oficina en el municipio, las cuales reconocen falta de preparación y recursos insuficientes, los puntajes resultan distorsionados y no logran explicar cómo una persona de la zona rural resulte con niveles socioeconómicos superiores a los presentados en la zona urbana; además, se mencionan cuestiones relativas a la cultura de la costa, como la población flotante, la conformación de varios hogares por un mismo hombre, fenómenos que no logran ser capturados y son causa de duplicidades y afiliaciones que no se traducen en la entrega de carné a los beneficiarios identificados.

Todo este proceso es cuestionado seriamente por veedores ciudadanos, para quienes ha existido un manejo arbitrario; se mencionó el caso de concejales que presionaron para el ingreso a los niveles socioeconómicos más bajos, de personas con características distintas y potenciales contribuyentes del régimen contributivo; también, se reportaron casos de cambio de carné por votos, al igual que dobles afiliaciones especialmente de parte de personas pertenecientes a la liquidada empresa estatal Colpuertos.

- Sobre la EPS transitoria y la transformación de recursos:

Las personas entrevistadas en este municipio mencionan estos dos procesos como una cuestión sobre la cual apenas se conoce el nombre y se traslada su responsabilidad hacia organismos superiores, concretamente el departamento, si se tiene en cuenta además que no se ha llevado a cabo la descentralización. Si bien se dice que la EPS transitoria operó, no existen datos que permitan dar cuenta de sus resultados pero tampoco se es consciente de cuáles fueron sus beneficios y principales problemas; en resumidas cuentas, excepto que se hayan desembolsado recursos para mejorar las condiciones del centro de salud, es difícil saber con precisión qué pasó.

Igual cosa sucede con la transformación de recursos; en este caso ni siquiera se encontró alguien que pudiera identificar al menos el problema y en cualquier caso se trata de una decisión ejecutada por Dasalud siguiendo las disposiciones de la Ley 344.

- Aseguramiento y prestación de servicios:

Existen problemas complejos que ponen en duda la efectividad del nuevo sistema en un municipio como este: en primer lugar, el bajo número de personas afiliadas por cada organismo deja ver problemas relativos a los costos en que se incurre desde el punto de administrativo, tanto por las labores de cada uno de ellos para afiliar población como por parte del organismo prestador para realizar los contratos, facturación y cobro a cada uno.

En segundo lugar, se encuentran disparidades en los servicios ofrecidos entre ARSs, lo cual parece explicado más bien por las condiciones de oferta del centro de salud, en lo

cual sale bien librada la caja de compensación precisamente por ofrecer promoción y garantizar el suministro de medicamentos.

En tercer lugar, existen dificultades en cuanto a los flujos de recursos, lo cual amenaza la continuidad en la afiliación y en la prestación de los servicios.

En cuarto lugar, en cuanto a las formas de contratación, en las que predomina el pago por evento, se mencionó por parte de la empresa solidaria que existe un desequilibrio negativo entre la UPC-S y el valor del POS-S, denunciando además fenómenos de facturación por parte de las IPS, para lo cual ha sido necesario reforzar la auditoría médica.

Por último, la experiencia de la empresa solidaria resulta un poco negativa si se tiene en cuenta que la competencia que se enfrenta es bastante dura y no se tiene asegurada su supervivencia; además, hay quejas de la falta de voluntad de la administración para apoyarla.

- Sobre el acceso y perspectivas del sistema:

Para la mayoría de personas entrevistadas, el acceso de parte de los pobres a los servicios de salud ha mejorado lo cual, para ellas, se manifiesta especialmente en la posibilidad de recibir medicamentos y ayudas diagnósticas. Sin embargo, no se ofrece información para validar esta afirmación.

Una consideración analítica sobre la implementación del régimen subsidiado enseña que ciertamente se estarían produciendo algunos hechos favorables al acceso por parte de los pobres, pero que aún existen restricciones importantes y que tal vez el tratamiento en este tipo de casos deba ser distinto a la manera estándar como se pretende aplicar en todo el país. Es así que mientras se ha dispuesto de recursos para afiliar a un 37% de la población potencial al régimen, sin que tampoco exista seguridad sobre el número y la ubicación de los pobres, los carné no hayan sido entregados en buen número y se presentan fenómenos de doble afiliación, la prestación de los servicios del POS-S se ve obstaculizada por un portafolio inadecuado de parte del hospital, especialmente en medicamentos, y de la distancia que hay en muchos casos desde la residencia hasta este organismo, cuando no es necesario viajar a Barranquilla.

Por otra parte, los problemas de información atribuidos en buena parte al engaño de parte de funcionarios y particulares con interés en negocios como las farmacias y, en general, la afiliación al régimen.

En medio de este panorama tan incierto, el alcalde electo para el período 1998-2000 se suma a las denuncias formuladas por los veedores ciudadanos. Por ejemplo, señala el alcalde: "la gente le ha dado un carné a muchas personas que no lo necesitan y, sin embargo, hay gente pobre que no ha sido afiliada a la seguridad social en salud. En las elecciones se encontró que se afilió y se les dio un carné a un porcentaje de población que no eran de Puerto Colombia sino de Barranquilla <...> las administradoras del régimen subsidiado no están haciendo bien las cosas <...> no todos han utilizado los servicios ya que muchos carné se quedaron guardados en el escritorio, muchas personas

se quedaron sin carné y solo los entregaron prácticamente al finalizar los contratos” (entrevista).

Finalmente, espera descentralizar la salud, implementar el régimen subsidiado conforme a la Ley para alcanzar la cobertura universal en el 2001, ampliar la oferta de servicios especialmente de cirugía y vigilar los contratos con las ARS.

Referencias

Palacio, Magda. "Diagnóstico socioeconómico del municipio de Puerto Colombia". Puerto Colombia, 1997.

Entrevistas

Médico, Humberto Rosales Donado. Alcalde electo municipio de Puerto Colombia.

Sr. Winston Campbell. Veedor del SISBEN.

Sra. Carmen Colpan. Representante de la Liga de usuarios.

Sr. Simón Ariza. Veedor del SISBEN

Dr. Oscar Ortega. Director del Hospital Local.

Dra. Magda Palacio. Secretaria de salud Puerto Colombia

Sr. Edwin Pérez. Administrador SISBEN

NOTA : No fue posible acceder a información del Hospital pues no se logró hablar con su director, a pesar de haber concertado varias citas con él. Además, con el jefe médico también se convinieron citas en cinco ocasiones y todas las incumplió; finalmente, éste se comprometió a suministrar una información, pero nunca lo hizo a pesar de habersele insistido en varias ocasiones. Por más que se intentó, no se pudo contactar una persona del hospital que diera respuesta a las preguntas establecidas para la entrevista.

Anexo

1. Resumen de los resultados (esquema)

1. Ajustes institucionales

Creación DLS: Creada en 1993	Creación FLS: 	Transformación hospitales en ESE: El hospital no se ha transformado en ESE.	Certificación: No se ha certificado; no hay voluntad política de DASALUD para hacerlo, parece que con el cambio de dirección en dicha institución se pueda dar dicha certificación.
--	------------------------------	---	---

2. Encuesta SISBEN

Se aplicó en estratos 1, 2 y 3 en 1995; no se ha realizado barrido total por falta de recursos. Se han dado grandes cuestionamientos por parte del alcalde electo diciendo que realmente no se ha aplicado un SISBEN.

3. Afiliación ARS

EPS-T: No operó.	Convocatoria ARS: Se realizó convocatoria abierta donde resultaron seleccionadas Comcaja, Caprecom, Unimec, Futuro Piojó y Comfamiliar.	Elección: Aunque en la teoría se habla de libre elección, por falta de información muchas personas no se inscriben debiéndose realizar asignación forzosa.	Contratación: En junio de 1996 se realizaron los primeros contratos. Hay un total de 4.139 afiliados que representan el 37.3% de los niveles I y II del SISBEN	Renovación contratos: En abril de 1997 se renovaron los contratos y en diciembre de 1997 se realizó ampliación de cobertura por 1000 personas adicionales.	Carnetización: Se rumora sobre la compra de votos con los carné. Todas las personas no se han podido carnetizar.
--------------------------------	---	--	--	--	--

4. Servicios y recursos

Oferta de servicios RS en la ciudad: Hospital local (I nivel de atención) Se han realizado algunas adecuaciones en la infraestructura física del hospital.	Recursos 1997 (millones de pesos): ICN: 178.4 43.8% SF: 84.0 Fosga: 144.4 35.4%	Servicios prestados: RS: se prestan los servicios del POS-S. con cuestionamientos por no suministrar medicamentos Vinculados: servicios del hospital local.
---	---	--

5. Bondades y dificultades del RS

<p>Bondades:</p> <p>-Acceso a los servicios de salud por parte de la población pobre.</p>	<p>Dificultades:</p> <ul style="list-style-type: none">-Desgüe administrativo municipal-No prestación de los servicios de promoción y prevención por dificultades financieras del hospital.-Politización del SISBEN y de la implementación del RS.-Recursos insuficientes para la afiliación de la población pobre.-La infraestructura hospitalaria tiene grandes dificultades para la prestación de los servicios-La metodología de la encuesta SISBEN como se realizó en el interior, presenta serias dificultades en la implementación para estos municipio de la costa.
--	---

Municipio de Tubará – Departamento de Atlántico

1. Caracterización del Municipio

1.1. Descripción del Municipio

El municipio de Tubará se encuentra ubicado en el costado noroccidental del Departamento del Atlántico, con delimitación territorial marítima y terrestre. Se comunica con la ciudad de Barranquilla por la carretera del algodón, la cual se encuentra en reconstrucción en un 90%; también lo hace por la autopista al mar y, con sus corregimientos y veredas, por vías carreteables en regular estado.

La población es de 10.639 habitantes, un 63.6% de ellos localizados en la cabecera y el resto en la zona rural; esta última cuenta con 4 corregimientos y 3 veredas. En cuanto a características sociales, se puede establecer que los niveles de pobreza del municipio son altos y gran parte de la población carece de los servicios básicos. Los principales indicadores disponibles ubican al municipio en una situación desventajosa respecto al promedio registrado en el país; el indicador de calidad de vida (ICV) es del 43% y el de necesidades básicas insatisfechas (INBI) es del 63%¹; estos indicadores, a nivel nacional, son 27.5 y 35.8, respectivamente. Además, la población en miseria es de un 37%.

Las viviendas se caracterizan por su construcción en bloques, ladrillos con pisos en cemento. Por otro lado, la cobertura de servicios públicos domiciliarios a nivel urbano es: acueducto 80%, aunque el servicio no se presta en forma continua, solo durante ocho horas diarias, energía 76.8%, el servicio también se presta en forma irregular, la cobertura de servicio telefónico es tan solo del 2.1% y no se cuenta con servicio de alcantarillado. El 24% de las viviendas tiene pozo séptico y a nivel rural la eliminación de excretas se hace a campo abierto. Con esto se tiene que ninguna vivienda cuenta con todos sus servicios completos, las viviendas con servicios incompletos son del 76.7% y las viviendas sin ningún servicio son del 23.2%².

La actividad económica más importante es la agropecuaria, representada en ganadería de medianas proporciones, cultivo de carneros y ganado vacuno, algunos zocriaderos y cultivos de corte tradicional como maíz, sorgo y yuca, a la que se dedican los sectores pobres de la población, ocupando poco terreno y constituyendo la base de su alimentación. La pesca tiende a organizarse aunque en menor escala y presenta pocas alternativas comerciales dada su escasa asistencia técnica. La población en edad de trabajar es de 6.372 personas, de los cuales el 26,3% se encuentra desempleada. El 30% de la población que trabaja se dedica a la explotación agrícola. Un gran porcentaje de esta población trabaja en Barranquilla y sólo tiene a Tubará como sitio de residencia.

En cuanto a las condiciones de salud de la población, presenta una tasa bruta de mortalidad (1996) del 0.2%. Las principales causas de morbilidad por consulta externa en 1996 fueron: IRA 30.1%, IVU 10,1%, Enf. Parasitarias 9.4%, Infecciones de piel 6.7%, EDA 6.3%, HTA 3.1%, Anemia 2.8%, enfermedades Acidopépticas 1.9% y las enfermedades de los dientes 29.6%.

¹ Plan Local de Salud para 1997. Alcaldía Municipal de Tubará.

² Datos tomados del Plan Local de Salud, 1997.

1.2 Oferta de servicios

El municipio cuenta únicamente con un puesto de salud en el corregimiento de Cuatrobocas, en precarias condiciones, y el Centro de Salud de Tubará, organismo oficial de orden departamental cuya naturaleza jurídica no se ha definido y está registrada ante Dasalud y el Ministerio de Salud como adscrito al Hospital de Puerto Colombia. Se prestan los servicios de: consulta externa, urgencias, odontología, promoción, saneamiento ambiental y los programas de: crecimiento y desarrollo, control prenatal, planificación familiar, control de enfermedad hipertensiva, vacunación y control de cáncer cervicouterino. No se ofrecen servicios en horas nocturnas; tradicionalmente, por cuestiones de tiempo y ubicación geográfica, mucha de la población demanda los servicios de la ESE Juan de Acosta y del hospital de Puerto Colombia.

La planta física del Centro consiste en una edificación en regulares condiciones arquitectónicas, de un solo piso, con dificultades de accesibilidad y consta de la siguientes áreas: consulta externa (3 consultorios), un consultorio de odontología, sala de espera, área para estadística, sala de enfermería, sala de saneamiento ambiental. Se cuenta con los equipos básicos para atención ambulatoria, en regular estado, una unidad odontológica en mal estado y la ambulancia fuera de servicio. En general la dotación del Centro es insuficiente pero, aunque las condiciones siguen siendo precarias, sus directivos se prepararon para los cambios que trajo la Ley 100/93, en lo que a recurso humano se refiere: ampliaron su planta de personal (ver cuadro N°2); en infraestructura, había un consultorio médico en 1991, uno de enfermería y uno odontológico y las áreas de urgencias, curación, maternidad, unidad del cólera no estaban separadas; con la remodelación en 1995³, se separaron estas unidades, se mejoraron las áreas de urgencias y observación, se hizo el área de facturación, consulta externa y estadística, un consultorio médico adicional y se tiene previsto realizar un nuevo consultorio de odontología, un área nueva para observación, urgencias, nutrición, curación y sala de maternidad. Se cuenta con 4 camas.

Planta de personal Centro de Salud

Tipo de recurso humano	Cargo.	1993	1997
Medicina	Médicos generales	1	4*
Enfermería	Enfermera general	1	1
	Auxiliar de enfermería	2	2
Odontología	Odontólogo	1	1
Promoción	Promotores de salud	2	3**
Servicios generales	Aseadora	1	1
	Celador	1	1
	Técnico saneamiento	1	1
	Facturación	0	1
TOTAL		10.	15

* Médicos rurales, 2 con contrato con el municipio uno de medio tiempo y el otro de tiempo completo los dos restantes tienen contrato con Dasalud, uno de ellos es al mismo tiempo director médico.

** El contrato de un promotor es con el municipio, los dos restantes son con Dasalud.

Fuente: Centro de Salud de Tubará.

No existe administrador y la mayoría de los contratos se realizan con Dasalud, en carrera administrativa se encuentran la enfermera jefe y dos promotoras. Los requerimientos más urgentes del centro son: Una ambulancia, un laboratorio clínico y un teléfono (no existe). Pero el principal problema es que la Secretaria de Salud Municipal no cuenta con recurso humano, físico ni financiero.

³ En el gobierno del alcalde Baldomero Barraza se realizaron las gestiones para lograr esta inversión, así mismo amplió el horario de atención al público en el Centro hasta las 9 p.m.

Según el Plan Local de Salud, los factores condicionantes de las principales enfermedades que afectan la salud de la población son los relacionados con el nivel cultural y de educación en salud, socioeconómico y el factor institucional, especialmente por la falta de promoción y prevención en salud y la falta de dotación física para atender las necesidades en salud de la comunidad, siendo de estos lo más importante la falta del laboratorio clínico que permita detectar y controlar las enfermedades infecciosas (IVU, Enfermedades parasitarias, EDA. Y otras como la anemia); la falta de la ambulancia para atender urgencia y la falta de equipos y personal disponible para la atención del IRA.

Actualmente el Municipio está conformando el comité de usuarios de los servicios de salud, por representantes de la comunidad y las madres comunitarias, quienes vienen trabajando en la calidad de los servicios que presta el centro de salud y en defensa del usuario. Sin embargo, la participación de éstos es muy tímida, parece que solo fuera la figura sin funciones.

1.3. Dirección local de salud

A pesar de que mediante Acuerdo del Concejo de 1996, el municipio asumió la dirección y prestación de los servicios de salud, aún no se alcanza la descentralización efectiva y el centro de salud no se ha transformado en ESE, al parecer porque no se ha dado la voluntad política necesaria por parte del Departamento Administrativo de Salud del Atlántico, DASALUD, para llevar a cabo dicha labor, pero al mismo tiempo se perciben dificultades relativas a falta de capacidad por parte de la administración local; no obstante, de acuerdo con la opinión de funcionarios locales, con el cambio de administración en DASALUD dicha institución parece que se pretende que todos los municipios se certifiquen y se lleve a cabo la transformación de hospitales en ESE, eso sí cumpliendo con todos los requisitos necesarios previamente.

El Acuerdo 08 de marzo de 1995 del Consejo Municipal, crea el Fondo Local de Salud cuyo objetivo es facilitar el eficiente y oportuno recaudo, asignación, contabilización, administración y control de los recursos para financiar la dirección y prestación de servicios de salud por parte del Municipio. Los ingresos y egresos del Fondo se consolidan en el cuadro 1.

Los trámites para la descentralización se están realizando; la documentación se encuentra en Dasalud, en donde se estudia si el municipio está en capacidad o no de la certificación. La presentación de la papelería ha sido un proceso complicado, ya que desde la creación de una DLS se exigió una cantidad de información que el municipio no disponía (información de morbilidad, condiciones de la población), incluso Dasalud devolvió la papelería varias veces por no estar acorde con lo que se exigía. El Plan Local de Salud se comenzó a diseñar desde mayo de 1997, previamente ya se había capacitado al personal para trabajar en este. Llevan año y medio tratando de descentralizarse.

Para la elaboración del plan se necesitaba la ayuda de la comunidad, lo que dificultaba el trabajo pues muchas veces las personas no asistían, otros problemas radicaban en la carencia de equipos y de secretario de salud y los problemas organizacionales.

No existe una oficina de atención a la comunidad para canalizar y resolver las necesidades de las personas y concertar con ellas las posibles soluciones y controles al

Plan Local, están creados pero no se encuentran activos los comités y veedurías de participación ciudadana.

Fondo local de salud: Ingresos y egresos.

INGRESOS	EGRESOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. El situado fiscal para la salud. 2. Los aportes nacionales diferentes al situado fiscal que se apropien directamente al municipio para financiar o cofinanciar programa de Seguridad Social en salud. 3. Las rentas y aportes que se cedan o asignen al municipio para programas de salud en el presupuesto departamental. 4. El valor por concepto de tasas o derechos por la expedición de permisos, licencias, registros y certificaciones fijadas por la DLS y que se destinen al sector salud. 5. Los recursos provenientes de la explotación del monopolio de los juegos de suerte y azar administrados por ECOSALUD. 6. Las sumas recaudadas por los conceptos de explotación o impuestos generados por rifas cuya concesión o permiso corresponda al alcalde Municipal, según artículo 42 de la ley 10 de 1990. 7. Los impuestos por concepto de circulación de boletas de rifas. 8. Las demás rentas y recursos que se generen para el municipio con destina a la salud de conformidad con la ley. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El pago de salarios y honorarios a médicos, enfermeras, promotores y demás personal técnico y profesional, cuando hubiere lugar sus prestaciones sociales y su afiliación a la Seguridad Social. 2. El pago de subsidios para el acceso de la población con NBI a la atención en salud, acceso a medicamentos esenciales, prótesis, aparatos ortopédicos y al sistema de seguridad social en salud. 3. Estudios de preinversión e inversión en construcción, dotación y mantenimiento de infraestructuras hospitalarias a cargo del municipio y de centros y puestos de salud. 4. Vacunación, promoción a la salud, control y vigilancia del saneamiento ambiental y de los consumos que constituyan factor de riesgo para la salud. 5. Financiación de programas nutricionales de alimentación complementaria para grupos vulnerables. 6. Los gastos necesarios para la prestación de salud básica , el plan materno infantil, el plan obligatorio de salud subsidiado y todo aquello que le competa al municipio hacer. 7. Los gastos de las instituciones prestadoras de servicio de salud que no funcionen como dependencia de la DLS y que no se hubieren descentralizado. 8. Los contratos par las prestaciones de servicios con entidades públicas y personas o entidades privadas, teniendo como base el régimen de tarifas. 9. Los gastos propios de la DLS como ente que asume es Sistema Municipal de Salud de acuerdo a la Ley 60 y 100/1993.

Fuente: PLS municipal de Tubará

2. Implementación del régimen subsidiado

2.1 Identificación y clasificación

La alcaldía contrató una firma para realizar las encuestas relativas al SISBEN; los encuestadores eran grupos de bachilleres de los últimos años a los que se les impartió la capacitación (mayo 1995) y, al finalizar esta fase, se procedió a aplicar la encuesta afrontando la dificultad de que una gran parte de la población que es pobre y vulnerable se encuentra en la zona rural, bastante dispersa. Posteriormente, argumentando la precariedad de los resultados obtenidos, el municipio asumió este proceso y las encuestas se empezaron a aplicar en la cabecera municipal; en cuatro meses se había realizado un barrido completo, por lo menos en esta zona, identificando 6.700 beneficiarios. Para 1998 se piensa realizar otro barrido.

Un problema que se presentó en la fase de la identificación fue que el puntaje colocaba a la zona urbana en un nivel 1 y a la zona rural en un nivel 2, lo cual no es lógico pues la zona rural es la más pobre. La ley establece que se debe afiliarse en primer lugar a los niveles 1 y 2 para pasar a afiliarse después el nivel 3; se llegó a dar el caso de personas en la zona rural con nivel 3, siendo mucho más pobres que las personas de la zona urbana. Parece que esto se debe a que los funcionarios del SISBEN no saben cómo clasificar la

información no formal, dado que no aparece en la encuesta y que puede llegar a ser muy importante.

Otros problemas referidos en el municipio son los siguientes :

- Hay hombres que tienen 2 esposas que viven en municipios distintos y como no existe red entre los municipios que permita establecer si la familia ya esta carnetizada, se dan duplicidades.
- La población rural es muy dispersa y existe mucha población flotante que se queda sólo algunos meses; entonces, en el momento de entregarle el carné no se encuentra.
- Aumentan las dificultades para entregar los carné por las precarias vías de comunicación para llegar a la zona rural y no disponer en el municipio de medios para poderse transportar
- La verificación técnica de la información no se ha realizado, los encuestadores tenían supervisores pero controles no se han realizado.
- El personal no es suficiente, se necesitan más encuestadores, un digitador y personal para atención al público ; hasta el momento solo cuentan con el director y una secretaria. Además, el personal de la oficina no es estable, se espera crear una planta fija.
- Existen reclamos por parte de las personas no identificadas, pero son más los reclamos de las personas que no están conformes con el nivel en el que quedaron, a quienes se les hace de nuevo la encuesta y cambian los puntajes, favoreciéndolos en la gran mayoría de los casos.
- A principios de 1997 se estableció que la información contenida en la base de datos del programa presenta varios errores; el cambio de los datos y la inclusión de nuevas personas es una operación que requiere de cierta ilustración y de algunos mecanismos de validación y el administrador del SISBEN solo tiene algunas referencias, pues la capacitación que debía recibir al respecto no se había realizado y los manuales que explican esta operación no se encontraban disponibles en la Alcaldía, ante las solicitudes de estos a Dasalud la respuesta era que sólo se entregarían en el momento de la capacitación y no antes.

Se ha venido actualizando la información por demanda de servicios, se hace la visita a la casa para realizar la encuesta nuevamente, y por primera vez en el caso de los que no se han encuestado, en 1997 se revisaron encuestas en las veredas y corregimientos y se hicieron 180 más por petición de las personas

Identificación población por niveles 1997

Nivel	1	2	3	total
Total	2914	3120	2305	8339

Fuente: Oficina SISBEN

1.2 Selección y afiliación

En este municipio se dió el mecanismo de EPS transitoria, de lo cual solo se menciona por parte de los funcionarios locales que se hizo traslado de las transferencias de inversión social a Dasalud y este, a su vez, realizó giros al centro de salud, con lo cual fue posible iniciar la ampliación de la planta física y el personal, y al hospital de Puerto Colombia; sin embargo, no se tiene conocimiento sobre un mecanismo expedito de afiliación al organismo transitorio y, mucho menos, sobre la facturación de servicios.

En 1996 se hizo convocatoria abierta para las ARS, a la cual se presentaron Comfamiliar, Unimec y la ESS Futuro Piojó. En la actualidad se dice que Unimec y Futuro Piojó no prestan bien los servicios y, en consecuencia, la gente se está cambiando para Comfamiliar, quien hace presencia en el municipio con promotores, realiza reuniones de capacitación y educación a las personas en lo referente a salud.

El mecanismo de comunicación al afiliado en 1996 fue, en primera instancia, la publicación del listado en la alcaldía; luego se convocó a reuniones y se entregó el carné en la parte urbana y en los corregimientos pequeños se hizo a través de inspectores de policía.

Afiliados al régimen subsidiado, 1997
Número de personas - millones de pesos

ARS	No. Afiliados	ICN	SF	Fosga
Comfamiliar	752	33.6	15.9	25.8
Mutual futuro Piojó	611	26.8	13.0	21.0
Unimec	487	21.8	10.2	16.7
Total	1850	82.8	39.1	63.5

Ninguna de las ARS tiene sede en el municipio. En 1996 se afiliaron a UNIMEC las primeras 487 personas por \$24.807.751 (sept-abril de 1997) ; después, con Futuro Piojó en 1997, 611 personas por \$66.271.504, luego ; con Unimec se hizo una ampliación del contrato de las 487 personas (abr-may 1997). El contrato con confamiliar para 1996 fue por \$40.446.540 y para 1997 -ampliación del contrato- de \$81.564.928. Para 1997 al Régimen Subsidiado se encuentran inscritas 1850 personas, así: UNIMEC 487, COMFAMILIAR 752, FUTURO PIOJO 611. Comfamiliar tiene previsto afiliar 1.000 personas adicionales con recursos propios ; sin embargo, en la actualidad no se han seleccionado estos nuevos 1000 beneficiarios del RS (esto sería ampliación de cobertura). Se afiliaron 59 personas más con recursos del municipio en 1997⁴; además, el alcalde consiguió los recursos para afiliar otras 1000 personas, el proceso de selección no ha terminado.

3. Actores

3.1. ARS

◆ La ESS Mutual Futuro Piojó

Cuenta con varios centros de atención de primer nivel en varios municipios, factor que facilita a los afiliados de ciertas zonas el acceso a los servicios. La dificultad se presenta con los afiliados que acuden al Centro de Salud del municipio, pues aunque reciben atención médica existen problemas para adquirir las medicinas formuladas ya que no existe una oficina a donde dirigirse a solicitarlas. Algunos funcionarios de esta empresa se han acercado al Centro de Salud para informar acerca de los servicios que presta. Además, no presta el servicio del laboratorio clínico argumentando que esto se debe a que el Centro de Salud no lo posee. El centro de salud no tiene capacidad para ofrecer todos los servicios del POS-S, motivo por el cual la UPC a la cual contrata con las ARS es aproximadamente del 42%. Los afiliados a esta ARS dicen que UNIMEC tiene la culpa de no prestar un buen servicio.

◆ UNIMEC S.A

Posee una red prestadora de servicios limitada, dificultando a algunos de sus afiliados el acceso a los servicios. La A.R.S no ha realizado ningún acercamiento a sus usuarios y estos solo cuentan con la información que sobre la entidad recibió la Alcaldía al momento de comprometerse a entregar los carnés. A enero de 1997 no habían realizado ninguna jornada de promoción y prevención, también se presentaron algunos problemas para adquirir los medicamentos estipulados en el POS-S, debido a la falta de información. En

⁴ \$4.561.548 del Situado Fiscal transformado en demanda.

cuanto a otros aspectos como suministro de listados, corrección de los carné, la entidad ha mostrado su interés para colaborar.

◆ Comfamiliar del Atlántico

Presta un excelente servicio a sus afiliados, cuenta con una amplia red prestadora de servicios y hasta el momento es la única A.R.S que ha realizado reuniones con la población carnetizada para informarles sobre los procedimientos para la atención en salud, los deberes y derechos que poseen dentro del sistema, ha mostrado su interés en el momento de solucionar cualquier problema a los afiliados (corrección de carne, suministro de medicamentos) e incluso ha ubicado su propia oficina en el municipio para una mejor atención.

De las ARS la que mejor ha funcionado en términos de la información a la comunidad acerca de los servicios es Confamiliar; además, cumple adecuadamente con los servicios de promoción y prevención. Entretanto, UNIMEC tiene dificultades con los convenios, no incluye los servicios de laboratorio, farmacia, promoción y prevención argumentando que el contrato con el centro de salud no lo estipulaba, esto ha ocasionado que muchos usuarios se trasladen de UNIMEC a Confamiliar, en general con UNIMEC se presentan los mayores problemas, aducen que como la alcaldía no les paga cumplidamente, entonces a ellos se les dificulta garantizar la prestación de los servicios.

En 1996, los carné los entregó la alcaldía para UNIMEC y Piojó; para Confamiliar se realizó una reunión, después se entregaron en la periferia y luego puerta a puerta. Para 1997 la gente acudió a la oficina del SISBEN por su carné, en la que se evidenció el desconocimiento de las personas acerca de sus derechos y deberes. Todos los afiliados están carnetizados pero no todos lo han recibido, las novedades se reportan constantemente (fallecimiento, no se encuentran las personas) se han llegado a presentar 120 carné por novedades en el caso de Futuro Piojó. La carnetización en 1998, de acuerdo a la ley la debe asumir la ARS, en 1997 no hubo claridad en este sentido.

Estado en la entrega de los carne a los beneficiarios

Futuro.	Carne/zona	Cabecera mcpal	Zona rural	Zona rural disper
	Total	14	390	207
	Entregados	14	362	64
	Por entregar	0	28	143
Confamiliar	Carne/zona	Cabecera mcpal	Zona rural	Zona rural disper
	Total	641	674	437
	Entregados	641	666	411
	Por entregar	0	8	26
UNIMEC	Carne/zona	Cabecera mcpal	Zona rural	Zona rural disper
	Total	0	337	150
	Entregados	0	337	124
	Por entregar	0	0	26

Fuente: Informe parcial sobre la condición actual de la oficina del SISBEN y actividades realizadas, 1997.

El cobro de la prestación de los servicios se hace a través de facturación que comenzó en el mes de enero de 1997 y no cobran copagos. Con los usuarios que no traen carné ni dinero⁵, ingresan al Centro de salud como vinculados. Las ARS, por su parte, realizan interventorías al Centro de Salud evaluando la calidad en la prestación de los servicios.

No existe claridad acerca de la modalidad de contratación entre el Centro de Salud y las ARS, lo cual puede atribuirse en parte a la dependencia administrativa y presupuestal del primero con respecto al hospital de Puerto Colombia. Es así como mientras se dice que se contrata una capitación equivalente al 42% de la UPC-S, lo cual implicaría unos

⁵ La población es de muy bajos recursos, pertenecientes al estrato 1 y 2, no tienen dinero ni para el copago.

ingresos por este concepto de \$50 millones aproximadamente, en el presupuesto del Centro apenas se registran \$5 millones por rentas propias en 1997.

Por otra parte, se destaca el aumento en el número de consultas del hospital que no se corresponde con la realidad del municipio, a no ser que de verdad se estén subsanando problemas graves de cobertura. Sin embargo, no se entiende cómo mientras por cada persona afiliada al régimen subsidiado existen unas 3 vinculadas, el número de consultas en uno y otro caso no presentan grandes diferencias para el acumulado en 1997.

Para la mayoría de las personas entrevistadas, ha mejorado el acceso de la población pobre a los servicios de salud con su afiliación al régimen subsidiado pues se observa una mayor afluencia de personas al Centro de Salud, mejorando así su estado de morbilidad porque antes solo tenían recursos para utilizar los servicios de consulta y ahora también pueden acceder a los diagnósticos; la población subsidiada está utilizando año a año más los servicios reflejado en el aumento de la facturación.

Facturación Centro de Salud Tubará, 1997

Periodo	Total servicios prestados*	Régimen subsidiado	Vinculados**
Enero	330	272	58
Febrero	499	184	315
Marzo	592	222	370
Abril	610	199	411
Mayo	591	218	373
Junio	379	152	227
Julio	900	373	527
Agosto	825	377	448
Septiembre	870	406	464
Octubre	932	444	488
Noviembre	1006	458	548
Total	7534	3305	4229

*Incluye los servicios que presta el hospital

**El centro de salud no presta servicios al régimen contributivo

Fuente: Centro de Salud Tubará, sección facturación.

Existe en el municipio una figura conformada en 1995: los veedores, capacitados por Dasalud y cuyas funciones son: explicar a la población sobre el SISBEN, avisarle al director del SISBEN sobre las personas que no han sido encuestadas, visitar el Centro de Salud para observar cuál es el tratamiento y los servicios prestados, explicarle a las personas que tienen seguridad social por qué fueron expulsadas del sistema. En general, atienden todo tipo de problemas relacionados con el funcionamiento del SISBEN, deben reunirse periódicamente y Dasalud se encarga de capacitarlos pero hace 6 meses que no se reúnen; realmente, según lo expresan empleados del hospital y de la administración municipal, la participación de los veedores es muy tímida.

A propósito el informe presentado por la veeduría del SISBEN en el año de 1997 es bastante pobre en información y en términos de resultados lo que verifica lo anterior.

A través de las pocas funciones realizadas por la veeduría del SISBEN, encuentran muchos casos de carné repetidos pero ya han solucionado el problema. En cuanto a las ARS, de nuevo se destaca la función de Confamiliar que reúne a todos los afiliados miércoles a las 2 pm para promoción y prevención. Sin embargo, Confamiliar no entrega medicamentos en Tubará y a los beneficiarios les toca ir a reclamarlos a Barranquilla.

Los beneficiarios al principio no daban la información correcta por desconocimiento del objetivo de la encuesta, ahora dan la información fidedigna porque existe un mayor conocimiento del sistema y los veedores se han encargado de aumentar el grado de conciencia. Uno de los logros de la veeduría fue que el SISBEN encuestara a las familias del 98% de los niños de hogares comunitarios que son muy pobres y no se habían considerado.

Los veedores, conscientes de la importancia de la correcta y transparente focalización en el sistema de selección de beneficiarios, han presentado algunas quejas por causa de la corrupción administrativa en su entorno local, que da origen a focalizar a personas de estratos más bajos, aunque la gran mayoría vive en estratos socioeconómicos 1 y 2 algunos de estos casos se han detectado y corregido pues las anomalías se debaten con las personas encargadas del manejo del SISBEN y si es posible en presencia de Dasalud para mayor claridad. Los veedores se muestran satisfechos ante la propuesta para 1998 de Dasalud de capacitar alcaldes y concejales a fin de que manejen clara y profundamente junto con la población objetivo el sistema de selección de los beneficiarios.

4. Conclusiones

La situación presentada en este municipio permite mostrar una evidencia empírica acerca de los pocos alcances que tiene el sistema de seguridad social en salud en localidades con niveles de pobreza altos, con población dispersa y dificultades en cuanto a vías de comunicación. Igualmente, puede verse restricciones relativas al desarrollo institucional y barreras de tipo cultural, sumadas a las propias dificultades derivadas del diseño del sistema.

- Qué pasa con la descentralización?:

En Turabá no se han dado las condiciones para realizar la municipalización de la salud, lo cual se atribuye en buena medida a razones políticas de parte del nivel departamental y a la falta de preparación de la administración local; además, se destaca la dependencia administrativa y presupuestal con respecto al hospital ubicado en otro municipio.

- Los resultados generales de la reforma a nivel local:

A pesar de lo anterior y como un efecto positivo de la Ley 100, en el centro de salud se han efectuado ampliaciones importantes en planta física y personal para la asistencia médica. Pero como contraste adicional, la afiliación de población pobre al régimen subsidiado apenas llegaba al 30% en 1997 y no se conoce la manera como se va a soportar financieramente la atención de la población vinculada, ni mucho menos sobre el proceso de transformación de recursos; igualmente, las cifras reportadas en 1997 sobre consultas realizadas parecen infladas y no dan cuenta de lo que sucede en la realidad.

El alcalde electo para el período 1998-2000 recoge estos problemas y aspira afiliar por lo menos a toda la población perteneciente al nivel 1 y adelantar la descentralización. Por otro lado, manifiesta su inconformidad sobre la manera como se vienen asignando los recursos, con apego a la Ley; a nivel local, si el municipio quiere hacer una inversión en salud no es posible, ya que de 100 millones disponibles, 60 deben ser para el régimen subsidiado y el resto de libre asignación que se utiliza para el pago del personal médico y paramédico para las jornadas preventivas y para la atención de desastres. La idea es que además de afiliar la población pobre se puedan realizar otras inversiones, pero los recursos son escasos.

- Las dificultades relativas al SISBEN:

La estrategia de focalización mediante la aplicación de la encuesta del SISBEN, su procesamiento y alimentación permanente, presenta serias dificultades en el municipio, repercutiendo desfavorablemente sobre la prestación de servicios y la situación del hospital. Para las personas encargadas de la oficina en el municipio, las cuales reconocen falta de preparación y recursos insuficientes, los puntajes resultan distorsionados y no logran explicar cómo una persona de la zona rural resulte con niveles socioeconómicos superiores a los presentados en la zona urbana; además, se mencionan cuestiones relativas a la cultura de la costa, como la población flotante, la conformación de varios hogares por un mismo hombre, fenómenos que no logran ser capturados y son causa de duplicidades y afiliaciones que no se traducen en la entrega de carné a los beneficiarios identificados.

También resultó problemático el esquema adoptado inicialmente para aplicar la encuesta, mediante contrato con una firma privada. Al considerar en el municipio que se realizaba

un trabajo precario, fue necesario tomar el proceso directamente y en muchos casos repetir la encuesta y procurar atender a la zona rural que estuvo descubierta al comienzo.

- EPS transitoria y transformación de recursos: un par de mitos

Las personas entrevistadas en este municipio mencionan estos dos procesos como una cuestión sobre la cual apenas se conoce el nombre y se traslada su responsabilidad hacia organismos superiores, concretamente el departamento, si se tiene en cuenta además que no se ha llevado a cabo la descentralización. Si bien se dice que la EPS transitoria operó, no existen datos que permitan dar cuenta de sus resultados pero tampoco se es consciente de cuáles fueron sus beneficios y principales problemas; en resumidas cuentas, excepto que se hayan desembolsado recursos para mejorar las condiciones del centro de salud, es difícil saber con precisión qué pasó.

Igual cosa sucede con la transformación de recursos; en este caso ni siquiera se encontró alguien que pudiera identificar al menos el problema y en cualquier caso se trata de una decisión ejecutada por Dasalud siguiendo las disposiciones de la Ley 344.

- Aseguramiento y prestación de servicios:

Ya se mencionó sobre los pobres resultados en cuanto a la afiliación al régimen subsidiado, en cuyo proceso participan tres ARS, una privada, una caja de compensación familiar y una empresa solidaria constituida en otro municipio. En general, se observan problemas realmente complejos que ponen en duda la efectividad del nuevo sistema en un municipio como este: en primer lugar, el bajo número de personas afiliadas por cada organismo deja ver problemas relativos a los costos en que se incurre desde el punto de administrativo, tanto por las labores de cada uno de ellos para afiliar población como por parte del organismo prestador para realizar los contratos, facturación y cobro a cada uno; sin embargo, como lo muestra el caso en pequeña escala, se observan las ventajas de la competencia en cuanto a la posibilidad que tiene la gente de cambiarse de una ARS a otra.

En segundo lugar, se encuentran disparidades en los servicios ofrecidos entre ARSs, lo cual parece explicado más bien por las condiciones de oferta del centro de salud, en lo cual sale bien librada la caja de compensación precisamente por ofrecer promoción y garantizar el suministro de medicamentos; en los otros casos, no existe capacidad para ello y el centro de salud, para todos los casos, tampoco ofrece los servicios de ayudas diagnósticas.

En tercer lugar, existen dificultades en cuanto a los flujos de recursos, lo cual amenaza la continuidad en la afiliación y en la prestación de los servicios.

Por último, en forma similar al ítem anterior, no es convincente la manera como se maneja en el municipio el asunto de las formas de pago y también lo relativo a la facturación. En especial, aunque se habla de la capitación en el régimen subsidiado, no se encuentra respaldo de los ingresos y el presupuesto del centro de salud sigue siendo manejado como en el pasado.

- Y...qué hay del acceso?:

Para la mayoría de personas entrevistadas, el acceso de parte de los pobres a los servicios de salud ha mejorado lo cual, para ellas, se manifiesta especialmente en la

posibilidad de recibir medicamentos y ayudas diagnósticas. Sin embargo, no se ofrece información confiable para validar esta afirmación.

Una consideración analítica sobre la implementación del régimen subsidiado en este municipio enseña que ciertamente se estarían produciendo algunos hechos favorables al acceso por parte de los pobres, pero que aún existen restricciones importantes y que tal vez el tratamiento en este tipo de casos deba ser distinto a la manera estándar como se pretende aplicar en todo el país. Es así que mientras se ha dispuesto de recursos para afiliarse a un 30% de la población potencial al régimen, sin que tampoco exista seguridad sobre el número y la ubicación de los pobres, la prestación de los servicios del POS-S se ve obstaculizada por un portafolio inadecuado de parte del centro de salud y de la distancia que hay en muchos casos desde la residencia hasta este organismo, cuando no es necesario viajar a Puerto Colombia o Barranquilla a recibir servicios o medicamentos.

Por otra parte, los problemas de información y las características sociales y culturales de esta población, con índices importantes de migración, conformación de hogares muy particulares y la incidencia de personas desplazadas por la violencia, amerita un tratamiento diferente al establecido en el nuevo sistema.

La experiencia que viene adelantando la ARS Comfamiliar resulta atractiva para ser evaluada a la luz del comentario anterior, toda vez que tiene presencia en el municipio a través de promotores de salud, realiza reuniones de capacitación y educación a las personas en cuanto a salud; además, la adopción de equipos extramurales y brigadas de atención podría reforzar este propósito.

Anexo

1. Resumen de los resultados (esquema)

1. Ajustes institucionales

Creación DLS:	Creación FLS: En 1995 se crea el FLS.	Transformación hospitales en ESE: El puesto de salud no se ha transformado en ESE.	Certificación: A pesar de que mediante un Acuerdo de 1996 asumió la dirección y prestación de los servicios el municipio no se ha descentralizado.
----------------------	---	--	--

2. Encuesta SISBEN

Inició en 1995 con un barrido en la zona urbana. Inicialmente la aplicación fue contratada con una persona natural pero posteriormente la asumió el municipio.

3. Afiliación ARS

EPS-T: Operó el mecanismo de EPS-T sin beneficios importantes	Convocatoria ARS: En 1996 se realizó una convocatoria abierta, donde se seleccionaron Comfamiliar, Unimec y la ESS Futuro Piojó.	Elección: La elección fue libre aunque frente a la dificultad en la prestación de los servicios por parte de Unimec y Futuro Piojó se ha hecho presión para que se cambien para Comfamiliar.	Contratación: En 1996 se afiliaron a Unimec 487 personas. En 1997 se afiliaron a Futuro Piojó 661. En la actualidad hay 1850 personas afiliadas que corresponden al 30.6% de los niveles I y II del Sisben.	Renovación contratos: En abril de 1997 se renovaron los contratos por un año adicional.	Carnetización: Como es una zona bastante dispersa se han presentado dificultades para entregar todos los carné.
---	--	--	---	---	---

4. Servicios y recursos

Oferta de servicios RS en la ciudad: Los servicios se prestan en el puesto de salud local. Este puesto no cuenta con los servicios de un I nivel de atención. Se han realizado algunas adecuaciones en la infraestructura física del puesto de salud.	Recursos (millones de pesos): 1997: Fosga: 63.5; ICN: 82.2; SF 39.1 % Fosga 1997: 34.4; ICN 1997: 44.4	Servicios prestados: Se prestan los servicios del POS-S. con cuestionamientos por no suministrar medicamentos y por la precariedad en el puesto de salud pues no cuenta con hospitalización
---	---	---

5. Bondades y dificultades del RS

Bondades:	Dificultades:
<p>-Algunas personas pobres pueden acceder a los servicios por lo menos de alto costo</p>	<p>-No prestación de los servicios de promoción y prevención por dificultades financieras del hospital. -Politización del SISBEN y de la implementación del RS. -Recursos insuficientes para la afiliación de la población pobre. -La infraestructura hospitalaria tiene grandes dificultades para la prestación de los servicios -La metodología de la encuesta SISBEN como se realizó en el interior, presenta serias dificultades en la implementación para estos municipios de la costa.</p>

2. Entrevista con el alcalde electo 1998-2000 (principales puntos incorporados en el programa de gobierno).

Se debe destacar que el alcalde electo quiere darle una continuidad a los programas que se han venido desarrollando, sin embargo, es tiene claro que hay que mejorar en muchos aspectos y se le ve interés por hacerlo, tiene sentido de pertenencia sobre su municipio, motivo por el cual quiere hacer muchas cosas buenas por éste.

- Ampliación del R.S, por lo menos la totalidad de la población rural y urbana del nivel 1. la meta es para 1998 tener afiliadas a 3500 personas.
- Dada la inexistencia de puestos de salud en la zona rural, se compromete a construir unos dispensarios con el fin de que los médicos hagan las visitas respectivas a las veredas y tengan donde instalarse.
- Los médicos van tres veces por semana; el alcalde quiere ampliar cobertura, celebrando convenios con universidades para que los estudiantes que van a cursar el año rural en las carreras de la salud lo hagan a través de un convenio en el municipio de Tubará.
- Ampliar las visitas para las jornadas de vacunación y medicina preventiva.
- En lo que tiene que ver con la cabecera municipal es necesario conseguir recursos para la tercera etapa del Centro de Salud e incrementar el horario de atención al público, pues hasta el momento solo se atiende hasta las 9 p.m.
- Una meta importante es la descentralización del municipio, el nuevo alcalde piensa que el municipio cumple con todos los requisitos pero Dasalud siempre se los ha negado.
- Mejorar la educación y las campañas de prevención en salud, por ello son importantes la jornadas de vacunación, fumigación ect.
- Realizar seguimiento a las ARS para que cumplan con los objetivos propuestos.
- Las administradoras municipales no le han dado el manejo adecuado al R.S , el SISBEN no se aplicó bien, por ejemplo, en una vivienda habitan hasta 5 hogares y se califica como si todos tuvieran vivienda cuando solo es una familia la que tiene ésta.

Referencias

ALCALDÍA MUNICIPAL DE TUBARÁ. Plan Local de Salud 1997. Virginia Merlano de Arteta. Tubará, julio de 1997.

----- . Informe parcial sobre la condición actual de la oficina del SISBEN y actividades realizadas. Oficina del SISBEN, 1997.

----- . Plan territorial de desarrollo municipal 1995-1997. Alcalde municipal. Baldomero Barraza Molina, 1995.

----- . Tubará siglo XXI. Programa de gobierno Adolfo Rebolledo, alcalde municipal 1998-2000, Tubará, 1997.

Entrevistas:

Nohemi Rolong
Jefe de enfermeras del Centro de Salud de Tubará

Dario Cantillo
Director Centro de salud del municipio

Juan Pablo Algarín
Administrador del SISBEN

Adolfo Rebolledo
Alcalde electo de Tubará

Marta Vargas
Veedora Tubará.

Virginia Merlano de Arteta
Asesora en salud
Autora del PLS.

NOTA: Con el Director del Centro de salud, a pesar de tener una conversación muy rápida no se pudo concertar toda la información motivo por el cual se programaron varias citas con él, las cuales nunca cumplió.

Municipio de Soledad- Departamento de Atlántico

1. Caracterización del municipio

1.1. Descripción del Municipio

Soledad es una ciudad intermedia ubicada en el departamento del Atlántico, conforma un área metropolitana con su capital Barranquilla y posee una población de 300.000 habitantes aproximadamente. Los principales indicadores sociales disponibles ubican a la ciudad en una situación relativamente desventajosa respecto al promedio registrado en el país; el indicador de calidad de vida (ICV) es del 11% y el de necesidades básicas insatisfechas (INBI) es del 46.2%¹; estos indicadores, a nivel nacional, son 27.5 y 35.8, respectivamente. Por otro lado, la cobertura de servicios públicos domiciliarios a nivel urbano es: agua potable 92%, (con prestación irregular del servicio), aseo 71% y energía 97%². Por otra parte, según información del SISBEN, el déficit de viviendas es de aproximadamente 50%.

En cuanto a las condiciones de salud de la población, las afecciones respiratorias (IRA, asma, bronquitis y enfisema) ocupan la primera causa de morbilidad, seguida de enfermedad de piel y tejido subcutáneo y una tercera causa, la enfermedad hipertensiva que en el grupo etario 60 y más se constituye la primera causa. Para 1996, las cinco primeras causas de mortalidad fueron: cáncer, infarto del miocardio, hipertensión arterial, accidente cerebro vascular, insuficiencia cardiaca y paro cardiorespiratorio.

1.2. Oferta de servicios

- *Servicios públicos:* el Hospital Local, y adscritos a éste, 5 puestos de salud y un centro de salud.
- *Servicios privados:* el Centro Médico Hipódromo y la Clínica general de Soledad de segundo nivel de atención. También existen varios consultorios médicos, de laboratorio y de odontología particulares. Además existe Asomed una institución privada que presta los servicios de I nivel de atención

1.3. Dirección Local de Salud

El Acuerdo 023 de 1992 creó la Secretaría de Salud y por medio del decreto 154/1996 se organizó y reglamentó el funcionamiento del Fondo Local de Salud.

Es muy importante resaltar, según comentarios hechos por los mismos funcionarios y la comunidad, que los cargos solo se asumen por cuestiones políticas, pues a los empleados públicos se les tiene como "figura" para que firmen un papel, situación que es bien complicada en este municipio en donde "los líderes se quejan pero no se hace nada por solucionar las dificultades"

Además de lo anterior, lo cual implica cambios permanentes en el personal vinculado con la administración, la función pública se realiza de manera irregular debido a los paros; es así como los empleados estuvieron en cese de actividades a fines de 1997 porque no se

¹ DANE, Censo de 1993. Resumen nacional. XVI Censo Nacional de Población y V de Vivienda.

² Fuente: Plan Local de Salud. Municipio de Soledad, 1996.

les había pagado 2, 6 y en algunos casos 8 meses de trabajo. En el período que se visitó este municipio, en la oficina del SISBEN no se atendía a la población por dicho problema.

En un periodo de menos de un año (1997) hubo tres secretarios de salud, de los cuales uno de ellos tuvo que renunciar porque el Sr. alcalde no le dejó ejecutar el programa que éste había elaborado para ser desarrollado durante su gestión.

En términos generales, aunque desde el punto de vista formal fueron creados dos organismos necesarios para adelantar la municipalización de la salud, ellos no se ajustan al nuevo esquema planteado en la Ley 100, especialmente por la indefinición de funciones de dirección local de salud y tampoco se percibe la intencionalidad de cumplieron este proceso, lo cual se vio agravado recientemente por la imposibilidad de que la nueva administración hiciera empalme con la anterior³.

Por último, el sector salud percibe rentas propias mientras el situado fiscal lo recibe el departamento. El sector presenta deficiencia dentro de la organización en general, en el manejo y consecución de la información, en el pago oportuno del recurso humano. Además, hay limitaciones en el desarrollo de la gestión administrativa y de la comunicación intersectorial, deficiencia en el sistema contable de algunos puestos de salud y dificultades para la asignación de recursos económicos.

2. Implementación del régimen subsidiado

2.1. identificación y selección de Beneficiarios

Para el proceso de identificación de beneficiarios el alcalde contrató a la firma ACEM para aplicar las encuestas, la cual tenía contrato en varios municipios a nivel nacional ; los encuestadores eran bachilleres con previa capacitación sobre el manejo de la ficha y sobre cómo llegar a las diferentes viviendas, las encuestas se realizaron a nivel urbano en los estratos de vivienda 1 y 2 y en algunos casos del 3.

La encuesta se realizó a partir de junio de 1995, por un espacio de 6 meses. Para la directora del SISBEN (que inició labores en marzo de 1996), en realidad no se encuestaron las personas más necesitadas del municipio, fue una mala aplicación del instrumento de focalización. Además, la gente suministraba mala información y, adicionalmente, la información recogida por la encuesta no apunta a la focalización máxime si se considera que no hubo discriminación por regiones. No se debe pagar por encuesta porque se hacen las encuestas mal hechas para poder hacer muchas ; se debe hacer por períodos de tiempo.

Una de las dificultades que surgió de la adopción del SISBEN fue que los fundadores de la ESS debían estar en el RS ya que es gente muy pobre y necesitada, y solo están el 60%. Los puntajes obtenidos a través de las encuestas realizadas fueron muy altos; si se hace de nuevo la encuesta, en la gran mayoría de los casos el puntaje baja. El trabajo por la firma Fudesco fue muy mal hecho, hubo falta de capacitación para los encuestadores no sabían qué era el SISBEN ; además, no sabían explicar lo relacionado con la ficha.

³ Este conflicto, entre dos grupos políticos y que resulta traumático cuando ni siquiera se permitía el ingreso a la alcaldía de la nueva alcaldesa, afectó el desarrollo de este trabajo al no facilitar el acceso a la administración y, por lo tanto, la información recolectada es precaria.

En una segunda etapa, a partir de agosto de 1997, se contrataron 8 encuestadores capacitados para realizar el barrido a nivel urbano; en este proceso se encuestaron 30 barrios, dejando de lado el trabajo de ACEM. Para 1998 se quiere realizar un barrido en todo el municipio ; sin embargo, son conscientes de las limitantes económicas que se tienen para hacerlo.

Logísticamente, la oficina del SISBEN no está dotada, los encuestadores a pesar de rendir les truncan el pago, entonces no tienen herramientas para hacerlo. Esperan que con la nueva alcaldesa se haga una buena gestión para hacer bien las cosas.

Corsasol ha pagado encuestadores para aplicar encuestas (el último realizado, próximos a la elección de alcalde; Corsasol aportó \$5.000.000). Sin embargo, los comentarios de los líderes del municipio apuntan a que solo se hizo aprovechando la situación coyuntural de las elecciones y este es el momento en que no se ha procesado la información recogida en las encuestas; aunque también lo justifican porque no han tenido los medios necesarios para hacerlo. Están las encuestas pero no se han digitado (no hay medios logísticos)

Problemas detectados por la administradora del SISBEN:

- Los formatos estaban almacenados en medio magnético. En diciembre de 1997 entraron a la oficina y se robaron toda la información.
- Falta de continuidad por parte de los actores: secretarios de salud, administración del SISBEN. En el período en que están solo aprenden muy poco, luego la persona que llega debe instruirse de nuevo.
- En la focalización por estratificación socioeconómica, existió la dificultad de la carencia de mapas y de acceso a muchas zonas.
- ACEM solo encuestaba en los barrios los hogares con peor apariencia y no se hacía un recorrido. Así, de los encuestados tenían 88.000 en estratos 1 y 2 y ninguno aparece con nivel 3 ó 4 por haber aplicado la encuesta a las zonas más pobres, adicional a que la población de Soledad la gran mayoría es muy pobre.
- Las personas encuestadas dicen mentiras, lo que ocasiona que muchas encuestas se hagan hasta 3 veces. Además, la encuesta para Soledad no mide la pobreza⁴; por citar un caso, se llegan a dar situaciones en donde un bachiller no trabaja, tiene 2 hijos y vive donde la mamá, entonces es registrado como bachiller y su puntaje le da alto.
- No se ha realizado ninguna verificación técnica de la información sobre la aplicación del SISBEN. Solo se hizo un control a los encuestadores y las encuestas defectuosas se repetían.
- Los encuestadores no son suficientes; además el contrato se firmó solo por 4 meses.
- Muchos reclamos por parte de los no encuestados. A estos se les debe hacer rápidamente la encuesta o una certificación por urgencia para que el hospital los atienda.
- Falta de educación y cultura por parte de los beneficiarios, que se aprovechan del subsidio que se les esta dando y quieren que se les solucionen todos los problemas como el del suministro de la droga que le corresponde a la ARS.
- Se han presentado aproximadamente 1000 casos de duplicidad, personas beneficiadas en 2 ARS.

⁴ Afirmación de la administradora del SISBEN en Soledad, Tania Córdoba quien lleva casi dos años en este cargo.

- El gobierno, antes de la implementación de la Ley 60, debió adecuar la oficina del SISBEN con todos los medios logísticos para que funcionara adecuadamente. Se debe exigir al alcalde excelente dotación. Hace falta papelería, cintas, máquinas de escribir, una oficina propia, un vehículo, una secretaria y un digitador.
- El alcalde no le ha dado al SISBEN la importancia que se merece. Además, no sabe qué es el SISBEN ni para que sirve, la alcaldesa entrante sí está enterada del sistema.
- En Soledad se presenta mucha migración, estas invasiones generan mucha demanda sin ningún tipo de planeación, se estima que en menos de 10 años se paso de 80.000 a 320.000.

Población identificada por el SISBEN a dic 11-96

Estrato	Vivienda	Familiar	Personas
1	8172	10046	39995
2	11825	14674	56737
Total	19999	24740	96740

De la entrevista a Gilberto Narvaéz, veedor del SISBEN, se extraen las siguientes consideraciones:

- El SISBEN no se ha manejado con una claridad suficiente, las personas que lo manejaron en su inicio no estaban preparadas.
- Las personas que manejan el SISBEN piensan que son mas importantes que la misma comunidad, esto hace que frente a las quejas de la comunidad se presente negligencia. Además, no brindan información clara y suficiente a la veeduría cuando esta es solicitada.
- La firma que realizó el SISBEN fue un desastre, las fichas se llenaban en cualquier esquina, sin tener la verdadera información de las personas. Esto es posible afirmarlo puesto que la veeduría realizó un barrido, por muestra, para contrastar la información. La firma contratista no rendía ningún tipo de informe, porque el municipio no les pagaba, lo que llevó a un deterioro de la efectividad del sistema; el resultado es que tan solo hay unos 16.000 beneficiarios cuando deberían ser aproximadamente 80.000. En este sentido el alcalde también ha tenido mucho que ver puesto que no ha invertido lo suficiente en el SISBEN, obstruyendo así los planes de cobertura⁵.
- Ineficiencia por parte de los gestores de las políticas: a un concejal se le preguntó qué era el SISBEN y no sabía.
- La Supersalud sancionó al alcalde por no destinar el dinero que debía invertir en el sector salud. La sanción consistía en que el municipio debía pagar una multa, no el alcalde que era el directo responsable.
- Todos los procedimientos que impliquen el gasto de dineros públicos en Soledad, son manejados de una forma "oscura". Los concejales son especialistas en cobrar las comisiones.
- Los gestores hablan de la normatividad y quieren hacer ver las cosas bien, pero la situación real es distinta, la gestión es pésima y lo peor es que en la actualidad no hay como cambiar las cosas, pues continúan las mismas situaciones y las mismas administraciones, pero con otros nombres.

De la entrevista a Julio Cesar Martinez de la liga de usuarios del Hospital Local, se extraen las siguientes consideraciones:

- A la identificación de los beneficiarios le ha faltado transparencia y controles.
- Los veedores no están haciendo el trabajo, sólo hay incentivos políticos, estos pertenecen a una misma corriente política, y benefician a sus amigos.

⁵ Acá se percibe que para la gente el SISBEN y el régimen subsidiado significan la misma cosa.

- Los directores de los hospitales no han abierto los suficientes puestos a la comunidad y todo lo tienen que hacer con derecho de petición; no ha sido posible acceder al presupuesto del hospital.
- Las personas que utilizan los servicios del hospital y que están en un estrato superior al 3, utilizan este servicio con la certificación; se debe hacer un control sobre esto.
- La liga de usuarios no tiene deseos de trabajar, lo que más bien le interesa es figurar, no se viene trabajando en beneficio de los usuarios de los servicios.

De la entrevista a la alcaldesa electa de Soledad. (abogada) Astrid Barraza se extraen las siguientes consideraciones:

- El programa de gobierno contempla la descentralización del municipio con un equipo de trabajo, en el que se cuenta con un secretario de salud.
- La nueva alcaldesa solicitará una revisión del SISBEN, también convertirá la Unidad Local de Salud "Hospital Juan Domínguez" en ESE (1 nivel), para lo cual se está tramitando las certificaciones correspondientes. Es consciente de todas las dificultades que tiene el hospital local dado que no tiene suministros, ni cómo ofrecer unos servicios óptimos a los usuarios, motivo por el cual piensa trabajar en éstos aspectos.
- Soledad no alcanza a una cobertura total con los recursos que posee para el R.S, sólo cubre 16.000 habitantes en una comunidad con más de 200.000 habitantes con NBI. Su meta es brindar a toda la población una seguridad social como lo establece la Ley 100.
- La alcaldesa no sabe en qué consiste la transformación de los recursos de oferta.

La implementación del R.S de salud como se ha venido realizando en Soledad no ha traído beneficios para la población, por la forma poco transparente que ha operado. La focalización no debe ser a dedo sino a través de evaluaciones que determinen quienes son los vulnerables.

2.2. Afiliación

Existen 16.695 personas afiliadas al R.S, 5000 de Caprecom, 5000 de Comcaja, 7095 de Corsasol. Los primeros contratos fueron en septiembre de 1996, los servicios se les prestaron en el hospital y Asomed presta algunos de los servicios del POS-S con problemas en algunas drogas que no eran suministradas. A los vinculados si tienen una emergencia se les hace la encuesta y se le da la certificación siempre y cuando queden en nivel I-II-III. No se ha presentado el caso de personas que queden con un puntaje superior a III. El hospital tiene que atender todas las urgencias. El cobro a los vinculados los factura al Situado Fiscal. Los copagos los cobra el hospital, esto está bien pues se debe controlar la utilización del servicio.

La vigilancia y control del régimen subsidiado es ejercida por 42 veedores de los diferentes barrios quienes realizan reuniones cívicas con la administración del SISBEN (es muy tímida por no decir que nula).

Aunque en general se comenta que se ha presentado un aumento importante en el acceso de los pobres a los servicios de salud, especialmente en relación con los servicios más complejos destinados a atender las enfermedades de alto costo, no existe información que dé cuenta de este hecho.

Un aspecto que puede señalarse como alarmante, se refiere a las demoras en los pagos efectuados a las ARS, hecho que pone en peligro la continuidad del aseguramiento y la

estabilidad financiera del hospital y los centros de salud. Además, es notorio el bajo nivel de gastos adelantado por la ESS, lo cual sería un indicio de la disparidad entre la UPC-S y el POS-S, así como posibles duplicidades en afiliaciones y mala utilización del carné por falta de información.

**Afiliación al régimen subsidiado
1995-1997**

		Afiliados	ICN	FOSYGA	TRANS.	TOTAL	UPC	Duración
1996								
1. Sep 30/96	Comcaja	5000				247.88		6 meses
2. Sep 30/96	Coorsasol	5412				285.35		6 meses
3. Sep 30/96	Coorsasol	1284				63.50		6 meses
4. Sep 30/96	Caprecom	5000				248.72		6 meses
Total		15412				2897.51		
1997								
5. Abr/97	Comcaja	5000	394.26	42.32	105.74	542.32		12 meses
6. Abr/97	Caprecom	5000	394.26	42.32	105.74	542.32		12 meses
7. Abr/97	Coorsasol	5412	426.75	45.80	114.45	587.00		
7. Abr/97	Coorsasol	1284	101.24	10.87	27.15	139.26		12 meses
Total		16.696	1316.5	119.57	353.09	1810.9		12 meses

Fuente : Municipio de Soledad, Secretaría de Salud.

ESS

De acuerdo con los estados de pérdidas y ganancias de la ESS, en 1996 se obtuvo una utilidad de \$59.6 millones, y en 1997 (enero-septiembre) de \$167.4 millones ; si se hace una comparación entre los ingresos relativos a la UPC-S y los costos del plan, el gasto asciende al 28% de la UPC-S en el primer año y al 45.9% en el segundo.

ESS Corsasol : Estado de pérdidas y ganancias 1996,1997
(Cifras en millones de pesos)

	1996	1997
Ingresos		
1. Ingresos Operacionales	107.9	471.8
UPC-S	103.0	387.0
Otros	4.9	84.9
2. Ingresos no Operacionales	19.6	31.3
Total ingresos	127.5	503.2
Gastos :		
1. Gastos operacionales	38.6	157.9
2. Costos (POS-S)	29.3	177.8
Promoción y prevención		
Consulta médica general	12.0	113.4
Consulta odontológica	0.1	9.1
Hospitalización no quirúrgica	3.6	29.2
Transporte	0.3	0.8
Reaseguro	10.2	25.3
Total Gastos	67.9	335.7
Utilidad	59.6	167.4

3. Actores

3.1. ARS

♦ Empresa Solidaria de Salud Corporación Salud para Soledad -Corsasol-

La ESS Corsasol surgió en el contexto de la política del presidente Gaviria que buscaba impulsar este tipo de organizaciones. La Fundación para el Desarrollo de la Educación en Colombia, Fudesco, fue quien los capacitó y se crearon convenios entre Municipio, Departamento y Nación. Para la conformación de la ESS, el Ministerio de Salud aportó \$150 millones y el Municipio \$30 millones. Como contraprestación, la ESS se comprometió a prestar los servicios de salud a sus asociados; 5.000 fueron los

fundadores como lo establecen las normas, lo cual viene haciéndose en el marco de la Ley 100, empleando la red de servicios de la ciudad y de Barranquilla y contratando con cada organismo por servicios prestado.

Aunque la empresa se constituyó en Diciembre de 1995, sólo comenzó a funcionar en abril de 1996 y para lograrlo fue muy difícil conseguir toda la papelería; además, los dineros no fueron entregados en el tiempo debido y aún se posee un monto considerable de cuentas por cobrar. Desde el principio, el alcalde no se identificó con el proceso para entregar los 30 millones de cofinanciación del municipio, después de pasado un año se detectó desvío de estos recursos a otras cosas.

La ESS ha tenido muchas dificultades para salir adelante. La más importante de ellas está relacionada con el alto nivel de corrupción que existe en Soledad. Para las directivas de la ESS, la política del alcalde es acabar con Corsasol porque éste tiene una EPS privada y maneja la negociación con la ARS.

Para su funcionamiento, la ESS cuenta con una planta de personal de 29 empleados: tres médicos, tres enfermeras, un auxiliar, seis promotores, un psicólogo, un nutricionista, un odontólogo, una trabajadora social y, el resto, personal de apoyo administrativo y servicios generales.

Contratos ESS 1997

Municipio	No. de afiliados	valor contrato
Soledad Contrato 065	400	39.770.133
Soledad Contrato 080	5.412	587.007.168
Soledad Contrato 088	1.282	139.267.726
Malambo Contrato 086	138	9.978.668
Total	7.232	776.023.695

Fuente : ESS Coorsasol.

La inscripción a la ESS se ha hecho por asignación forzosa, mandan los listados de las personas a afiliar y además se han hecho otras por el formato único de inscripción a través de los cambios que se han dado de Comcaja. En la actualidad tiene 2.000 afiliados por traslados.

- *Relación IPS-ESS:* se tienen dificultades. Se realizan auditorías sobre la calidad de los servicios y se ha llevado a constatado que no se está haciendo en buenas condiciones: la prestación de los servicios es regular ; el trato que le dan a los pacientes en el hospital de Soledad es malo; a los socios no sisbenizados, sabiendo que la ESS va a responder por ellos, muchas veces no los atienden.

Por su parte, los copagos fueron cobrados por la ESS en un principio porque no se tenía plena claridad si se debía hacerlo o no. A partir de octubre de 1997, este copago no se volvió a cobrar.

Para quienes representan a la ESS, ha mejorado el acceso de la población a los servicios de salud con la afiliación al RS ; ahora pueden acceder a lo servicios de alto costo, antes se morían porque no tenían como hacerlo.

Reciben asesoría por Dasalud en salud, charlas sobre atención, promoción y prevención ; además, el SENA los ha capacitado muy frecuentemente. También Dasalud establece control y vigilancia ya que la ESS debe rendirle informes de gestión a ésta.

La principal dificultad en cuanto a la competencia es que ésta se hace por parte de las EPS y Cajas de Compensación deslealmente. Adicionalmente, la ESS tiene pocos recursos frente a las ARS, lo que la pone en desventaja. Adicionalmente, no ven con buenas perspectivas la ESS, dado que no hay apoyo por parte de la administración municipal.

3.2. IPS

♦ Hospital Juan Domínguez Romero

El área total del hospital se considera insuficiente de acuerdo a la demanda del Centro Asistencial y al nivel de complejidad de la Institución. El 80% del personal profesional está en carrera administrativa, el 20% restante es provisional. Se brinda también a los empleados plan de capacitación, programa de humanización.

Se evalúa la calidad de los servicios prestados, a través de encuestas de satisfacción a los usuarios, buzón de sugerencias y a través de control interno tienen unos estándares que aún no se implementan. Se tienen problemas pero se intenta mejorarlos. Para su director, la relación IPS-ARS es buena pues se reconoce que están en un "proceso de aprendizaje mutuo". El hospital tiene liga de usuarios pero no está activa, su función es supervisar la parte financiera, satisfacción al cliente, pero en realidad no es muy activa y su papel no es muy claro.

A partir de la ley 100/93 se han presentado cambios en infraestructura: mejor equipamiento, traducido en la consecución de: maquina de anestesia, monitor fetal, ambulancia, proyecto de ampliación y remodelación de todo el hospital, reestructuración de todas las áreas. En la actualidad, se cuenta con un sistema de calidad para la facturación y la contabilidad.

La transformación de recursos de oferta en demanda, según el director, exige prestar los servicios con una mejor calidad, manteniendo un nivel de satisfacción alto en el usuario que apunte al buen nombre de la institución. Pero para lograr este objetivo se han presentado serios problemas: solo se ha carnetizado el 10% de la población con NBI y el resto de las personas son vinculadas, las tarifas de la institución antes de la Ley 100 eran mas económicas que ahora, el que no tiene la certificación y el carnet se le ha vuelto la salud un problema grande porque los recursos ICN para aplicar subsidios a la demanda fueron utilizados para otras cosas, este año de 1600 millones destinados a la salud, solo se transfirieron 320 millones por malos manejos del alcalde ; se comenta que lo están buscando para meterlo donde debe estar, "la cárcel"; los concejales han demandado al alcalde para ponerlo preso.

El hospital de Soledad tiene contrato por evento con las ARS: Caprecom, Comcaja, Corsasol, para el primer nivel de atención y algo del II: la facturación es dispendiosa, el registro de los soportes también tiene dificultades con la interpretación de lo que incluye y no incluye el POS-S. El hospital no incluye los medicamentos, solo los que tiene para la realización del evento.

Caprecom y Comcaja tienen dificultades con la colocación de los recursos. Caprecom no ha pagado nada de lo facturado en este año pues tienen una orden de Minsalud en la

cual no pueden suspender el contrato, pero cuando los problemas se agraven se tendrá que suspender ; cabe anotar que el número de afiliados de esta ARS ha disminuido bastante. Ahora tienen un saldo por cobrar de 160 millones de pesos que se convierten en déficit de caja, lo que trae como consecuencia: menos posibilidades de crecimiento, deudas con los proveedores, entre otros.

La UPC no alcanza para cubrir los servicios del POS-S, dado la sobreutilización de los servicios, la experiencia se los ha demostrado.

◆ **Centro de Salud Trece de Junio:**

Para el jefe de este centro, los cambios que trajo la implementación del régimen subsidiado han sido benéficos aunque los recursos no alcanzan para cubrir a todos. Algunos tienen acceso a los servicios de salud, la promoción y prevención no ha funcionado bien, lo que se traduce en la no mejora del estado de salud de las personas pobres y vulnerables. De la entrevista realizada, se destacan también los siguientes puntos:

- Se deben 1300 millones de pesos a las ARS ; DASALUD prometió pagarlos pero esto no apunta al objetivo de descentralizar.
- La función de la Supersalud fue poco enérgica en cuanto a manejar situaciones de los alcaldes que hicieron traslados de recursos con destinación específica a otros sectores. De los ICN, los 15 puntos debían ir dirigidos directamente a una cuenta donde solo se autoricen los pagos sin desvíos (que ninguna persona pueda hacer traslado de fondos), los alcaldes no estaban preparados para manejar los recursos.
- La cobertura no se logra para el año 2001, no hay recursos suficientes, "deben sacar del situado fiscal para sostener la cobertura". Falta gestión, agilizar los trámites para la consecución del dinero (en el caso de Soledad no se ha visto por parte del alcalde gestión que apunte a una buena implementación del régimen subsidiado). Además, a todas las cuestiones se les da un manejo político y las personas líderes son ajenas a las circunstancias pues los comentarios son "para que se cuestionan las cosas si nunca se hace nada para solucionarlas porque aplican el **baile del Indio** : prometen y prometen que las cosas se solucionan al día siguiente y así pueden pasar hasta 5, 10 y más sin darle solución a los problemas presentados"
- La administración contrató una empresa especializada para que identificara la población pobre en coordinación con la secretaria de salud y los veedores comunitarios colaboraran en esto, pero realmente la cosas no marcharon bien.
- Una de las falencias radicó en que los profesionales no se habían preparado, hubo entonces subvaloración y no tuvieron en cuenta los limitantes (mujeres no embarazadas, diagnóstico de pelvis, ecografía, no lo cubre el POS-S) ; entonces, esta persona se lleva la idea de que el servicio no sirve. No hubo información que aún hoy los médicos de IPS pública no formulan pacientes del régimen subsidiado genéricos.
- El impacto en cuanto a rentabilidad social es enorme, ya se pueden hacer operaciones, costosas antes no.
- Las políticas son de austeridad y la inversión en equipos es alta, pero la promoción y prevención es ínfima. El alcalde saliente no la ha trabajado y la alcaldesa electa dentro de su programa de gobierno tampoco considera este aspecto. A los vinculados se les remite a través de una certificación para que utilicen los servicios en el hospital de Soledad y son atendidos, se cobra al situado fiscal; esto sí funciona pues existe una buena coordinación Hospital y Secretaría de Salud.

- Con el PAB en el municipio no se han visto los resultados, no se han realizado actividades por parte de quien le corresponde, el hospital ha asumido esto. Dificultades con las ARS: las deudas que tiene el municipio con estas; sin embargo, ellas deben seguir garantizando los servicios, con lo que les gira Fosyga se sostienen.
- Las ARS entregaron los carné con la fiscalización de la S.S, un 90% se entregó, el 10% se cambió, las novedades todas están carnetizadas.
- Ha habido un cambio en la prestación de servicios, tienen contratos con las IPS privadas: dos clínicas privadas, Asomed Ltda (I), Clínica General del Norte (II), 10 consultorios médicos particulares, el paciente tiene una lista para elegir a donde ir.
- Transformación de recursos de oferta a demanda: "Nuevo planteamiento de la salud donde anteriormente los gerentes esperaban el dinero con el cual se presupuestaban todo el año, ahora deben demostrar que están prestando realmente servicios lo que se hace a través de la facturación, el que no compruebe no gana".

4. Conclusiones

La implementación del régimen subsidiado en Soledad enseña varios problemas que pueden ser considerados para analizar los alcances de las metas consagradas en la Ley 100. En especial, este caso permite ilustrar los obstáculos que enfrenta una política pública a nivel local para su implementación debido a la falta de capacidad institucional y a los intereses y compromisos de políticos y burócratas, que pueden ser contrarios a las intenciones de la política o, en todo caso, no coinciden con sus prioridades.

Debido a la ocurrencia de estas dificultades, la cobertura del régimen subsidiado apenas alcanzó un 17% de la población potencial en 1997, con una participación bastante baja de los recursos del Fosga en su financiación (6.7% de los recursos empleados en afiliación), y no se sabe cómo puede darse una ampliación de la cobertura.

- Capacidad institucional y situación política:

La falta de capacidad de la administración para implementar el régimen subsidiado se encuentra explicada por los niveles inadecuados de capacitación de sus funcionarios, bajos incentivos para adelantar su trabajo por mala remuneración, incumplimiento en los pagos e inestabilidad en sus puestos. Además, la administración del período 1995-1997 no se identificó con la reforma, desvió recursos de salud hacia otros fines, perdiéndose los recursos destinados al mecanismo transitorio del Decreto 2491 el cual por supuesto no operó, no facilitó la estabilidad en la secretaría de salud e impidió adelantar el empalme con la nueva alcaldesa.

La mala gestión adelantada en este período repercute desfavorablemente sobre la comunidad, ya que se alcanzan bajos niveles de afiliación y no se presentan adecuaciones importantes en los organismos prestadores, como sucede en otras localidades que contaron con liderazgo y compromiso político.

En este contexto, la descentralización parece apenas una ilusión. Como lo señaló una persona entrevistada, "el alcalde no sabe siquiera qué es el SISBEN".

- Los problemas y dificultades relativos al SISBEN:

En el marco institucional y político descrito, el proceso de identificación, clasificación y selección de beneficiarios de los subsidios también ha presentado problemas, además de los inherentes al propio diseño de este mecanismo. En un comienzo, el alcalde decidió contratar la aplicación de la encuesta del SISBEN con una firma privada y sus resultados fueron muy cuestionados al considerar que no se abarcó toda la población potencial y los encuestadores se preocuparon por acudir a las casas con peor fachada y diligenciar rápidamente el formato para recibir el pago por encuesta. Posteriormente, se nombró una administradora del SISBEN y se han contratado temporalmente algunos encuestadores. Sin embargo, se carece de recursos para un adecuado funcionamiento de la oficina.

Desde el punto de vista político, en el municipio también se menciona la manipulación del proceso. En esto se encuentran involucrados muchos actores, incluidos los propios veedores de la comunidad y la empresa solidaria, quien al parecer invirtió algunos recursos previo a las elecciones para influenciar las preferencias de los ciudadanos.

Algunas cuestiones culturales también complican este proceso. En especial, se menciona el interés de la gente por ocultar información y reclamar un menor puntaje; igualmente, se dan casos en los cuales, por solicitudes reiteradas, se realizan las encuestas en varias oportunidades y se producen dobles afiliaciones.

Por último, desde el punto de vista técnico la metodología del SISBEN es cuestionada por no medir verdaderamente la pobreza y aplicar ponderadores sin diferenciación regional.

- La afiliación al régimen subsidiado y la transformación de recursos:

Los contratos de afiliación se iniciaron tardíamente, en septiembre de 1996, y fueron tomados por una EPS pública, una caja de compensación familiar y la empresa solidaria constituida en la ciudad, sin que se haya producido una ampliación de cobertura en 1997 y habiéndose realizado la inscripción de manera forzosa y con una distribución igual entre las ARSs, excepto una ventaja concedida sobre la empresa solidaria.

La experiencia de la empresa solidaria no resulta muy positiva y se duda de su supervivencia debido a la imposibilidad de alcanzar el número de afiliados previsto en las normas. Su principal obstáculo ha sido la politiquería característica de la ciudad, con poco interés de parte del alcalde y el incumplimiento en los pagos para atender sus obligaciones.

En cuanto a la transformación de recursos, se trata de un asunto completamente desconocido por parte de los responsables de la administración, aunque como era de esperarse en 1997 se hizo por parte del departamento según lo ordenado en la Ley 344⁶. La nueva alcaldesa no conoce este problema, a pesar de que pretende ampliar la cobertura, y una de las personas que se refirió a él lo relacionó con "prestar servicios con una mejor calidad, manteniendo un nivel de satisfacción alto en el usuario que apunte al buen nombre de la institución".

- Sobre la prestación de servicios y el acceso de los pobres:

Para las personas entrevistadas, con el régimen subsidiado ha sido posible mejorar el acceso de las personas pobres a los servicios de salud, especialmente en la atención de alto costo. Sin embargo, llama la atención sobre la baja cobertura de la afiliación y las diferencias que se presentan con los vinculados, a quienes se les cobran copagos y no se les suministra medicamentos. No se posee información que permita motivar los cambios ocurridos en la utilización de servicios. Más bien, puede señalarse a manera de hipótesis que existen barreras importantes para aumentar el acceso, incluso en términos potenciales. Esto puede expresarse en la serie de dificultades de orden político e institucional para afiliar a la población, lo cual implica un avance lento del seguro y una posible discontinuidad por problemas de flujos de recursos; por otra parte, no se han presentado cambios sobresalientes en la oferta de servicios y existe una falta de adecuación al portafolio requerido para proveer el POS.

⁶ No fue posible, por los conflictos reinantes en la administración, acceder a información sobre recursos financieros.

Referecias:

Escamilla, Marta. Diagnóstico General de Salud en el Municipio de Soledad. Municipio de Soledad, 1997.

Entrevistas:

Fernando Ferrer Ferrer, gerente ESS Coorsasol Soledad

José Ayala. Coordinador Administrativo Coorsasol

Maribel Maestra. Junta directiva Coorsasol. Directora Vocal.

Berta Edith, Secretaria Coorsasol y líder comunitaria

Gilberto Narvaéz. Veedor del SISBEN.

Julio Cesar Martínez. Liga de Usuarios del Hospital local.

Dra. Astrid Barraza. Alcaldesa electa 1998-2002.

Dr. Luis Fábrega. Director Médico Hospital de Soledad (Juan Domínguez Romero)

Dr. Ricardo Parra. Jefe centro de salud trece de junio.

Tatiana Córdoba, administradora SISBEN

Médico Fernando López, Secretario de salud

NOTA : Se debe considerar que a la llegada a este municipio para realizar el trabajo de campo, la oficina de la secretaria de salud había sido saqueada, con la pérdida de computadores, además de toda la información que allí reposaba.

Por su parte, a pesar de que hubo unas pocas personas muy colaboradoras, la gran mayoría de las personas con quienes se había concertado entrevistas nunca cumplieron.

Adicionalmente, es un municipio bastante pobre en lo que a estadísticas e información se requiere.

5. Anexo

1. Resumen de los resultados (esquema)

1. Ajustes institucionales

<p>Creación DLS:</p> <p>En 1992 se crea la secretaría de salud, pero no se asumen funciones reales.</p>	<p>Creación FLS:</p> <p>En 1996 se crea y reglamenta el funcionamiento del FLS.</p>	<p>Transformación hospitales en ESE:</p> <p>El hospital no se ha transformado en ESE</p>	<p>Certificación:</p> <p>El municipio no ha sido certificado. Es uno de los objetivos de la alcaldesa electa. (es un municipio con grandes problemas políticos donde ninguno de los dirigentes se apropia de políticas que ayuden al municipio sino que lo que hacen es explotarlo; es el caso del alcalde saliente que de \$1.600 millones para salud por SF para 1997 solo se invirtieron \$300 millones y el resto se perdieron.</p>
--	--	---	--

2. Encuesta SISBEN

<p>La aplicación se inició en 1995 en estratos 1 y 2, aunque no se hizo barrido en estos dos estratos. Se contrató con la firma ACEM para que aplicara la encuesta y los comentarios por parte de la comunidad es que realmente no se puede hablar de una aplicación del SISBEN. A mediados de 1997 se realizó una segunda etapa encontrándose con dificultades de recursos financieros y logísticos para la digitación de dicha encuesta. Se habla de una politización en la aplicación de la encuesta.</p>
--

3. Afiliación ARS

<p>EPS-T:</p> <p>No operó el mecanismo de EPS-T.</p>	<p>Convocatoria ARS:</p> <p>La convocatoria se hizo a mediados de 1996, donde salieron seleccionadas Caprecom, Comcaja y Coorsasol.</p>	<p>Elección:</p> <p>se hizo por asignación forzosa</p>	<p>Contratación:</p> <p>Los primeros contratos se hicieron en septiembre de 1997 para afiliar 15.412 personas. Se han dado algunos cambios de ARS favoreciendo la ESS Coorsasol.</p>	<p>Renovación contratos:</p> <p>Se renovaron los contratos en abril de 1997 por un año adicional. Y se amplió cobertura para 1.284 personas con recursos de la CCF Comcaja.</p>	<p>Carnetización:</p> <p>No se han entregado todos los carnés. Las ARS no han asumido las funciones respectivas.</p>
---	--	---	---	--	---

			El % de afiliados de niveles I y II es de 17.3%		
--	--	--	---	--	--

4. Servicios y recursos

Oferta de servicios RS en la ciudad:	Recursos (millones de pesos):	Servicios prestados:
<p>Hospital local, puestos y centros de salud. NO se ha dado una adecuación hospitalaria que conlleve al mejoramiento en la prestación de ellos servicios.</p>	<p>1996: total: 845.3 1997: Fosga: 119.5 ICN: 1.316.5 SF: 353.3 % Fosga 1997: 6.7 % ICN 1997: 73.6</p>	<p>RS: se prestan los servicios del POS-S. La comunidad se queja por el no suministro de medicamentos.</p> <p>Vinculados: se les da certificaciones en caso de urgencias para que utilicen los servicios del hospital local (I nivel y unos pocos del II nivel); los suministros en este hospital son bastante escasos.</p>

5. Bondades y dificultades del RS

Bondades:	Dificultades:
<p>-La comunidad ha ganado tranquilidad porque tienen donde utilizar los servicios en caso de necesitarlos.</p>	<p>-Falta de continuidad por parte de los actores. -No hay recursos financieros ni logísticos y técnicos para la implementación. -Ambigüedad en la normatividad. -Manejo político. -Ha faltado transparencia en la aplicación de la encuesta. -No se ha realizado una aplicación del SISBEN realmente.</p>

Municipio de Ventaquemada – Departamento de Boyacá

1. Caracterización

1.1 Descripción del municipio

Ventaquemada es un municipio del departamento de Boyacá ubicado en una de las estribaciones de la cordillera oriental. En el norte limita con Tunja y parte de Samacá, en el oriente con Boyacá, Jenesano y Nuevo Colón, por el sur con Turmequé y Villapinzón y por el occidente con Guachetá, Lengusaque y Villapinzón. Se encuentra a una distancia de 29 kilómetros de Tunja y a 130 kilómetros de Santa Fe de Bogotá.

El municipio cuenta con una población de 14.567 habitantes de los cuales 1.180 están ubicados en el área urbana y 13.387 en el área rural (existen 23 veredas).

La economía está basada principalmente en la agricultura siendo la papa el producto más importante. Ventaquemada se caracteriza por ser el primer productor del tubérculo en el departamento. Otros principales cultivos son los de maíz, arveja, frutales, cebolla, cabezona y frijol. Otro aspecto de gran importancia es la ganadería existiendo pequeñas cooperativas y empresas de lácteos.

El nivel industrial es bajo donde sobre sale la industria turística por la cantidad de restaurantes ubicados a orillas de la carretera central.

– Servicios Públicos

Acueducto, Alcantarillado, Servicio de Aseo

El acueducto del casco urbano está en proceso de optimización para lo cual se cuenta con una planta de tratamiento. El acueducto al igual que el alcantarillado es prestado por el municipio sin ninguna clase de organización. La red de alcantarillado no alcanza una cobertura del 80% y sus aguas son servidas a las quebradas que bañan el casco urbano sin ningún tipo de tratamiento lo que ha generado grandes focos de contaminación.

En el área rural existen varios acueductos pero ninguno posee tratamiento de aguas. Existen en construcción tres acueductos con lo que se espera elevar la cobertura de este servicio en el municipio.

En el área urbana, el 100% posee acueducto y el 85% alcantarillado mientras que en el área rural el 50% posee acueducto y el 5% un sistema de alcantarillado (un 25% tiene pozo séptico).

El servicio de aseo es prestado por el municipio una vez por semana, siendo depositados los desechos sólidos a campo abierto, produciendo problemas de contaminación convirtiéndose en focos de infección.

Educación

La educación formal es impartida por establecimientos oficiales, en los niveles preescolar, básica y media. La población escolar suma un total de 2.902 alumnos.

Salud

Se presentan índices de desnutrición especialmente en la población infantil debido a los malos hábitos alimenticios. Sin embargo, el nivel de nutrición es aceptable frente a las deficientes prestaciones de servicios.

Primeras Cinco Causas de Morbilidad

ENFERMEDAD	GRUPO MÁS AFECTADO	CAUSAS ASOCIADA
Infección Respiratoria Aguda Neumónica	Entre 1-5 años	Desnutrición, Hacinamiento, Variables Climáticas
Infección Respiratoria Aguda No Neumónica	Entre 20-44 años	Hacinamiento Desnutrición
Infecciones Vías Urinarias	Mujeres entre 44-60 años Mujeres embarazadas	Factores Biológicos Malos Hábitos Higiénicos
Enfermedad Diarréica Aguda	Niños de 5 años Población de 60 años	Malos Hábitos Higiénicos Malos Hábitos Alimenticios Contaminación del Agua
Poliparasitismo Intestinal	Niños 5 años Entre 20-44 años	Malos Hábitos Higiénicos Falta Educación en Salud Malos Hábitos Alimenticios

FUENTE: Hospital Turmequé, Centro de Salud Ventaquemada

Primeras Causas de Mortalidad

CAUSA DE MUERTE	CAUSA ASOCIADA
Trauma Cráneo-Encefálico	Accidentes de Tránsito
Paro Cardio-Respiratorio	Infarto Agudo del Miocardio, Infec. Respir. Aguda
Paro Respiratorio	Infección Respiratoria Aguda
Deshidratación	Enferm. Diarréica Aguda, Inadecuada Educación

FUENTE: Hospital Turmequé

1.2 Prestación de servicios de Salud

Los servicios de salud se prestan básicamente en el Centro de Salud y dos Puestos de Salud ubicados en área rural. El Centro de Salud ubicado en el área urbana cuenta con una planta física aceptable. Se prestan los servicios de consulta externa, atención de partos, hospitalización, odontología y urgencias. El personal adelanta programas de atención primaria y actividades de promoción y prevención, a través de programas presentados a la comunidad como los de planificación, citología, control de crecimiento y desarrollo, control prenatal e hipertensión arterial. Se prestan además servicios complementarios diagnósticos, tratamiento de laboratorio clínico y servicio de ambulancia.

Los servicios del Centro de Salud son prestados por :

3 Odontólogos	1 Secretaria de Estadística
4 Médicos	1 Auxiliar de Caja
1 Auxiliar de Odontología	1 Boticario
1 Vacunador	1 Bacterióloga
1 Promotor de Saneamiento	1 Técnico de Saneamiento
5 Auxiliares de Enfermería	1 Promotor de Salud
2 Auxiliar de Servicios Generales	1 Celador

Oferta de Servicios de IPS

SERVICIO	IPS	URBANO	RURAL
Promoción y Prevención	Hosp. Turmequé	X	X
	Centro de Salud	X	
	Puesto de Salud		X
Consulta Médica General	Hosp. Turmequé	X	
	Puesto de Salud		X
	Consultorio Médico	X	
Consulta Odontológica	Centro de Salud	X	
	Consult. Odont. Priv.	X	
Urgencias	Centro de Salud	X	
Partos	Centro de Salud	X	
	Centro Médico Priv.	X	
	Parteras	X	X
Cirugía Nivel I	Centro de Salud	X	
Atención Hospital Nivel I	Centro de Salud	X	
	Centro Médico Priv.	X	
Hospital Nivel I y II			
Laboratorio Clínico	Centro de Salud	X	
Centro Radiología			
Banco de Sangre			

FUENTE: Centro de Salud Ventaquemada, Observación Directa

1.3 Administración Local

El municipio de Ventaquemada aún no se ha descentralizado pero está realizando el proceso necesario. Para el alcalde y el director del Centro de Salud, la descentralización implica poder manejar directamente los recursos para dar un mayor dinamismo al sistema de salud.

En Ventaquemada aún no se ha creado la Secretaría de Salud Municipal. El Fondo Local de Salud se creó en 1993 pero comenzó a funcionar a partir de marzo de 1997. En este Fondo se manejan todos los recursos del sector salud tal como el ICN, FOSYGA, rentas cedidas y recursos propios. Del ICN, el fondo recibe los 25 puntos correspondientes al sector salud pero éstos no llegan en su totalidad. De los 25 puntos, 15 son destinados al régimen subsidiado y 10 para la compra de medicamentos, mantenimiento y dotación del Centro de Salud y pago del personal del Centro. Según el director del Centro, el sector salud no es prioritario para el alcalde ya que hay una gran demora para ejecutar el ICN destinado a este sector. Es importante anotar que el alcalde no tiene conocimiento a cerca de la transformación de recursos de oferta a demanda.

2. Implementación del Régimen Subsidiado

2.1 Identificación y Selección

Para el director del Centro, al SISBEN no se la ha dado el manejo correcto ya que el alcalde no es consciente del alcance de este mecanismo de identificación razón por la cual sólo es utilizado para salud. Además, dice que el SISBEN ha sido politizado porque se realizó aleatoriamente y no de barrido. Adicionalmente, ciertas veredas son liberales y otras conservadoras por lo que el primer SISBEN sólo se hizo en las veredas liberales ya

que el alcalde era liberal. A pesar de que se aplicó al 60% de la población, el SISBEN no fue utilizado en los sectores más pobres y vulnerables.

Debido a los grandes problemas generados por el anterior SISBEN, actualmente se está realizando una nueva encuesta con recursos del municipio. Los encuestadores están siendo capacitados y orientados por sociólogos y veedores ciudadanos para que el proceso sea más preciso y transparente. Para la realización de las nuevas encuestas, se hizo una programación por veredas indicando la fecha en que se harán en cada vereda. La idea es realizar la encuesta en toda la zona urbana y en el 80%, o más, de la zona rural.

2.2 Afiliación

2.2.1 EPS-T

Durante la EPS-T, de junio de 1995 a marzo de 1996, el Centro de Salud firmó convenios con la Secretaría Departamental y el municipio. En este periodo la Secretaría afilió a todas las personas pero no alcanzaron los recursos para todas las afiliaciones. Inicialmente, se contrataron servicios de salud con el Centro por \$70 millones. Sin embargo, el Centro nunca recibió esos recursos debido a que la Secretaría Departamental nunca le pago a pesar de que el municipio le giró ese valor a la Secretaría. Por lo tanto, al Centro le tocó pagar con sus recursos los servicios prestados.

El alcalde fue quien realizó el proceso de carnetización durante la EPS-T. Inicialmente, se afiliaron 3.700 de nivel I y II donde 2.641 corresponden a nivel I y parte del nivel II rural.

2.2.2 ARS

La convocatoria de ARS fue realizada por la Secretaría Departamental quien asignó las ARS correspondientes al municipio de Ventaquemada. El municipio no tuvo ninguna participación en la convocatoria y selección de ARS. Las ARS supuestamente comenzaban a operar en marzo de 1996 al dejar de funcionar la EPS-T pero debido a que no tenían conocimiento del SISBEN, las ARS comenzaron a funcionar 3 meses después por lo que fueron meses perdidos. Para el director del Centro, estos fueron meses de ganancias para las ARS pues ya habían recibido los recursos correspondientes a los subsidios de demanda pero no los utilizaron durante ese periodo para la contratación de servicios. Cree además que las ARS se están quedando con el 70% de la UPC mediante la reducción de costos al máximo. Por ejemplo, buscan conseguir los servicios más baratos, evaden los servicios especializados de alto costo y en ocasiones hacen pagar a los afiliados parte de los gastos. Las ARS no sólo son vigiladas por la Secretaría sino también por los veedores.

Actualmente, se están conformando entre dos y tres veedores de salud en cada vereda del municipio. La asamblea general de veedores se creó hace unos seis meses, en septiembre de 1997, pero aún no tiene presidente. El director del Centro de Salud es quien inició el proceso de conformación de veedores. Adicionalmente, los ha capacitado e informado a cerca del sistema de salud. El director junto con los veedores realizaron el plan local de salud. Según el director del Centro, el alcalde no tuvo ninguna participación en el proceso de conformación de los veedores ni en la elaboración del plan local de salud ya que era indiferente ante estos procesos.

Con respecto a asesorías suministradas por la Secretaría Departamental el proceso de implementación del régimen subsidiado, el municipio ha recibido algunos seminarios pero bastante incompletos. Ha faltado una mayor divulgación de información no sólo a los

actores principales del sector salud sino también a la comunidad en general a pesar de que hay reuniones en las diferentes veredas para la realización de esta labor de divulgación.

Para el alcalde, la mayor dificultad del régimen subsidiado es que al inicio del proceso la población no le prestó atención al régimen subsidiado mientras que ahora todos quieren pertenecer a este régimen. Por otro lado, cree que el mayor logro ha sido que las personas entiendan el significado de este sistema y de lo que pueden hacer en éste. El alcalde cree que el acceso de los servicios de salud ha aumentado ya que se le ha dado una mayor atención a la población de bajos recursos. El uso también a incrementado debido a que las personas están concurriendo más a los servicios de salud. Para el alcalde, la meta de cobertura universal para el año 2001 es una meta que depende de los recursos disponibles a nivel nacional.

2.3 Cobertura Alcanzada

En el municipio de Ventaquemada la cobertura alcanzada es de 2.740 afiliados.

2.3.1 Recursos económicos del municipio

Durante 1997, el municipio contó con un presupuesto de \$1.419.590.745 de los cuales \$195.840.600 se destinaron al sector salud. Estos se destinaron de la siguiente forma:

DESTINO	MONTO
Pago subsidio para el acceso de la población con NBI a la atención en salud	\$117.504.360
Programa Infraestructura	\$2.100.000
Programa Dotación Centro y Puestos de Salud	\$25.636.240
Programa Recurso Humano	\$39.700.000
Programa Otros Sectores Salud	\$10.900.000
TOTAL	\$195.840.600

Es importante anotar que del monto discriminado, sólo \$19.000.000 provienen de los servicios que el municipio vende a través del Centro de Salud, los demás recursos provienen de la participación del municipio del ICN.

Tabla de Afiliaciones - Régimen Subsidiado

	1996	1997
Población Total	14.567	14.567
Población Objeto de Subsidio	4200	4200
Población Régimen Contributivo	10.367	10.367
Participación Municipal ICN	1.186.745.000	1.419.590.000
Valor UPC-S	77.924	87.274

Afiliación Régimen Contributivo

Ya Afiliados	1.458	1.673
Nuevos Afiliados Durante el Año	266	266
Total Afiliados Final del Año	1.724	1.903
Quedan por Afiliar	8.643	8.464

Recursos Régimen Subsidiado

Subsidio Demanda 15 punto ICN	178.011.750	212.938.500
Situado Fiscal		
Otros Recursos Municipales		
Recursos Cajas Compensación		
Subtotal	178.011.750	212.938.500
Recursos Adicionales FOSYGA	149.302.384	153.602.240
TOTAL	327.314.134	366.540.740

Afiliación Régimen Subsidiado

Con Subsidio Demanda	2.284	2.44
Con Situado Fiscal	135	201
Con Total Recursos Rég. Subsidiado	2.419	2.641
Con Recursos de FOSYGA	0	0
Total Afiliados Reg. Subsidiado	2.419	2.641
Cobertura	58%	63%
Por Afiliar al Rég. Subsidiado	7.948	7.726
Total Población No Afiliada	10.064	10.023

3. Actores

3.1 ARS

◆ Caprecom

Caprecom no tiene oficina en Ventaquemada por lo que atiende a sus afiliados en Tunja o por medio de la coordinadora. Caprecom afilió 1.948 personas mediante asignación forzosa a quienes la EPS les entregó los carnés de acuerdo a cada vereda.

Para la prestación de servicios a sus afiliados tiene contratos con el Hospital de Tunja, el Hospital de Turmequé y el Centro de Salud de Ventaquemada. La forma de contratación con el Hospital de Turmequé y el Centro de Salud es por capitación y con el Hospital de Tunja por facturación. Inicialmente, Caprecom contrató todos los servicios con el Centro de Salud pero luego el Hospital de Turmequé les exigió que contrataran también con ellos porque el Centro está adscrito al Hospital repartiendo así la UPC entre las dos IPS.

Hasta el momento Caprecom no ha controlado los servicios de salud que las IPS le prestan a sus afiliados debido a problemas en el tamaño de personal de la oficina. Sin embargo, se está iniciando una evaluación a las IPS la cual debe estar terminada en abril de 1998.

La relación de Caprecom con las IPS es bastante buena. A veces tienen problemas con el Centro de Salud como, por ejemplo, porque no siempre entregan todos los medicamentos, la bacterióloga atiende durante un mes, la atención no es oportuna, no dan todos los medicamentos o porque sus afiliados van a Tunja a recibir atención de nivel I en cambio de ir al Centro de Salud. Estos problemas han llevado a Caprecom a elaborar un manual para las IPS con el fin de informarlos mejor a cerca de la normatividad del sistema.

Respecto al flujo de dinero de Caprecom hacia las IPS, éste ha sido bastante inoportuno debido a que tuvo una crisis a nivel nacional lo que implicó no pagar los contratos. Sin embargo, el Gobierno en noviembre de 1997 le inyectó dinero a Caprecom por lo que en este momento están cancelando sus deudas desde abril de 1997 hasta marzo de 1998.

Para la directora, los pagos a las IPS se facilitarán ya que Caprecom ahora es regional pues se ha descentralizado de Bogotá implicando que los pagos se manejan y se realizan desde Tunja garantizando así un adecuado flujo de recursos.

Las labores de promoción y prevención en 1996 fueron realizadas por el Centro de Salud y en 1997 por el Hospital de Turmequé. Caprecom ahora cuenta con una oficina nacional de promoción y prevención por lo que las labores ahora serán realizadas por ellos.

Han recibido vigilancia de la Secretaría Departamental y de la Superintendencia de Salud. La Secretaría los a vigilado sobre todo en el pago de los contratos pues es el ente que ha recibido todas las quejas por el inoportuno pago de éstos. La Superintendencia los supervisa mediante informes que Caprecom le debe entregar.

El mayor logro del régimen subsidiado para la directora es la vinculación de la población pobre a los servicios de salud mientras que la mayor dificultad es la mala realización del SISBEN causando varios inconvenientes en la identificación. Otro problema que identifica la directora es la falta de prestación de servicios por parte de las IPS porque se quieren quedar con la plata. Sin embargo, cree que este problema también es culpa de Caprecom porque no ha controlado muy bien a las IPS.

Para la directora de Caprecom, el acceso de la población pobre a los servicios de salud sí ha aumentado a partir de su afiliación al régimen subsidiado. No sólo ha aumentado el acceso de los afiliados al régimen sino también el de los vinculados ya que igualmente están cubiertos por el sistema de salud. En cuanto al uso, la directora cree que éste ha aumentado porque las personas están más atentas y ya conocen sus derechos.

◆ **Coopsaludesa**

Coopsaludesa es una ESS que presta servicios en 12 municipios del departamento de Boyacá, en total tiene 19.320 afiliados en todo el departamento de los cuales tiene 792 en Ventaquemada. Se creó a raíz de la Ley 100 formando una organización comunitaria para el manejo de los recursos del régimen subsidiado conformada por 663 asociados número que actualmente ascendió a 2.800. La ESE aún no tienen una oficina en Ventaquemada por lo que atienden a sus afiliados de este municipio en la oficina ubicada

en el municipio de Samacá o por medio de la coordinadora.

Hasta el momento la alcaldía aún no le ha dado ningún listado del SISBEN a Coopsaludesa, motivo por el cual la alcaldía realizó el proceso de carnetización. Luego de ser carnetizados, a la promotora de Coopsaludesa le tocó ir de casa en casa a donde cada uno de los afiliados para poder obtener los datos correspondientes ya que no se tenía conocimiento alguno de sus afiliados.

Para la prestación de servicios Coopsaludesa ha realizado contratos por capitación con el Centro de Salud para la prestación de servicios de nivel I y con el Hospital de Turmequé para atención de nivel II y, por facturación con el Hospital de Tunja para nivel II y III. Es posible que no se renueve el contrato con el Hospital de Turmequé por capitación sino por facturación ya que muy pocas personas acuden a este hospital porque prefieren ir al de Tunja. Adicionalmente, Coopsaludesa cuenta con una red de servicios propia pero ésta se encuentra en Samacá.

La relación de Coopsaludesa con las IPS es buena. Sin embargo, han tenido quejas de sus afiliados porque en ocasiones las IPS les cobran el total de algún servicio de salud. A Coopsaludesa le gustaría que los contratos se realicen por facturación ya que pueden utilizar recursos no utilizados por ciertos afiliados para el pago de servicios de otros que realmente necesiten algún servicio de salud. Por esta razón, están capacitando a sus afiliados a que utilicen los servicios adecuadamente.

El flujo de dinero de Coopsaludesa hacia las IPS es oportuno a pesar de que ha tenido problemas con el flujo de dinero de la Secretaría y del municipio hacia ellos. Durante el periodo comprendido entre 1996 y 1997, la Secretaría le pidió al municipio que la girara el ICN para así crear un sólo fondo pero a partir de 1997 cada ente territorial le gira directamente a la ESS. El inoportuno pago de la Secretaría y el municipio ha obligado a la ESS a utilizar los recursos de sus asociados para poder pagar oportunamente los contratos con las IPS.

Coopsaludesa únicamente ha recibido vigilancia por parte de la Superintendencia de Salud a través de informes trimestrales a cerca del funcionamiento de la ESS. El Ministerio de Salud por su parte ha asesorado a la ESS.

Según el director de la ESS, el mayor logro del régimen subsidiado la oportunidad que tiene un mayor número de personas ha acceder a los servicios de salud. En cuanto a las dificultades cree que la principal es no poder prestar servicios de salud a las personas más necesitadas ya que, por ejemplo, existen personas en el régimen subsidiado que no deberían estar en este régimen pero que lo están por preferencias de los alcaldes o por otros motivos.

El director cree que sí ha mejorado el acceso de la población pobre a los servicios de salud a partir de su afiliación al régimen subsidiado al igual que el uso de éstos. Cree que el régimen subsidiado es lo mejor que le han podido ofrecer a la población pobre. Sin embargo, aún hay problemas ya que los hospitales a veces discriminan a una persona al ver el carné de la ARS o del SISBEN. El director cree que es necesario capacitar al personal de los hospitales para que sepan que alguien está pagando por los servicios que recibe un afiliado del régimen subsidiado.

3.2 Hospital

Centro de Salud de Ventaquemada

El Hospital de Turmequé tiene Centros de Salud adscritos en 5 municipios de Boyacá. Uno de los Centros de Salud queda ubicado en Ventaquemada y es la única IPS en este municipio. Toda la organización, administración, mantenimiento y recursos del Centro está a cargo del Hospital. Con los recursos que recibe el Hospital de la Secretaría Departamental, le paga al Centro 1 médico rural, 1 odontólogo rural, 1 técnico de saneamiento, 1 vacunador y 2 auxiliares. El municipio por su parte paga 3 auxiliares, 1 médico, 1 odontólogo, 1 auxiliar médico, 1 bacteriólogo, 1 conductor de ambulancia, 1 aseadora y 1 vigilante.

Al Centro de Salud no le llegan recursos directamente sino a través del pago de la nómina del personal debido a que está adscrito al Hospital de Turmequé. El alcalde no ha dejado que el Centro tenga ninguna autonomía sobre el manejo de los recursos del Fondo Local de Salud por lo que el Centro sólo puede manejar los recursos propios. Para el director, los aportes que recibe el Centro de Salud del Hospital no alcanzan a cubrir la demanda de servicios y lo que reciben por venta de servicios, es decir, cobro de copagos, es también insuficiente. El cree que al Centro no le pagan lo justo según los servicios que presta a la población.

El Centro tiene contratos por capitación con las 2 ARS que operan en Ventaquemada. Algunos de los servicios que presta son el de consulta externa, hospitalización, atención de partos, laboratorio clínico, farmacia y ambulancia entre otros. A Coopsaludesa además, le presta los servicios correspondientes a las labores de promoción y prevención. El Centro no recibe los pago correspondientes a los contratos para la prestación de servicios por lo que los únicos recursos propios que recibe y maneja son aquellos obtenidos por el cobro de copagos. Los copagos representan el 90% de sus recursos propios y el 10% restante son pagos realizados por particulares.

Las labores de promoción y prevención que realiza el Centro se basan en el Plan Local de Salud el cual se concertó con la comunidad quienes informaron a cerca de los mayores problemas. Con esto se pretende priorizar las principales enfermedades de la población. Las labores de promoción y prevención se realizan mediante charlas pedagógicas y brigadas de salud a las diferentes veredas.

La relación del Centro de Salud con la ESS Coopsaludesa es excelente mientras que con Caprecom no es tan buena. Además, el flujo de dinero de la ESS hacia ellos es bastante oportuno mientras que Caprecom les debe desde marzo de 1997, es decir, alrededor de 11 meses. Para el director, el hecho de que Caprecom es del Estado hace que les sea indiferente la demora de los pagos. Además, el Estado genera negligencia por lo que no hay un sentido de responsabilidad dentro de Caprecom.

El director ve como un grave problema que ninguna de las ARS tenga una oficina en Ventaquemada. Para él esto implica una falta de compromiso institucional por lo que se generan varios problemas. Primero, se genera una mala utilización de los recursos. Además, implica un desconocimiento por parte de las ARS de la realidad que viven sus afiliados en ese municipio y también desconocimiento por parte de sus afiliados ya que no cuentan con un flujo de información continuo. Por último, genera una mala prestación de servicios o peor aún, la no prestación de servicios.

Respecto a los vinculados, la prestación de servicios a esta población se carga al situado fiscal, es decir, al municipio ya que la tesorería maneja este recurso. Como se considera que son SISBEN III, se les cobra un copago equivalente al 30% del valor del servicio.

El Centro no tiene contratos para la prestación de servicios del régimen contributivo. La prestación de servicios a las personas de este régimen es pagada por el Hospital de Turmequé. El Centro de Salud principalmente sólo presta servicios de urgencias porque para el Centro es un mal negocio porque ellos prestan el servicio pero el Hospital es el que recibe el pago de éstos, dice el director.

Para el director del Centro de Salud, el régimen subsidiado ha implicado un beneficio para la población más pobre. Además, la población ahora tiene un mayor acceso a los servicios de salud a precios más cómodos y más fáciles de pagar. Sin embargo, esto ha generado problemas ya que algunas IPS han inflado los precios de sus servicios. El Centro no aumenta los precios ya que no está interesado en generar rentabilidad sino en que la población tenga un mayor acceso a los servicios de salud.

El director cree que ha mejorado el acceso de la población pobre a los servicios de salud ya que con el régimen subsidiado se está llegando a un mayor número de personas y a la población más pobre. El uso de los servicios igualmente ha incrementado. Esto lo puede observar ya que antes el Centro sólo necesitaba un médico para atender a la población mientras que ahora necesita dos médicos.

4. Conclusión

-Administración Local

En Ventaquemada el sector salud está a cargo de la Secretaría Departamental de Boyacá debido a que el municipio aún no se ha descentralizado. Es por esto que todo el proceso de implementación del régimen subsidiado también se ha realizado a nivel departamental sin la participación del municipio. Como los principales actores del sector salud no han sido partícipes en este proceso entonces se percibe en el municipio una falta de conocimiento a cerca del desarrollo de éste. Igualmente, existen fallas en el flujo de información entre diferentes entes causando una pérdida de dinamismo en el proceso de implementación.

La falta de conocimiento y el inadecuado flujo de información generarán trabas en el desarrollo del sistema al descentralizarse el municipio ya que los entes encargados del sector salud a nivel municipal desconocen el sistema y el desarrollo de éste, frenando así el proceso o llevándolo a cabo incorrectamente.

-Afilación

El proceso de identificación y selección de la población objeto de subsidio ha tenido inconvenientes pues la realización de la encuesta del SISBEN fue politizada porque se ejecutó en aquellas veredas tradicionalmente caracterizadas por orientación liberal, cuyo partido pertenecía al alcalde. Dado que la encuesta se realizó arbitrariamente, implicando que se identificaron personas como beneficiarias de subsidios a la salud sin realmente serlo, entonces a finales de 1997 se realizó una nueva encuesta con el objetivo de llevar a cabo imparcialmente este proceso.

Actualmente, la cobertura de afiliación en el municipio es de 2.740 personas, número substancialmente menor al alcanzado durante la EPS-T de 3.700 afiliados, pues no se pudo sostener esta afiliación por falta de recursos.

Es importante resaltar que ninguna de las dos ARS que operan en Ventaquemada tiene oficina en el municipio por lo que sus afiliados se ven obligados a ir a otro municipio aledaño o a esperar a que la coordinadora vaya a la vereda. Esta situación perjudica al afiliado ya que en caso de necesitar alguna asesoría o presentarse algún inconveniente no tienen a donde acudir fácilmente obstaculizando el acceso a los servicios de salud.

-Prestación de Servicios

En el municipio de Ventaquemada únicamente existe una IPS, el Centro de Salud que está adscrito al Hospital de Turmequé, por lo que se podría decir que hay un déficit en la oferta de servicios de salud. Además, los habitantes de este municipio, en caso de necesitar algún servicio particular, deben ir al Hospital de Turmequé o al de Tunja pese a la dificultad para llegar a estos municipios ya sea por las vías de comunicación, el transporte o la distancia. El acceso a los servicios de salud de la población pobre de Ventaquemada se ve obstaculizada por las trabas que deben sobrepasar ya sea por el déficit en la oferta de servicios en el municipio o por las dificultades para poder llegar a una IPS, sumado al hecho de que las ARS no tienen una oficina para facilitarle al afiliado el uso de los servicios.

Referencias:

Plan Local de Salud Municipio de Ventaquemada, 1998.

Entrevistas:

José Rafael Farfán, Alcalde

Miguel Garay, Director Centro de Salud

Ramón Galiano, Director Coopsaludesa

Elizabeth Ortiz, Directora Caprecom

Municipio de Silvia – Departamento del Cauca

1. Caracterización del Municipio

1.1. Descripción del Municipio

El municipio de Silvia se encuentra ubicado al nororiente del Departamento del Cauca. Su extensión es de 81.300 Has y su superficie es de 813 Km². Tiene una población aproximada de 35.000 habitantes, donde el 85% de la población se encuentra en el área rural. El 82.8% de la población municipal es indígena, siendo Silvia el tercer municipio de Colombia con mayor población indígena. En el municipio hay 7 resguardos indígenas.

El índice de NBI es cercano al 80%, lo que es bastante alto en relación con el promedio nacional. Se debe tener en cuenta que este valor está afectado por la alta participación de la población indígena que es considerada estrato cero.

- Perfil Epidemiológico

En la zonas campesina y rural las dos patologías más frecuentes son la hipertensión y la diabetes mellitus, mientras que en la zona rural indígena predominan altos índices de tuberculosis.

PRIMERAS CINCO CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL 1994

CAUSAS	CASOS	TASA / 1000
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	2	0.81
Infarto agudo mortal	2	0.81
Úlceras gástricas y duodenales	1	0.40
Enfermedades cerebrovasculares	1	0.4
Tuberculosis del aparato respiratorio	1	0.4

Fuente: Servicio de Salud del Cauca. Tarjetas de diagnóstico familiar 1995.

1.1. Oferta de Servicios

Existen 8 puestos de salud en el municipio, todos con suministro de agua pero solo 7 con alumbrado eléctrico. En general 6 puestos de salud están en buenas condiciones, los otros dos no se encuentran en muy buen estado. El hospital local es de II nivel.

1.2. Administración Local

El municipio aún no ha sido certificado. Actualmente se está llevando a cabo un plan para descentralizarse pero, según el alcalde, la Secretaría de Salud Departamental ha puesto varias trabas, lo que ha dificultado el proceso. El mayor problema ha sido la negociación del pasivo prestacional del hospital que asciende a unos 30 o 40 millones de pesos.

La Secretaría de Salud no ha sido creada, por lo que el manejo del sector salud recae directamente sobre la alcaldía. Existe un Fondo Municipal de Salud que maneja parte de los dineros destinados al sector. El Fondo es manejado por el director del hospital de Silvia; este fondo le entrega los recursos directamente al hospital. El hospital con recursos del situado fiscal y con algunos del municipio ejecuta las actividades del Plan de Atención Básica y atiende a la población vinculada.

2. Implementación del Régimen Subsidiado

2.1. Identificación y Selección

Para la identificación y selección inicial de las personas más pobres se realizó una reunión de fuerzas vivas de la comunidad conformada por entes descentralizados y centralizados tales como el Programa de Médicos Sin Fronteras, juntas comunitarias, INCORA, ICA, resguardos, entre otros, en la cual, por medio de un proceso participativo se escogieron a las familias más pobres para recibir el subsidio. Por ejemplo, como la región más pobre es Tumburao, todos los habitantes de esa zona quedaron afiliados,

igualmente muchas personas de Quichayá. Adicionalmente, la junta comunal dió a conocer las 15 familias más pobres de cada vereda. Después de la selección se publicó un listado con las personas beneficiarias. El objetivo de este listado no era únicamente hacerles conocer que eran afiliados sino que las personas que creían que algún afiliado no merecía estar en el régimen subsidiado se lo hiciera conocer a la Empresa Solidaria para evaluar el caso. Sin embargo, no hubo una sola inquietud sobre el derecho de algún afiliado de ser un beneficiario del subsidio.

Mas adelante, después de haber realizado las fichas de diagnóstico y la selección de los beneficiarios por medio de la Reunión de Fuerzas Vivas, se llevo a cabo la encuesta del SISBEN. Esta encuesta, según el director de la ESS, no era necesaria ya que el Municipio de Silvia es de categoría V.¹ Sin embargo, la Alcaldía realizó el SISBEN, el cual se hizo principalmente en la zona urbana. El SISBEN no se le realizó a la población indígena pues ellos por ley son estrato cero y tiene derecho automático a recibir el subsidio.

2.2. Afiliación

Los recursos para la afiliación de la población indígena y aquellos para la población urbana y campesina reciben un manejo diferenciado. Los primeros son entregados directamente a los cabildos, como entidades autónomas, mientras los segundos son manejados a través de las Secretaría de Salud Departamental y el municipio.

Para la afiliación de las personas se realizó una convocatoria donde participaron Asmet (ESS del Tambo-Cauca), la Asociación Mutua la Suiza de América (ESS de Silvia-Cauca) y la Mano Amiga (ESS de Popayán-Cauca), entre otras. La mayoría de la población beneficiaria está afiliada a esta ESS aunque hay cabildos que tienen contratos con otras ESS, como es el caso de Guambía y Ambaló.

2.3. Vinculados

La población vinculada es aproximadamente de 10.000 personas. A los vinculados se les presta la atención en el hospital local con cargo al situado fiscal. Si los vinculados son remitidos al hospital de Popayán, el municipio no cubre los gastos por los servicios que requieren.

2.4. Cobertura Alcanzada

Se identificaron un total 19.050 personas, de los cuales 1.154 son campesinos (Sisben) y 17.900 indígenas (seleccionados por los cabildos). De estos, 12.040 personas están afiliadas, lo que representa un 63.2% frente a los identificados y 15% respecto de la población total. Sin embargo, se debe recordar que todos los indígenas son clasificados como estrato cero.

3. Actores

◆ Hospital San Carlos

El hospital local de Silvia, de nivel II, aún no se ha transformado en una Empresa Social del Estado. Sin embargo ha habido un proceso de descentralización importante. Antes de 1997 el municipio de Silvia, al igual que otros 17 municipios dependían de la Unidad Regional Centro de Popayán, la cual actuaba en coordinación con la Dirección

¹ La categoría indica el nivel de pobreza de los municipios siendo VI el nivel más alto de pobreza. A los municipios de categoría V y VI no hay que realizarles SISBEN porque ya son considerados beneficiarios.

Departamental de Salud. Esta unidad manejaba el presupuesto y demás trámites relacionados con el sector salud de los diferentes municipios.

En febrero de 1997, el gobernador decidió crear tres 3 Unidades Locales de Salud, las cuales operarían en Silvia, Piendamó y Pindiyó. Aunque cada uno de ellos cuenta con su presupuesto propio siguen dependiendo administrativamente de la Unidad Regional Centro de Popayán². Esta semi-descentralización ha sido eficiente ya que ha agilizado los trámites financieros y ha permitido una mayor ejecución del presupuesto. La Unidad Local de Salud de Silvia está a cargo de los municipios de Silvia, Ambaló, Tambaló y Jambaló.

La transformación del hospital en ESE se ha visto obstaculizada por la posición del consejo municipal que se opone a la descentralización al menos que el Estado esté dispuesto a garantizar el cubrimiento del déficit presupuestario, la carga prestacional y el déficit de dotaciones. El departamento aún no ha dado una respuesta a su solicitud y por lo tanto, el proceso de transformación está estancado. Por otro lado, el director del hospital está dispuesto a que el hospital se transforme en ESS siempre y cuando el consejo municipal los apoye. Además, resalta la importancia de que las ARS contraten los servicios con el hospital local, ya que esta es la única manera en que éste puede ser exitoso en su transformación.

Actualmente el hospital tiene contrato para la prestación de servicios con dos Empresas Solidarias de Salud, La Suiza de América, que es la ESS de Silvia, y con ASMET, la ESS de Tambo. Activa Salud, ESS de Popayán también tiene afiliados de Silvia (1.700 afiliados), sin embargo, no ha contratado con el hospital. Los contratos han sido por capitación, para 7.300 afiliados a la Suiza y 3.000 afiliados a ASMET, para la prestación de servicios hospitalarios, laboratorios clínicos y urgencias. En estos casos, la capitación es por un valor entre el 12% y el 18% de la UPC. Sin embargo, para el director del hospital esto no es suficiente para cubrir los servicios prestados, debería ser aproximadamente por un 50% de la UPC. También hay contratos por facturación para la prestación del resto de servicios no estipulados en los contratos por capitación. Se prestan algunos servicios de nivel II, pagados por facturación.

PARTICIPACIÓN EN LA DEMANDA DE SERVICIOS POR PARTE DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

	total	regimen subsidiado	participacion
% consulta	7.831	4.800	61.29%
%urgencias	1.478	978	66.17%
%hospitalización	559	360	64.40%
%citas odontológicas	1.488	422	28.36%
%examen de laboratorio	7.363	4.220	57.35%

Fuente: Hospital San Carlos

La población vinculada se está atendiendo con cargo al situado fiscal, reciben todos los servicios de atención médica hospitalaria, de urgencias y de consulta externa, pero no se les da medicamento.

- RELACION ARS - IPS

La interacción con las ARS ha sido un poco difícil. La principal dificultad se presenta en el flujo de dinero de las ARS al hospital. Además del pago por los servicios prestados, según lo estipulado en el contrato con las ARS, éstas deben pagarle al hospital el 3% de

² La Unidad Centro sigue estando encargada del manejo directo de las instituciones de salud de 5 municipios.

intereses de mora después de 6 meses sin efectuar los pagos correspondientes; esto tampoco ha sido facturado. Las ESS aducen este incumplimiento con el hospital a la falta de pago de sus propios contratos de afiliación.

También se presentaron problemas en la concertación de la contratación. Según el director, los términos de la contratación en general no han sido favorables para el hospital, ya que éste ha tenido que contratar por debajo de lo financieramente conveniente para la institución. El origen de este problema, según el director del hospital, es que las ARS están prestando directamente parte de los servicios del nivel I, como la promoción y prevención, odontología y consulta externa principalmente. Las ESS cuentan con equipos extramurales y en su sede tiene algunos consultorios para odontología y consulta externa, como es el caso de la Suiza de América.

Según el director del hospital, Juan Carlos Vidal, el hospital ha prestado el mejor servicio posible dentro de la infraestructura que tienen, aunque es consciente que carecen de algunos servicios que un hospital de ese nivel debería tener, como rayos X. Sin embargo, el argumenta que la calidad de los servicios ha mejorado considerablemente pues con los recursos que han recibido por venta de servicios han invertido en calidad, tanto de recurso humano como de equipo.

También se han realizado inversiones en infraestructura, como el reacondicionamiento del área de pediatría. Para esto, se ha recibido una gran dotación de equipo médico por parte de la alcaldía. Para el director del hospital, estos cambios se deben más que a la ley 100 a la Ley 60, que establece la destinación de recursos de la alcaldía al sector salud. A pesar de estas inversiones, el director considera que el personal es insuficiente para atender la demanda de servicios de salud. Hacen falta 2 auxiliares, 3 o 4 técnicos de saneamiento, y en general, todo el personal médico se encuentra en déficit. Igualmente, hay déficit en cuanto a dotación de equipo médico e infraestructura.

La transformación de los recursos de oferta a subsidios de demanda implica tener un cambio de mentalidad del personal médico y paramédico acerca de la venta de servicios. Hace un año, el director pensaba que esta transformación era desventajosa. Actualmente, ve la transformación como un aspecto positivo porque han logrado ser autónomos en la toma de ciertas decisiones al igual que en el manejo su presupuesto.

A pesar de que las ARS no les han pagado los servicios prestados desde marzo de 1997 y del recorte del situado fiscal, aún cuando tienen que seguir atendiendo a la población vinculada con cargo al situado fiscal y que los indígenas reciben atención completamente gratuita (decreto 1811), este año el hospital no presentó déficit. Esto se debe al buen manejo en la ejecución del presupuesto y al incremento de las rentas propias. La venta de servicios a las EPS del régimen contributivo sobrepasó los \$47 millones proyectados, lo que les permitió contrarrestar la falta de pago de los servicios prestados al régimen subsidiado.

Actualmente, a nivel departamental, ya se han transformado parte de los recursos de oferta a recursos de demanda. El hospital ha dividido su presupuesto en dos: recurso I y recurso II. El primer recurso refleja el situado fiscal que el departamento le entrega y el segundo los recursos generados por venta de servicios. En el año 96 el recurso I se redujo en un 20% y en el 97 año en un 15%. El desembolso del situado fiscal del departamento ha sido oportuno; en el momento en que el departamento recibe el situado fiscal se los hace conocer por medio del servicio de servigrama.

- Problemas del Nuevo Sistema de Salud

El director del hospital plantea que uno de los mayores problemas del nuevo sistema es que el número de personas afiliadas al régimen subsidiado debería ser mucho mayor. Para él, el origen de esta situación es que la aplicación de la encuesta del SISBEN no identificó el total de la población que necesitaba el subsidio³. Argumenta que existen varios casos de personas con capacidad de pago que se encuentran en el régimen subsidiado y no en el contributivo, a la vez hay muchas personas que realmente no tienen la capacidad de pago y no están afiliadas al régimen subsidiado.

3.1. ARS

- ◆ **Asociación Mutual la Suiza de América - E.S.S.**⁴

La creación de la Empresa Solidaria de Salud se da a raíz del Programa de Empresas Solidarias del Ministerio de Salud. Se inició con el convenio interadministrativo celebrado en diciembre de 1994 entre el Ministerio de Salud y el Municipio de Silvia. La creación de la ESS o fase de organización comunitaria y empresarial se llevó a cabo mediante la consolidación de actividades de capacitación grupal y familiar. Durante esta etapa de gestión sanitaria se realizó también la selección de las familias beneficiarias del subsidio; la primera Asamblea de delegatarios en julio de 1995. Esta empresa solidaria se conformó como asociación mutual en junio de 1995..."claro que fue una lucha horrible, porque el Estado decía que había que conformarla pero era un imposible por los requisitos... una locura" (Gerente ESS).

Inicialmente se realizó un convenio tripartita entre la alcaldía, la ESS y el Ministerio. Luego de constituidas la ESS como ARS, se celebró un contrato por 5000 afiliados⁵. Actualmente, la Asociación Mutual la Suiza de América cuenta con 7.500 afiliados, correspondientes a 1850 familias; cerca de 5600 son indígenas (86%).

- Afiliación de la Poblacion Indigena

La ESS tiene contrato de afiliación con los cabildos de Quichaya, Pitayó, Quizgó, La Gaitana y Tumburá, es decir, con 5 de los 7 cabildos que existen en la zona. Al cabildo de Guambía inicialmente le dieron recursos para afiliar 50 familias, pero les pareció muy poco y decidieron no participar. Sin embargo varias ESS les pasaron las propuestas de afiliación; "la verdad hubo unas movidas como muy oscuras ahí, intereses políticos, contrataron con una empresa del Tambo (700) porque asesores de Guambía eran de allá... para nosotros fue un golpe duro" (Gerente ESS).

El cabildo de Ambaló afilió 750 personas con la ESS de Popayán. ..."nunca miraron servicios. Proponían por ejemplo, que de los contratos nosotros dejáramos dinero para el cabildo, el 10% del contrato...<...> esa es plata de los pobres, no es para el cabildo. Nosotros damos servicios y nos gastamos toda la plata en servicios...eso fue una causa grande para que no nos contrataran" (Gerente ESS).

- Carnetización

³ Cerca del 80% de la población es indígena, población que no requiere ser identificada por el SISBEN para recibir el subsidio. Por lo tanto, el problema en realidad es la restricción de recursos.

⁴ Persona entrevistada: Gerente de la ESS.

⁵ En el anexo están todos los contratos celebrados por la ARS.

Las 18 Empresas Solidarias del Cauca entregaron un mismo carné para sus afiliados. Esto creó una serie de problemas porque habían Empresas que no realizaban los pagos. "Dado que todos los carnés eran iguales, las personas no tenían una forma clara de identificar cuales eran las que si efectuaban los pagos, no sabían cuales eran mejores que otras". Este problema condujo a la Asociación Mutua a cambiar sus carnés para crear una posición en el mercado y ser identificados fácilmente; se sacó un carné con foto. "Fue una locura tomarle foto a los indígenas. Pero ellos lo quisieron con foto". Se demoraron 8 meses. Las dificultades fueron las fotos y los datos: algunos indígenas daban los datos cambiados porque no sabían para que eran, pensaban que eran cuestiones políticas. Además, hay muchos homónimos. Finalmente se realizó otra carnetización, esta vez los carnés eran sin foto.

- **Prestación de Servicios**

La Asociación Mutua tiene 2 equipos extramurales que realizan todos los días visitas a 2 veredas diferentes. Estos equipos van mínimo cada 20 días a la misma zona. Igualmente, en la sede principal hay permanentemente un médico general y un odontólogo por lo que la Empresa cuenta diariamente con 3 equipos de atención para sus afiliados.

En cuanto a la labor de promoción y prevención, inicialmente se organizaron jornadas con unos agentes educativos pero estos no tuvieron éxito dentro de las comunidades indígenas. Después ensayaron con televisores, videos, retroproyectors pero tampoco funcionaron. Finalmente, se hicieron una serie de talleres interactivos con los indígenas que sí dieron resultados. Por ejemplo, dada la mala nutrición de los niños se hizo un restaurante escolar. "Esta labor se trató básicamente de un proceso de gestión y autogestión".

- **Cobro de Copagos**

La Asociación Mutua de la Suiza de América no realiza exactamente lo que es un cobro de copagos. Surgieron básicamente dos problemas con relación a este aspecto, según lo mencionó el gerente de la ESS. El primero es una situación de injusticia. Los campesinos supuestamente deberían pagar los copagos y los indígenas no. ¿Cómo se obliga a un campesino que vive al lado del indígena y que vive en las mismas condiciones que éste a que pague un copago mientras que su vecino no lo hace? El otro problema es la falta de creencia o confianza en la medicina occidental por parte de la población indígena. Por ejemplo, a un indígena se le formulaba un medicamento del cual debía tomar varias dosis. El indígena recibía el medicamento gratuitamente pero sólo se tomaba una de las dosis porque creía que una era suficiente para curarlo.

Para solucionar estos dos problemas conjuntamente, la junta directiva decidió realizar una especie de copago para medicamentos. "Este copago sirvió para darle un sentido de dignidad y no de caridad a las personas". El pago máximo es de \$1.000. Las personas que no tengan lo suficiente para pagarlo, pagan lo que pueden o simplemente no lo hacen. "La mayoría pagan algo ya que esto les genera un sentido de dignidad". Otra razón por la que estos copagos han funcionado es porque los recursos obtenidos por éstos son destinados a las comunidades mismas. Por ejemplo, si una escuela celebra el día de los niños, la Empresa destina esos recursos a la compra de refrigerios. Igualmente, si un dirigente de una comunidad debe realizar un viaje a Popayán, le dan dinero para realizar su viaje.

El cobro de copagos generó una situación bastante particular. Al iniciarse este cobro se generaron problemas con la guerrilla, la cual consideraba esto un acto injusto ya que

según ellos, los medicamentos debían ser. Al director de esta Empresa Solidaria lo citó la guerrilla. Al contar las razones para cobrar esos pagos, la guerrilla entendió y accedió a que esos cobros siguieran realizándose, es más, decidieron ayudarlos para que la gente los pagara. Desde entonces, la guerrilla los apoya, los acompaña; la relación ha sido buena. Para el director de la Empresa Solidaria es una realidad que no debe desconocerse. La guerrilla, según el, se ha convertido en un veedor del proceso de salud.

- Problemas en la Prestación de Servicios

Han tenido algunos problemas con la prestación de servicios por parte de las instituciones contratadas; en el Hospital San José de Popayán el personal operativo (secretarias, auxiliares, personal de información y citas, laboratorios) parece no conocer muy bien el régimen, ni los contratos que tienen con ellos. En los hospitales universitarios, los pacientes son atendidos por estudiantes, o residentes, “y a nosotros nos lo cobran como si fuera un especialista ... y nadie responde por el paciente; es otra dificultad en la forma como nosotros contratamos y como ellos nos entregan los servicios... . Cuando uno va excelente, funciona rápido y de verdad con el especialista”.

Por ejemplo, un paciente que va por urgencias. “En 24 horas le deben definir su diagnóstico...le dan un calmante y lo dejan allí. El régimen subsidiado solo cubre 24 horas de urgencia....nos llaman a decir que lleva 30, que quién va a pagar porque no lo pueden atender mas.... además no hay ningún médico responsable por ese paciente”. “Los afiliados vienen y nos cuentan los inconvenientes y nosotros llamamos, es mas una relación de amigos, recomendando a los pacientes. Cuando ya no tenemos amigos, entonces ahí si formal”.

La demora en los pagos de la ESS hacia las instituciones de salud ha ocasionado un deterioro en la relación y afecta a los usuarios de manera importante. “A nosotros nunca nos pagaron, trabajamos 6 meses sin dinero, entonces no le pagamos a los hospitales sino hasta este mes (diciembre/97), el de acá todavía no ha mandado la facturación. El hospital San José nos siguió atendiendo, le tuvimos que pagar intereses por mora”. “La dificultad con los pagos del FOSYGA y de la Dirección Departamental ha sido muy grande. Y al FOSYGA nadie sabe como llegar... no hay un mecanismo que diga que hacer si éste no paga... es un misterio. Hay una cuenta que se llama Fondo Local de Salud, es manejada por la alcaldía, pero del FOSYGA llega al Departamento y de él a nosotros. El 15% de ley 60, el municipio lo debe pasar al Departamento para que éste lo pase a nosotros....¿te imaginas la vuelta? Al FOSYGA le llegó la plata hace un mes y el Departamento no la desembolsaba, sabiendo la urgencia.... Los 15 puntos de la alcaldía es con lo que vivimos los 6 meses, además del excedente”.

- Oferta de Servicios

Para el gerente de la ESS la oferta de servicios no es suficiente para atender toda la demanda. Es un problema básicamente de capacidad. En el hospital local hacen falta varios elementos como un electrocardiograma, equipos de rayos X, pruebas de laboratorio más complejas, ecógrafo, entre otros. Adicionalmente, los servicios e infraestructura del hospital son subutilizados. La utilización tanto de recurso humano como físico podría incrementarse. Por ejemplo, cuando la Asociación Mutual hizo las fichas de diagnóstico se identificó que solo el 18% de la población había ido a un hospital.

- Acceso a los Servicios de Salud

Para el gerente de la ESS el acceso a los servicios de salud por parte de los afiliados del régimen subsidiado sí ha mejorado. “En la medida en que nosotros remitimos los afiliados

al hospital el acceso aumenta. Además, las personas tienen ahora un mejor conocimiento de sus derechos entonces si necesitan algún servicio ellos piden que se lo presten porque ya saben que la Empresa paga por ese servicio". "El uso de los servicios de salud ha cambiado. A las personas les daba miedo ir a donde un doctor con bata blanca, pensaban que era un ser diferente. Por esto ningún médico de la Asociación Mutual usa bata para que entiendan que son personas comunes pero con un saber diferente".

- Respuesta de los Indígenas ante la Ley 100

Antes de la Ley 100 el Consejo Regional Indígena del Cauca, CRIC, manejaba los aspectos de salud de las comunidades. Cuando una persona ya estaba bastante enferma lo llevaban al Hospital San José a que fuera atendido y el CRIC pagaba los gastos. Además, los indígenas tenían derecho a recibir atención gratuita de caridad de los hospitales. Como este servicio era gratuito y el hospital respondía por los gastos, los indígenas eran atendidos de últimas si alcanzaba el tiempo y si el médico no estaba cansado. Además, generalmente sólo les daban una fórmula de medicamentos. Si les realizaban una cirugía, los indígenas tenían que correr con los gastos de medicamentos y demás cosas necesarias.

Actualmente, los indígenas afiliados tiene un seguro por lo que no van por caridad. El seguro es su pago. Ellos están siendo mejor atendidos por los hospitales porque ya no significan un servicio por la que ellos tienen que responder con sus recursos. Sin embargo, aún tienen muchas limitaciones, especialmente culturales. Alrededor de este nuevo sistema se puede buscar la creación de nuevos procesos y proyectos que les sean más útiles a las comunidades indígenas.

- ◆ ASMET ESS DEL TAMBO

En la convocatoria para la afiliación de la población indígena participaron la Suiza de América ESS, ASMET la ESS de Popayán, entre otras. Escogieron a ASMET "por su entendimiento de la percepción indígena". En la convocatoria, ASMET le propuso a los indígenas varios puntos:

- acomodar el POS-S a la cultura indígena
- asesorar a la comunidad en un estudio mas detallado de las ley 100 para que ellos en un futuro pudieran conformar su propia ARS e IPS.
- crear un equipo con los indígenas que trabajan la salud

Los primeros recursos disponibles para la población indígena alcanzaron apenas para 1.710 personas de los 14.000 indígenas de esta zona. La comunidad fue consciente de los conflictos internos que esta situación iba a crear, pero se decidió participar en el régimen para conocer cómo era su funcionamiento.

Los recursos llegaron condicionados a la solicitud de Guambia ante el Ministerio de Salud, para la afiliación de 3.700 indígenas. La Alcaldía le entregó la mitad a la Suiza de América y la otra mitas a ASMET. Los indígenas seleccionados se escogieron a través de los promotores de salud indígenas, los cuales identificaron las personas mas pobres y de mayor riesgo⁶. Cuando hubo cupo para otras afiliaciones se tuvieron en cuenta otros criterios de selección, como personas que trabajaran en el cabildo, las cuales descuidan un poco sus labores económicas por atender las de la comunidad.

⁶ Debido a que los promotores cada año realizan un censo para programar sus actividades, ya tenían un acercamiento a las personas con mayores necesidades.

Prestación de servicios:

- La ESS cuenta con un equipo extramural que desarrolla labores de promoción y prevención, además, prestan servicios ambulatorios de I nivel y parte del trabajo odontológico.
- Con el hospital local de Silvia contratan servicios del I nivel..."a veces el nombre les queda grande", no tienen la infraestructura ni el recurso humano suficiente, les faltan servicios como rayos X y laboratorio. La forma de contratación fue inicialmente por facturación, pero luego el hospital empezó a exigir que fuera por capitación. Se llegó a un convenio para pagar un portafolio de servicios por capitación y el resto por facturación.
- Hospital Universitario de Popayán San José. Forma de pago: facturación.
- Hospital Regional de Popayán Susana López. Forma de pago: facturación.
- Se tiene contratado servicios de laboratorio con particulares. Forma de pago: facturación.
- servicios oftalmológicos que realizan visitas cada mes. Forma de pago: facturación.

En general, la relación con las IPS es buena, aunque se presentan algunos problemas como que devuelven a los pacientes por falta de una remisión o a veces no los atienden oportunamente, en general son problemas de comunicación porque el personal del hospital no conoce bien el funcionamiento del régimen subsidiado.

Otra situación desfavorable que se ha presentado en la relación ARS-IPS es que, debido a la demora en el pago a las ARS por parte de la Dirección Departamental, las ARS han incumplido el pago a las IPS, las cuales han llegado hasta a amenazar con frenar la atención.

3.2. ONG

♦ Médicos Sin Fronteras

Médicos Sin Fronteras, es una organización española privada, no gubernamental nacida en 1986. Los proyectos desarrollados por Médicos Sin Fronteras son básicamente un proceso de acompañamiento para fortalecer los comités de salud con relación a la organización interna de la comunidad indígena y para fomentar la participación del cabildo en este proceso. Se busca principalmente capacitar al comité de salud en los programas de atención primaria en salud y de la atención materno-infantil. Los proyectos se basan principalmente en el Decreto 1811, el cual, entre otras cosas, le confiere específicamente a los indígenas el derecho inmediato de pertenecer al régimen subsidiado de salud. Las comunidades están luchando para fortalecer el decreto para recibir una mejor atención y en general, para que tenga en cuenta la cosmovisión cultural de éstas comunidades.

Igualmente, se está trabajando en el Régimen Especial para Indígenas, que consiste básicamente en adaptar el régimen subsidiado a las características propias de la cultura indígena, como lo es su medicina tradicional. Con esto también se busca que se diferencie el estrato de los indígenas del de los indigentes; bajo la ley ambos son considerados estrato cero. Además, se quiere capacitar a los indígenas sobre el alcance y las implicaciones de este decreto, darles a entender que la salud es un derecho y no un regalo como ellos piensan.

Uno de los problemas más graves del sistema actual de salud es que la mayoría de indígenas ignoran qué es una ARS, en que consiste y cuáles son sus derechos. La mayoría de los indígenas no exige ningún servicio o calidad por parte de las ARS. También existen dificultades entre las instituciones de servicios y las comunidades indígenas por diferencias culturales. Los indígenas no utilizan completamente los servicios de los hospitales porque desconfían del personal. Ellos se sienten maltratados, especialmente culturalmente, porque son tratados de manera agresiva ante sus tradiciones y su cultura. Por ejemplo, una mujer indígena después del parto es obligada a bañarse; en su tradición indígena debe bañarse con plantas. Las dificultades generadas por diferencias culturales son un problema educativo, de comprensión.

A pesar de estos problemas, el acceso a los servicios por parte de la población indígena ha mejorado. La cobertura es mayor aunque la calidad de los servicios de salud no es muy buena. Los servicios de salud son prestados de manera diferente de acuerdo a cual de las tres ARS estén afiliados. El hospital local de Silvia casi no atiende a los indígenas afiliados a las ARS porque sólo presta servicios de nivel I, los cuales ya han sido contratados con el cabildo o las ARS lo prestan directamente con su equipo extramural. Sólo son remitidos los casos de hospitalización.

Médicos Sin Fronteras está luchando por que haya un mejoramiento en la calidad de los servicios de salud. Inicialmente, los indígenas utilizaron bastante este servicio y le dieron el "visto bueno". A pesar de la posibilidad de tener acceso a los servicios, el gran vacío y rechazo ante el tipo de servicio que reciben en cierta forma genera un menor uso de los servicios. Igualmente, este problema ha llevado a que el gobernador del cabildo de Ambaló creara una propuesta para formar una ARS que funcione para todo el Cauca administrando los recursos para el régimen subsidiado de todas las comunidades indígenas de esta zona. De esta forma, con su propia ARS, se podría prestar los servicios de salud según sus tradiciones y creencias culturales.

Por otro lado, para Médicos Sin Fronteras un grave problema es la forma en que se ha llevado a cabo el proceso de implementación del sistema de salud, el cual ha sido muy politizado. La entrada de las ARS ha tenido un consenso político fuerte al igual que la negociación y organización de la ESS. Por otro lado, la junta directiva de la ESS la están "manteniendo contenta" para que no critique a la Empresa. Esto explica además, por qué, a pesar de la gran asistencia a la junta, nadie cuestiona nada ni se plantean nuevas propuestas.

A nivel global, Médicos sin Fronteras piensa que hay una desconceptualización de la Ley 100 dentro de la Constitución. A pesar de que Colombia fue reconocido como un país pluricultural, la Ley 100 fue desarrollada únicamente desde un sólo punto de vista, sin tener en cuenta la diversidad étnica y cultural del país. La ley de salud se debió realizar de manera más especial o específica para aquellas minorías que son primordiales en nuestro país.

3.3. Cabildos Indígenas

◆ Cabildo de Ambalò⁷

La Constitución del 91 reconoce la diversidad étnica, la educación diferenciada, la pluralidad cultural. La ley 100 coloca a los indígenas en el último estrato, el estrato cero, junto a los indigentes, "como si fuéramos nada".

Para ellos es obvio que deben garantizar la salud de todos, ya sea a través de una ARS, de una EPS, o aunque no estén afiliados. Pero no están muy de acuerdo con las divisiones que establece el SISBEN; si debería haber un régimen diferenciado para los indígenas, pero no el nivel cero. Los indígenas tienen una visión cultural y política muy diferente, no se deben enmarcar dentro del modelo neoliberal, de descentralización. Sin embargo, han tratado de adaptarse a la ley 100 sin cambiar su cultura.

Pero cuando una ARS les ofrece un POS-S, dentro de éste no se contempla la medicina tradicional que es la que ellos siempre han manejado. A veces para captar más población indígena les dicen que tienen un programa especial acorde con sus tradiciones, pero eso en realidad no es cierto. Además en Silvia hay 7 cabildos, donde unos son paeces y otros guambianos, somos diferentes: ellos no tienen esto en cuenta.

El total de afiliados se hizo de acuerdo a la negociación con el FOSYGA, que se hizo a raíz de un paro indígena; allí se negoció un monto total que se dividió entre los cabildos. El paro se debió a que los indígenas no querían afiliarse sólo a parte de la población, en el caso de Ambalò, por ejemplo, los recursos sólo alcanzaban para 1.200 y ellos son 4.000; esta discriminación les podía causar problemas internos.

A pesar de las objeciones, parte de la población indígena - que ha sido seleccionada, dentro de la restricción de recursos- está afiliada a una ESS. La decisión de pertenecer al sistema fue tomada por el cabildo, la autoridad dentro de la comunidad indígena. Sin embargo, la idea detrás de esto es que un futuro ellos puedan formar su propia ARS, conseguir recursos específicos y ofrecer un plan de salud para las comunidades indígenas, teniendo en cuenta la problemática de cada resguardo.

La población seleccionada de esta comunidad estuvo afiliada a la ESS de Popayán, Activa Salud, pero solo por un año y se retiraron. Esta empresa tenía únicamente un interés económico, comenta el gobernador del cabildo. Antes de firmar el contrato estaban muy pendientes, hasta que se firmó el contrato, "a partir de ahí nunca los volvimos a ver hasta el día que dijimos que no se prorrogaba el contrato".

Se llegó a un acuerdo con la ESS. Esta debía darle al cabildo el valor correspondiente al nivel I de promoción y prevención para sus 1.200 afiliados. Dentro del cabildo hay un comité de salud que cuenta con equipo médico tradicional que venía trabajando en la comunidad con recursos de las transferencias de la nación; ellos serían los encargados de prestar la atención. Sin embargo se le prestaban servicios a los 4.000 indígenas, aunque sólo los 1.200 afiliados a la ESS tenían derecho a los otros servicios contenidos en el POS-S que estaban a cargo de la ESS.

⁷ Entrevista realizada al Gobernador del Cabildo; toda la información contenida aquí es su apreciación.

De los \$63 millones del contrato de afiliación por 6 meses de los 1.200 afiliados al cabildo le correspondían \$23 millones por la prestación del I nivel, sin embargo, el gobernador del cabildo dice que hasta después de finalizado el contrato no les habían pagado este dinero. Según el gobernador del cabildo, sólo dos personas afiliadas a la ESS recibieron servicios, "solo atendieron a dos personas que realmente nunca fueron atendidas porque las mandaban de un sitio para otro. Ellos ganaron plata". La ESS no había realizado contrato con el hospital para la atención de los indígenas afiliados a ella.

El cabildo decidió cambiarse de ARS; están en negociaciones con la ESS Nueva Esperanza, del norte del Corinto. No se han afiliado a la ESS de Silvia porque esta en ningún momento propuso trabajar con medicina tradicional ni apoyarlos en la gestión para crear sus propias ARS e IPS. Con la ESS Nueva Esperanza se van a afiliar las mismos 1.200 personas. Se acordó que haya una personas en Popayán que acompañe a las personas remitidas al hospital para que no tengan problemas en la atención. Por el I nivel les van a pagar entre \$50 y \$60 millones.

Desacuerdo con la Ley 100

El gobernador del cabildo plantea tres puntos de desacuerdo con la ley:

- no están de acuerdo con la descentralización del sector salud, no comparten la idea de entregar la responsabilidades a empresas particulares o públicas. Le han exigido al Estado la obligación que tienen ellos frente a la salud de la población. "Llegará el momento en que no podamos pelear con el Estado sino con las empresas. El Estado cada vez se quita mas la responsabilidad de la salud de la población mas pobre".
- Tampoco están de acuerdo en que no se garantice la cobertura total.
- No hay programa específico del Ministerio para comunidades indígenas.

Piensa que hay algunas comunidades que no están en la capacidad de diseñar sus propios programas de salud. "Todo fue a la carrera y solo buscaban afiliar. Antes los indígenas representaban una perdida para el Estado, pero hoy los indígenas significan plata para los hospitales". La ley 100 es una ventaja si los indígenas pueden presentar sus propias propuestas y si las comunidades tienen la capacidad organizativa para tener poder de decisión y autonomía en las decisiones a tomar respecto a su salud.

Respecto al Ministerio de Salud piensan que lo que han conseguido de él es por la presión que han ejercido al hacer la marcha. "El Ministerio tiene buena voluntad pero no tiene las herramientas ni propuestas claras frente a esto. En la práctica no ha sido eficiente. El Estado debe destinar mas recursos para capacitación y plantear propuestas". La ONG Médicos sin Fronteras los ha ayudado mucho.

A pesar de que han trabajado bastante en la propuesta indígena, y han tenido varias discusiones para definir los criterios, las políticas de promoción y prevención y la integración de la junta, todavía les falta bastante. Se piensa pasar la propuesta al Ministerio a mediados del 98, aunque todavía no todos los cabildos están en la misma dinámica. La idea es crear una ARS de carácter público, que el Estado debe apoyar económicamente año tras año proporcionando la UPC para los afiliados de los 54 cabildos indígenas del Cauca. Una sola ARS para toda la población indígena, con una junta directiva con un representante de cada cabildo o de cada una de las cinco zonas de asociación de cabildos⁸.

⁸ Zona norte, Tierra Adentro, Centro, Oriente y Nororient.

◆ Cabildo de Guambía

Secretario general del cabildo: Jose Manuel Tunubalá

La selección la realizó el propio cabildo, "no queremos que nos estratifiquen". Se han escogido los mas necesitados, no han habido críticas a los escogidos, pero si muchas solicitudes de los que no han quedado. Han habido muchos malentendidos: por qué unos sí y otros no?? Hay aproximadamente 5.000 solicitudes dentro de la comunidad. La afiliación es un aspecto positivo para los que ya están carnetizados.

La población dentro del resguardo Guambiano es de 13.500 indígenas. Sólo hay afiliados 1250 a finales del año 97⁹, los cuales están afiliados a ASMET, desde el año 95. Escogieron esta administradora básicamente por el apoyo y la capacitación que ofrecían para formar su ARS e IPS propias, "pero en la práctica fue totalmente diferente". A la empresa solo le interesa la parte financiera, siempre están pendientes de los límites del carné. Al principio no les informaron sobre lo que no cubría el POS-S, ahora sí no lo han establecido claramente. Además, la parte de capacitación no ha sido muy eficiente y en realidad no nos han aportado mucho. El nuevo cabildo tendrá que decidir si la comunidad sigue con ellos o no.

Al principio, ASMET, con su equipo extramural iba a las zonas y realizaba las charlas y talleres. Pero dentro de la comunidad indígena se han ido capacitando algunas personas. Ahora ASMET contrata con la comunidad estos servicios de promoción y prevención (llevan 6 meses bajo esta modalidad).

Anterior a la aparición de la ley 100, el cabildo tenía dos equipos de personal capacitado en el área de salud, conformado por 8 promotores. Ahora se cuenta además con una enfermera, un odontólogo, un médico y 3 médicos internos (convenio con la Universidad del Cauca, 3 médicos por 2 meses). Esta organización ha mejorado bastante la atención de las personas, "a los médicos que han estado varios años dentro de la comunidad les tienen mas confianza". Anteriormente no sentíamos que los servicios de salud occidentales fueran tan benéficos, trabajábamos mas con la medicina tradicional de plantas, ahora "uno se siente como amparado con el carné y se usa bastante", además estamos combinando un poco esta medicina con la nuestra.

En cuanto a las remisiones a hospitales en los casos necesarios, se ha tenido problemas con el hospital local, "el personal no es muy eficiente en su profesión, o de pronto discriminan a los indígenas y a veces exageran en el cobro". En las remisiones a Popayán los atienden con mayor facilidad porque conocen a los médicos que han estado trabajando en el cabildo bajo el convenio con la Universidad del Cauca. En Popayán, donde se encuentra el CRIC, es más fácil porque la gente conoce más la situación indígena. Si un indígena llega con la constancia del cabildo, por lo general lo atienden sin ningún problema.

• Acceso a partir de la afiliación al Régimen Subsidiado

"A nuestra manera de ver, es mejor que no nos discriminen con la carnetización, mas bien que nos atiendan a todos. Nosotros nos sentimos muy mal cuando nos empiezan a discriminar por el carné: unas familias con carné, otras no. Lo ideal sería que todos tuviéramos el acceso sin necesidad de carné, o que todos tuviéramos el carné".

- Ha habido un mayor uso de los servicios de salud a partir de la afiliación al RS?

⁹ Inicialmente había 1017 (año 95).

El tiempo y la época han traído enfermedades que eran desconocidas, entonces nos ha tocado acudir. Por ejemplo, para cirugías. Pero por otra parte, la educación preventiva motiva la utilización de medicina tradicional.

El cabildo de Guambía quiere tener un manejo independiente del régimen subsidiado, crear su propia ARS e IPS. Se ha tenido una mala experiencia con el nivel centralizado. Los guambianos no comparten la filosofía del consejo del CRIC (Consejo Regional Indígenas del Cauca), el cual se centralizó y empezó a malversar fondos. Para evitar estas anomalías es mejor ir organizando, desde la misma comunidad, su plan de desarrollo independiente. Este cabildo no quiere participar en la iniciativa conjunta de las comunidades indígenas del Cauca.

3.4. Comité de Participación Ciudadana

Cielo Inés Melo de Mejía y Rufino Córdoba son fiscales del comité de participación comunitaria de Silvia desde hace aproximadamente unos 6 años. El comité se conformó por decisión de la comunidad a través de las Juntas de Acción Comunal. En este proceso se conformó la directiva del comité y quien la preside es el mismo director del hospital local. Desde hace dos años el comité permanece inactivo, la administración del hospital no los ha vuelto a citar, ni a consultar nada con ellos.

Se han presentado varias quejas acerca del mal manejo de los servicios de salud, principalmente por la mala atención que reciben los usuarios. Según, el comité de participación, las EPS deberían invertir en la infraestructura del hospital como, por ejemplo, en la sistematización del laboratorio. Existe una gran restricción en los servicios que presta el hospital, principalmente por falta de personal capacitado. El comité ha propuesto que los sábados haya especialistas que atienden a las personas con estas enfermedades específicas, pero el hospital no lo aceptó. También proponen una Junta Médica que este controlando los servicios prestados en el hospital y los puestos de salud.

En cuanto al SISBEN, creen que la encuesta se realizó muy selectivamente y en algunos casos hubo influencias de por medio. Las encuestas se pasaban a las Juntas de Acción Local, JAL, y éstas no encuestaron a la totalidad de las viviendas. En su opinión la encuesta del SISBEN debe reevaluarse o actualizarse ya que muchas personas que no deberían estar en el régimen subsidiado están, mientras que las que realmente deberían estar afiliadas quedaron por fuera.

A las Empresas Solidarias de Salud les correspondían 5 veedores pero actualmente solo funciona uno, el cual atiende prácticamente en la casa. Esto lo ven como una debilidad, piensan que debería haber una oficina de veeduría. Este veedor del régimen subsidiado se escogió democráticamente en una Asamblea. En las ESS existen problemas de prestación de servicios; en ocasiones el médico que atiende no es el experto en el área de consulta. Por otro lado, se han dado casos en que no se examina correctamente a los pacientes y además, no los mandan al hospital dado que les sale muy caro a la ESS.

La principal preocupación del comité es la creación de una veeduría organizada y respaldada por el gobierno para así lograr cambios hacia una mejor prestación de servicios y además, para frenar la corrupción. Además, la Personería Municipal debería trabajar en equipo con los veedores ciudadanos, sin embargo hasta ahora no lo ha hecho.

Respecto al tema de la descentralización del municipio el comité de participación prefiere que el sistema de salud quede en manos del departamento, porque piensan que al pasar a ser responsabilidad del municipio se politizaría la salud. Para ellos la Ley 100 muestra un gran esfuerzo por parte del gobierno, "pero desafortunadamente los dineros llegan a unas manos y no a la población que los necesita".

4. Conclusiones

La implementación del régimen subsidiado en el municipio de Silvia ha estado caracterizada por una división entre el desarrollo del régimen subsidiado dentro de las comunidades indígenas y el del resto de la comunidad local. Existe una administración dual del sector salud: la de la población indígena y la del resto de la población, en su mayoría campesinos. En el caso de la población indígena, los resguardos, como unidades territoriales especiales creadas por la constitución de 1991, tienen autonomía administrativa y financiera¹⁰ para el manejo de la salud. En el segundo caso, es la Secretaría Departamental del Cauca la encargada del sector, al ser Silvia un municipio aún centralizado.

Los indígenas, a pesar de su participación en el régimen subsidiado, plantean varios puntos de desacuerdo con el sistema. Primero, no aceptan el hecho de que sean clasificados como de estrato cero, junto a los indigentes. Segundo, no aprueban la diferenciación entre afiliados y no afiliados, cuando todos por ley tienen derecho a la afiliación. Esto crea roces dentro de la comunidad por el efecto discriminatorio que esto tiene. Tercero, sienten que ellos deberían tener un régimen especial indígena, que tenga en cuenta su cultura y medicina tradicional. Sienten que la ley 100 está desconociendo la constitución del 91 al plantear un sistema que no considera las diferencias culturales de la población. Además, los dos cabildos entrevistados se han sentido engañados por las ARS que les prometieron guiarlos en la conformación de las ARS e IPS especial para indígenas; tampoco apoyaron, según ellos, las prácticas tradicionales con lo que se habían comprometido.

Los indígenas están decididos a crear sus propias instituciones para que afilien y presten los servicios de salud. La posibilidad de conformar este régimen especial para indígenas es la ventaja que ellos le otorgan a la ley 100. Sin embargo, en este propósito no existe una unión entre la comunidad indígena del municipio. Aunque la mayoría respalda la idea de una sola ARS que administre el régimen subsidiado para la población de todos los cabildos. El cabildo de Guambía por ejemplo, quiere conformar su propia ARS e IPS principalmente por su desacuerdo con el CRIC –Consejo Regional de Indígenas del Cauca.

Por el otro lado, el régimen subsidiado de la población no-indígena es manejado desde la Secretaría Departamental del Cauca. La alcaldía, por medio de la oficina del SISBEN, realizó la encuesta a la población urbana y campesina. Según la ESS La Suiza de América y el hospital, la alcaldía ha participado en el desarrollo del régimen subsidiado de manera positiva, sobre todo en el pago cumplido de los contratos de afiliación. Sin embargo, en la entrevista el alcalde (saliente) no parecía conocer muy bien el tema del sector en aspectos cruciales como la transformación de los subsidios de oferta a demanda y el aumento de la cobertura. Con el administrador del Sisben fue imposible coordinar una entrevista; no se recibieron muy buenas referencias de él por parte de la comunidad. La Secretaría Departamental por su parte, se caracteriza (al igual que en el otro municipio del departamento estudiado) por el retraso en el pago de los contratos de afiliación. A diciembre del 97 debía los recursos de 9 meses.

No se debe desconocer que dentro de la comunidad no-indígena de Silvia existe un cierto recelo hacia la comunidad indígena, principalmente por el poder que éstos últimos han adquirido a partir de la Constitución de 1991. El alcalde saliente contaba cómo los

¹⁰ Los resguardos reciben directamente los ICN y los recursos del Fosyga.

güambianos habían logrado que el presidente fuera hasta el resguardo, se comprometiera a entregarles mas subsidios y les había donado carros y máquinas de escribir, y ni siquiera había pasado por el municipio y el alcalde no logra ni una entrevista telefónica con él. Algunas de las personas de la comunidad ven con preocupación que el alcalde elegido sea güambiano, pues éste podría "gobernar sólo para los güambianos".

- *Hospital Local:*

El hospital local de Silvia, a pesar de no haberse transformado en ESE, ha experimentado un proceso de descentralización importante al quedar al mando de una de las tres Unidades Locales de Salud del Departamento. La autonomía presupuestal que esto le entrega ha facilitado su operación y funcionamiento. La transformación en ESE depende del acuerdo entre el consejo municipal y el Departamento respecto al cubrimiento del déficit presupuestario, la carga prestacional y el déficit de dotaciones.

El cambio positivo en la posición del director del hospital frente a la reforma evidencia los beneficios que ha recibido el hospital a partir de ésta. Se resaltan el incremento en las rentas propias (venta de servicios), el superávit de 1997 y la posibilidad de compensar la reducción de los recursos de oferta.

- *Acceso:*

Los representantes indígenas entrevistados han sido las únicas personas, de todas las entrevistadas en los 16 estudios de caso, que no han reconocido que la afiliación al régimen subsidiado ha mejorado el acceso a los servicios de salud. Ante todo, resaltan la injusticia de la discriminación entre afiliados y no afiliados y la necesidad de ser carnetizados para recibir los servicios. Sin embargo, la ONG entrevistada que trabaja muy de cerca con ellos reconoce una mejoría en este aspecto.

La situación anterior entrega una lección muy importante: en la aplicación de una ley, se deben tener en cuenta las diferentes características de los grupos de población colombianos para que el programa logre un desarrollo adecuado. No se debe retroceder en el avance de la nueva constitución al reconocer la diversidad étnica y cultural. Sin embargo, también se debe tener en cuenta que la constitución buscó corregir la discriminación histórica entre etnias y se debe tener cuidado de no estar generando nuevas diferenciaciones, solo que en sentido contrario. Es muy difícil en un municipio como Silvia, donde convive población indígena y población campesina pobre explicar por qué el indígena tiene el derecho inmediato de recibir el subsidio¹¹, solo por el hecho de ser indígena, mientras el campesino, que puede vivir en peores condiciones no lo tiene.

Finalmente, en el caso de la población campesina y rural afiliada, las personas entrevistadas han coincidido en un aumento importante en el acceso a los servicios de salud a partir de su afiliación al régimen subsidiado.

¹¹ Aunque en el Acuerdo 77 hay una norma que dice que el indígena que tenga trabajo formal no tiene derecho al régimen subsidiado automáticamente.

Referencias:

Diagnostico del Municipio de Silvia, Medicos sin Fronteras, 1995.

Plan de Promoción y Prevención, Asociación Mutual la Suiza de América, Octubre de 1997.

Entrevistas:

Juan Carlos Vidal, director Hospital

Jairo Heber Jair Otero, Alcalde

Hugo Portela, Director Ejecutivo ASMET

José Luis Morales, Director Ejecutivo Asociación Mutual La Suiza de América ESS

Trabajadora Social, Médicos sin Fronteras

Jose Manuel Tunubalá, Secretario general del cabildo de Guambía

Cielo Inés Melo de Mejía y Rufino Córdoba, fiscales del Comité de Participación

Gabriel Piyimué, Gobernador del Cabildo de Ambaló

Nota: fue imposible hablar con el señor Gerardo Vidal Murcillo, administrador SISBEN, ya que incumplió la cita que se tenía concertada.

6. Anexo

**CONTRATO INTERADMINISTRATIVO MINISTERIO DE SALUD
MUNICIPIO DE SILVIA - ASOCIACIÓN MUTUAL LA SUIZA DE AMÉRICA**

NO. CONTRATO	FECHA DE PAGO	VALOR DEL PAGO	ENT. EFECTUÓ PAGO
122-05-08-96	05-12-96	66.382.250	Serv. Salud Cauca
122-05-08-96	21-01-97	67.396.035	Serv. Salud Cauca
122-05-08-96	21-01-97	17.644.762	Serv. Salud Cauca
122-05-08-96	26-03-97	40.437.621	Serv. Salud Cauca
122-05-08-96	04-04-97	124.457.592	Municipio Silvia
122-05-08-96	09-09-97	15.121.421	Serv. Salud Cauca
122-05-08-86	31-07-97	19.805.374	Municipio Silvia
122-05-08-96	09-09-07	39.610.748	Municipio Silvia
061-27-06-97	13-11-97	11.298.333	Municipio Silvia
TOTAL		402.154.936	

FUENTE: Asociación Mutual la Suiza de América E.S.S.

Municipio Puerto Tejada - Departamento del Cauca

1. Caracterización del Municipio¹

1.1. Descripción del Municipio

El municipio abarca un área de 102 kilómetros cuadrados y se localiza sobre el nivel del mar, con una temperatura promedio de 23 grados centígrados. Se encuentra a 110 kilómetros de Popayán (capital de Departamento del Cauca) y a 16 kilómetros de Santiago de Cali (capital del Departamento del Valle del Cauca).

De los 40.261 habitantes (población total en 1995), 34.257 viven en la zona urbana (86%) y 6.004 en la zona rural. El promedio de habitantes por vivienda es de 6.98. La zona urbana está compuesta por 22 barrios y el área rural por 10 veredas. El 95% de la población es de etnia negra.

El índice NBI es del 49% y el del departamento del Cauca es de 69% en promedio. Sin embargo, según las condiciones observadas en la realidad este índice está por debajo de las condiciones reales de la población. Es necesario ajustar el NBI ya que repercute negativamente en la asignación de recursos destinados para la salud (Plan Local de Salud, Julio de 1997).

De la población que estudia primaria, solo el 48.7% avanza a secundaria en el sector oficial y el 71.2% en el privado.

La población económicamente activa que está entre los 15 y 65 años de edad es del 59.6%. La tasa de desocupación es muy alta, del 17.9% comparada con la de la nación que es de 10.4%. Sin embargo de la población que trabaja, el 93.4% recibe menos de dos salarios mínimos legales y gran parte de los ingresos son destinados a la alimentación.

- Participación Social

Están funcionando los comités de veeduría los cuales han hecho aportes en el desarrollo de instituciones como el Hospital Local, el ISS y la Administración Municipal. También funcionan las Asociaciones de Usuarios del Hospital Local y del ISS quienes participan en el control y administración de estas instituciones. El comité de participación comunitaria que se formó hace más de un año no está funcionando. Está pendiente la organización del consejo municipal de seguridad social.

1.2. Oferta de Servicios de Salud

El nivel de salud es consecuencia del desarrollo del municipio y del alcance de los componentes del bienestar. La escasa educación y cultura no permiten el fomento del autocuidado y sobre todo la no concurrencia a tiempo a las instituciones de salud para la prevención, tratamiento o rehabilitación de las enfermedades. Además, los escasos presupuestos no permiten ofrecer verdaderos programas de salud.

CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN PUERTO TEJADA 1995

Orden	Causa	Frec.	Tasa X 1000
1	Homicidios y lesiones infligidas intencional/ por otras personas	30	0.75

¹ Tomado de "Plan Local de Salud Municipio de Puerto Tejada", Secretaria de Salud, Julio de 1997.

2	Enfermedades Cerebrovasculares	22	0.55
3	Otras enfermedades del corazón	21	0.52
4	Infarto agudo al miocardio	15	0.37
5	Enfermedad hipertensiva	13	0.32

OFERTA DE SERVICIOS PROFESIONALES - PUERTO TEJADA 1995

PROFESION	SERVICIO PRIVADO No. de profesionales	HOSPITAL CENTENARIO No. de profesionales	CLINICA I.S.S. No. de profesionales
Médico General	6	9	12
Médicos Especilista	1	1,5	2
Odontólogos	5	1	5
Bacteriólogos	3	2	3
Fisioterapia	0,5	0	2
Nutrición	0,5	0	1
Psicología	0,5	0	0
Fonoaudiología	0,5	0	0
Higiene Oral	0,5	1	2
Enferm. Profesional	0	1	3

Dada la situación geográfica de Puerto Tejada, al Hospital Local consultan pacientes de las zonas rurales de 5 municipios. La población que atiende el ISS y otras EPS es de aproximadamente 20,534 habitantes. El Hospital Local debe estar preparado para atender a los afiliados del ISS que son desvinculados de sus empresas ya que la mayoría de estos son contratados por épocas para labores principalmente agrícolas, especialmente caña de azúcar. La administración municipal está interesada en la coordinación interinstitucional para que la prestación de servicios de promoción y prevención del ISS y otras EPS se hagan conjuntamente para optimizar los recursos existentes.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN IPS Y EPS

	Pob Total	Pob Asignada Iss Y Otras Ips	Pob Asignada Hospital Local
Total	40.261	20.534	19.727
%	100	51	49

1. 3. Dirección Local de Salud

La Secretaría de Salud del municipio se creó en agosto de 1996. Anterior a la creación de la Secretaría, el sector salud estaba a cargo de Planeación Municipal. El municipio de Puerto Tejada aún no está descentralizado, sin embargo, ya el municipio ha desarrollado los requisitos para recibir la certificación. El consejo municipal en 1997 apoyó la transformación del hospital en Empresa Social del Estado, se transformó el Fondo Local de Salud y se creó la Secretaría de Salud. "Todo está ya en el Departamento para ser enviado al Ministerio de Salud".

Actualmente, la Dirección de Salud Departamental le envía los recursos al municipio. El Fondo Local de Salud se creó en 1994, pero nunca se reglamentó. En 1997 fue reestructurado con los parámetros de las leyes 10, 60 y 100. Se esperaba que a partir del 98 los recursos del sector, correspondientes al FOSYGA, situado fiscal y a los ICN llegaran directamente al Fondo Local. Sin embargo, a marzo del 98 el municipio aún no ha recibido la certificación.

El 40 % de los recursos destinados a salud de los ICN de libre inversión fueron

destinados en el 97 a la ampliación del hospital, la contratación de dos médicos, uno para trabajar en promoción y prevención y el otro para elaborar el Plan Local de Salud y el PAB, que son requisitos para la descentralización. En el 98 se piensa destinar la mayor parte de estos recursos para la atención del PAB, el cual se va a contratar con el hospital.

Para este año se tiene previsto comenzar a ejercer labores de vigilancia y control sobre el sistema, "en este momento eso lo debería hacer el departamento, pero nadie hace eso". El municipio va a ceder los centros y puestos de salud, todo va a quedar como un satélite del hospital.

2. Implementación del Régimen Subsidiado

2.1. Identificación, Selección y Afiliación

Inicialmente, con unos listados de un censo que se había realizado varios años atrás, se identificaron las zonas más vulnerables del municipio. En estos barrios deprimidos de invasión se realizó el SISBEN, contratado con una empresa particular de Buga². Se seleccionaron los ancianos, las mujeres cabeza de familia, los enfermos, los indigentes, y las personas con más bajos puntajes del SISBEN, en total 1.700³ personas beneficiarias del subsidio de salud.

Estas 1.700 personas se afiliaron con los recursos del municipio, es decir, los 15 puntos de los Ingresos Corrientes de la Nación que deben ser dedicados a subsidios de demanda del régimen subsidiado. El contrato de afiliación lo realizó la Secretaría Departamental como EPS-T, el municipio y la ESS de Puerto Tejada y Padilla, Coobsafam.

Para la afiliación del año 96 se incluyeron las familias urbanas con puntaje inferior a 47 puntos y 400 personas del área rural. De acuerdo a la participación de cada vereda en la población rural total, se seleccionaba el número de personas a afiliar por vereda. El total de población afiliada fue de 5062. Esta población fue afiliada a la ESS Coobsafam, única ARS presente en el municipio.

A finales de 1997 se realizó una verificación del SISBEN; esta vez la encuesta se aplicó a toda la población urbana y rural. Se contrató una empresa privada, SIAP para la realización del SISBEN. De las personas seleccionadas con base en esta nueva encuesta, solo 800 estaban ya afiliadas. Es decir, de las 6.705 personas afiliadas al régimen subsidiado, 5.905 deberían salir para darle el cupo a personas más necesitadas según el SISBEN. "Como la afiliación inicial se hizo básicamente por listado y la gente iba viniendo, la información no era muy exacta" (Secretaría de Salud).

Esta situación creó mucho malestar dentro de la comunidad. La Secretaría de Salud comenta que la ESS insistió a las personas a realizar una manifestación. Después de una revisión del Sisben, el 30 de enero se volvió a publicar el listado de las personas seleccionadas. No hubo mayores cambios, por lo que la comunidad y la ESS decidieron demandar el Sisben ante la Superintendencia de Salud⁴.

² La cual cobró \$7 millones.

³ Según el director de la ESS fueron 2.200.

⁴ Información suministrada por el director de la ESS Coobsafam en una conversación telefónica el 6 de marzo/98.

A pesar de esto, se procedió a la afiliación de las personas seleccionadas por parte de las ARS. El 10 de marzo cada ARS debe notificar las personas que afilió y el 26 de marzo la Secretaría dará los resultados finales de la afiliación. Los contratos se firmarán a partir del 1 de Abril.

NIVEL	POBLACIÓN URBANA	POBLACIÓN RURAL	POBLACION TOTAL	POBLACIÓN SELECCIONADA
I	1.138	89		
II	5.493	845		
Subtotal I, II	6.631	934	7.565	6.705 (88,6%)
III	10.148	48		
TOTAL I,II,III	16.779	1.082	17.861	

La secretaria de salud piensa que el Sisben no es objetivo, que las encuestas deberían estar adaptadas por regiones. Por ejemplo, menciona que en Puerto Tejada la gente tiene fácil acceso a materiales de construcción y a un costo menor porque en esa zona se produce el cemento y muchas personas trabajan en esta industria. Además, por la misma idiosincrasia de la gente, lo primero que hacen es ponerle piso y techo a la vivienda. "La parte de la vivienda fue lo que mas dolor de cabeza nos trajo, lo que en otra parte del país puede significar riqueza, aquí es normal".

Otro aspecto que menciona es que al preguntar cuánto ganan, la gente dice mentiras. "Se debería poder ver algo de la parte sistémica de la gente, que existiera alguna forma de ver el estado de salud". La ley dice que las embarazadas tienen prioridad; "en los primeros meses no se puede saber, además, ese es un estado transitorio".

2.1.1. ARS

La convocatoria se realizó a mediados del 96, pero solo se presentó Coobsafam. Esta es la única ARS que opera en Puerto Tejada, por lo tanto, tiene la totalidad de los afiliados. "Hay una confusión, alguna gente cree que los recursos son de ellos".

Según la secretaria de salud ha habido un mal manejo por parte de esta ARS, comenta por ejemplo, que las actividades de promoción y prevención sólo las comenzaron a hacer cuando se presentaron las otras ARS. Además, al principio del régimen subsidiado la ARS casi no contrató con el hospital local, "el hospital casi se quiebra. Afortunadamente salió el acuerdo que estipula que las ARS deben contratar con el hospital local entre el 40% y 50%".

En Junio del 97 se realizó una segunda convocatoria para ARS; esta vez se presentaron 3 aparte de la ESS de Puerto Tejada. A partir de ese momento las ARS comenzaron a hacer el mercadeo para la afiliación, Sin embargo, el proceso se ha detenido debido al problema que se presentó con el SISBEN.

2.2. Vinculados

Existen aproximadamente 15.000 vinculados; personas del nivel II urbano (todos los rurales están afiliados) y todo el nivel III, tanto urbano como rural. Reciben los mismos servicios que los afiliados (POS-S), excepto los medicamentos y deben cancelar unos copagos mas altos: 20% para el nivel II y 30% para el nivel III.

Para el 98 la tarea de la secretaría es aumentar las personas del régimen contributivo para ir disminuyendo la carga de los vinculados. Sin embargo, como se pudo observar en la proyección de afiliación al año 2000, si los afiliados al régimen subsidiado no aumentan, posiblemente el régimen contributivo no logre absorber el crecimiento de la población y disminuir la carga de vinculados.

PLAN DE TRANSFORMACIÓN DE SUBSIDIO OFERTA DEMANDA

PROYECCIÓN AL AÑO 2000

Años	POBLACION									
	Total Pob R. Contrib.	Total Poblacion Pobre Beneficiaria			Actual Afiliada al Regimen Subsidiado			Vinculados		
		Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
1997	21.620	17.656	3.116	20.772	5.529	976	6.505	12.127	2.140	14.267
1998	22.183	18.116	3.197	21.313	5.529	976	6.505	12.587	2.221	14.808
1999	22.760	18.587	3.281	21.868	5.529	976	6.505	13.059	2.304	15.363
2000	23.353	19.072	3.366	22.438	5.529	976	6.505	13.543	2.390	15.933

Fuente: "Plan Local de Salud Municipio de Puerto Tejada", Secretaría de Salud, Julio de 1997.

En el plan de transformación presentado en el Plan Local de Salud se puede observar que la población afiliada al régimen subsidiado –que en este momento es 6.705- se mantiene constante, a pesar de que la población beneficiaria se incrementa. La afiliación al régimen contributivo aumenta, aunque igualmente lo hace la población vinculada. Es decir, el sistema no tiene proyectado absorber nueva población pobre. Con que recursos se va a atender a una población vinculada creciente? ¿Cuál es entonces la transformación de subsidios de oferta a demanda?

3. Actores

3.1. Administradoras del Régimen Subsidiado

◆ Coobsafam ESS

En Octubre de 1993 se comenzó a desarrollar el programa de Empresas Solidarias (Conpes 01/93) en los municipios de Puerto Tejada y Padilla con los esfuerzos de las Administraciones Municipales, los directores de los Hospitales Locales, la Gobernación del Departamento del Cauca y el Ministerio de Salud. Por medio de la Fundación para el Desarrollo de la Educación en Salud en Colombia y de agentes educativos en salud se capacitaron 2.000 familias⁵ (1.600 en Puerto Tejada) en aspectos de promoción y prevención, "ofreciéndoles a esta comunidad según sus características socioeconómicas y de salud las bases fundamentales para la conformación de la E.S.S. de Puerto Tejada y Padilla" (Coobsafam ESS, 1997).

El 20 de diciembre de 1994 se obtuvo la personería jurídica como una ESS cooperativa y a partir del 1 de julio de 1995 se inician la asociación, carnetización y prestación de servicios. Recibió \$240 millones⁶ del programa de ESS con los cuales debía prestar los servicios entre Julio/95 - Agosto/96. Estaban afiliadas a este programa de ESS 10.000 personas, de las cuales 8.000 eran de Puerto Tejada. Sin embargo, con este programa hubo muchos problemas "por fallas de normatividad y asesoramiento, eso nunca se

⁵ Fudesco y la Secretaría de Desarrollo escogieron personas que no tenían seguro social, que ganaban menos que el salario mínimo, o pertenecían a las zonas mas desprotegidas.

⁶ De estos el Ministerio de Salud aportó 200 millones, los municipios de Pto Tejada y Padilla aportaron 6 millones y el Departamento aportó 33 millones en servicios.

facturó. Se está tratando de legalizar lo que pasó con ese contrato” (Director).

Paralelo a esto, la EPS-T contrató con Coobsafam la afiliación de 2.200 personas⁷ al régimen subsidiado. El contrato tripartita –municipio, ESS y Secretaría Departamental- se firmó en diciembre de 1995 por 6 meses.

Durante este periodo se prestaron servicios de promoción y prevención por medio de agentes educativos. Los servicios para los meses entre el 1 de Diciembre del 95 al 31 de Mayo del 96 se contrataron con el Centro de Salud de Padilla y con el Hospital de Puerto Tejada, por facturación bajo las tarifas SOAT. “De Junio a Agosto del 96 no se prestaron servicios porque se hizo el cambio, por el decreto 2357 del 29 de dic/95, para la conformación de la ARS”.

“En el mes de diciembre de 1995, a través del Decreto 2357, los asociados deberían pertenecer a la base de datos del SISBEN como beneficiarios del estrato 1, 2 ó 3 para poder acceder al subsidio, trastornando así el sistema (subrayado nuestro); pero siguiendo las normas se solicitó la autorización para ser Administradoras del Régimen Subsidiado, la cual se nos concedió mediante la Resolución número 0129 del 20 de febrero de 1996 y así se logró continuar con la población afiliada” (Coobsafam: 1997).

“Entonces resulta que aquí nos hacen el SISBEN, como en todo el país, mal hecho”. A partir de Septiembre de 1996 se inició la afiliación y prestación de servicios a 6018 afiliados de Puerto Tejada (y 1928 de Padilla). Esto implicó que personas que estaban afiliadas a la ESS ya fuera por el régimen subsidiado (2.200) o dentro del programa de ESS (8.000 afiliados) quedaron por fuera con esta nueva afiliación.

En junio de 1997 se vuelve a aplicar el SISBEN, esta vez a toda la población⁸. El listado se publicó el 2 de Dic/97. “De los ya afiliados esperabamos que quedaran entre 600-1000 por fuera, pero la sorpresa fue que solo 656 calificaron”. A raíz de esto la ESS convocó una manifestación pacífica -diciembre de 1997- para que se corrigiera esta encuesta. Se reunieron aproximadamente 600 personas. “Las 6.049 personas que quedaron por fuera pueden solicitar que se rectifique la encuesta (Decreto 77) y eso es lo que se está haciendo. Hay un grupo de esas personas que van a demandar el Sisben. Yo de ser el alcalde, hubiera, antes de sacar el listado, hablado con los de la ESS para ver su reacción”.

Comenta que la gente está diciendo que dentro de las personas nuevas que salieron beneficiadas por el SISBEN hay personas con recursos y con seguro social. La ESS está visitando los 6.705 afiliados actuales para verificar si están en el régimen contributivo, si se mudaron o si ha habido alguna novedad no registrada; esto se está haciendo por medio de los agentes educativos y de los promotores. “Eso es función de la alcaldía, pero mientras eso...”. “El error es que todo el mundo dice que el Sisben no es confiable, ya la gente lo sabe”.

El 30 de Enero de 1998 la Secretaría publicó nuevamente el listado del Sisben. No hubo

⁷ Que la Secretaría dice que son 1.700. No se tuvo la oportunidad de ver el contrato, pero lo mas probable es que 500 correspondan a Padilla.

⁸ El primer Sisben se hizo solo para algunas zonas.

modificaciones. La comunidad –personas que antes estaban afiliadas y quedaron por fuera- demandó al Sisben, al igual que la ESS. La Superintendencia está investigando⁹. En febrero de 1998 se realizó la afiliación de las personas seleccionadas (Sisben 1997). La Secretaría entregó el listado y las ARS debían afiliar a la población. La ESS afilió 4.400 de las 6.705 personas. Sin embargo, dentro de estas 4.400 personas han encontrado 84 repetidas, 50 que tienen seguro social y 150 que ya no viven en Puerto Tejada¹⁰.

“Con base en el NBI, aproximadamente el 41%¹¹ de la población debe recibir el subsidio, y con el SISBEN es el 17%, lo que nos daría a concluir que el NBI da pobreza ficticia o que el SISBEN está mal hecho. La vivienda es un indicador para subsidio de vivienda mas que de salud”.

Carnetización

El proceso de carnetización ha sido difícil. Al principio el carné solo tenía los datos, “pero la gente empezó a prestarlo, a hacer fraude”. Ahora tienen un carné con foto. Diligencian el formulario, les toman la foto y se les entrega el carné. Los miércoles se toman las fotos en la sede de la ESS y los viernes se entregan los carnés. “Varios no han venido, porque de pronto no son los que deben estar”. Sin embargo, casi todos los afiliados están ya carnetizados.

Prestación de Servicios

Para la prestación de servicios se tiene contrato con el hospital local, con un puesto de salud y para los niveles II, III y IV con el Hospital Departamental del Valle. Las actividades de promoción y prevención las realizan directamente a través de 3 grupos conformados por una trabajadora social, una enfermera profesional y un agente educativo.

Al principio la forma de contratación con el hospital local era por *capitación*, pero se cambió a *facturación*. Para los niveles II y III, también por facturación, se tenía presupuestado \$50 millones con el Hospital Universitario del Valle, y se fueron \$120 millones.

“La relación con las IPS no ha sido excelente. El sistema es el que ha causado desfase: aquí se deben \$80 millones, a Padilla \$100 millones”. Esto ha afectado igualmente el flujo de dinero de la ESS al hospital, al cual se le deben varios meses. La ESS tiene una cadena propia de droguerías, una en Padilla y otras dos en Puerto Tejada.

El director piensa que el acceso a los servicios de salud por parte de la población afiliada ha mejorado, pero sobre todo, se ha organizado mejor. “La gente sabe que está dentro de una empresa, que va a pagar un porcentaje de los servicios recibidos”. Además, menciona las bondades del equipo extramural, “llega hasta allá, eso ha permitido un mayor ingreso a los servicios de salud, así sea una simple charla. Ha aumentado las facilidades”. Al principio de la afiliación se creó un boom, “carné nuevo, estrenémoslo”. Ahora, se ha regulado un poco, “ya la gente va de manera mas regulada”.

⁹ Esta información fue suministrada por Milton Jaramillo, director de Coobsafam, en la conversación telefónica del 6 de marzo

¹⁰ para un total de 284 personas, que representan 6.5%.

¹¹ Según el Plan Local de Salud es del 49%.

Respecto a la vigilancia y asesoría que han recibido menciona que Dancoop (Dirección Nacional de Cooperativas), el Ministerio y la Dirección Departamental de Salud han sido los mas presentes, “la Superintendencia es muy lejana, no ha sido presencial. Del Ministerio no ha sido lo que yo esperaba, pero han sido los que mas nos han asesorado. El municipio ha sido al revés, somos nosotros los que los hemos asesorado a ellos”.

IMPLEMENTACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	
LOGROS	DIFICULTADES
Cobertura geográfica	Sisben
Prevención y promoción	El desembolso de recursos y la capacidad financiera de los entes
Participación comunitaria	Prestación de servicios. “Veníamos de un esquema asistencialista, el cambio de curar a prevenir es muy tenaz”.

Qué efecto tiene la competencia por otras ARS?

“Me ha gustado mucho. La gente se queda porque hay calidad... y eso hay que demostrarlo. Deberían llegar mas empresas, pero mas en calidad que en cantidad”. Pero se ha tenido algunos problemas, van a hacer una demanda a la ESS La Mano Amiga, “están entregando carnés a beneficiarios nuestros”. Esto ya se denunció a Bogotá, “pero están investigando”.

“La competencia es mala cuando es desleal. Andan afiliando gente cuando está suspendida la afiliación (por el problema con el Sisben). Lo peor es que la alcaldía sabe eso y no hace nada y dicen que es que tenemos miedo a la competencia”.

3.2. Instituciones Prestadoras de Servicios

◆ Hospital Local Cincuentenario de Puerto Tejada

El hospital de Puerto Tejada es una institución de nivel I de complejidad, de carácter público departamental. Fue fundado en 1960 como un ente público y se transformó es ESE en 1997. “Durante aproximadamente 35 años, el hospital vino funcionando con el modelo tradicional de centro asistencial de paso obligatorio de los enfermos más pobres, sin tener en cuenta ningún principio de servicio al usuario, sino más bien, de servir al tratamiento de las patologías que se presentan en la comunidad. Con el advenimiento del nuevo Sistema de Seguridad Social en Colombia, promulgado por la Ley, el hospital sufre una transformación neta en Empresa Social de Estado en su ámbito político, financiero, estructural y operativo. Se abren nuevas área funcionales, y se lanza al mercado como una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) <...>. Se incrementa la demanda de servicios y la cobertura se amplía a los municipios vecinos.”

A partir de la transformación en ESE se ha realizado una ampliación del hospital: 5 consultorios nuevos, laboratorio, se mejoró la parte estética y se pavimentaron unos patios. Se reestructuró el organigrama: se aumentaron médicos y auxiliares de enfermería.

El Hospital tiene contratos con 2 ARS para la prestación de servicios: la ESS de Puerto Tejada y Padilla, Coobsafam, y la ESS La Mano Amiga. Ambos contratos son por facturación. “La facturación nos permite ser mas eficientes. En la capitación uno corre el riesgo de tratar de rechazar a las personas, pero eso es antimercadeo... el hospital funcionando como empresa debe vender servicios”.

La relación ARS-IPS no ha sido muy buena, según comenta el director del hospital. Respecto a Coobsafam piensa: "en una negociación deben ganar ambas partes. Pero lo que se ha pretendido aquí es tumbar al hospital. No pagan a tiempo, solo se está al día con el año 96". Al 15 de diciembre la ESS le debía al hospital \$77 millones. El problema viene desde la negociación para la prestación de servicios a los afiliados de la ESS. La inexperiencia y la falta de formación del gerente de la ESS son para el gerente del hospital un inconveniente, además de la actitud que ha tomado la ESS en toda negociación, " siempre que se presenta al consejo llega con 10 o 15 personas, ha realizado manifestaciones públicas en contra del hospital". Según comenta el Dr. Espinosa, la relación se ha llevado a un plano personal¹².

En cuanto a la parte financiera del hospital, la nivelación salarial que se debió hacer en el 97 los afectó mucho; a esto se debieron destinar \$120 millones. Se esperaba que para el segundo semestre de 1997 se hiciera una adición presupuestal. El Ministerio destinó \$75.000 millones para todo el país; el Departamento del Cauca recibió \$2.000 millones los cuales alcanzaron solo para 8 hospitales. A Puerto Tejada no le tocó nada.

Para el 3 de Octubre de 1997 se esperaban esos recursos. Se habían disminuido al máximo los gastos: se redujeron los gastos de personal, la compra de equipos, algunos suministros y gastos de mantenimiento¹³; a Octubre sólo se había gastado el 40% del presupuesto. Se hicieron unos traslados presupuestales y se logró llegar al mes de noviembre.

En diciembre se comenzaron a buscar clientes, se contrató con la alcaldía \$35 millones para promoción y prevención correspondiente al PAB. Hubo cambios al interior de la estructura del hospital. Se contrató un economista y una PERSONA que cobrara las cuentas que nos debían. Al 10 de diciembre estábamos en balance, lo que se generara a partir de ese momento era ganancia. Al final del año generamos un superávit de \$40 millones aproximadamente. Pero "hicimos maromas, habíamos ahorrado". "A pesar de la crisis se han hecho cosas". Sin embargo, la reducción forzosa de gastos afectó en parte la calidad de los servicios prestados. Por ejemplo, el turno de algunos médicos se redujo de 8 horas a 4 horas.

"Los hospitales se están afectando tremendamente con la transformación. Teóricamente debería funcionar". Pero en la práctica, la ley 344, por ejemplo, permite que las ARS también presten servicios, realicen actividades de promoción y prevención y que sólo contraten el 40% con las entidades públicas.

El director menciona tres aspectos que se deben cumplir para que el hospital garantice su supervivencia:

- debe vender servicios
- tener una buena facturación y estructura de costos
- las ARS y EPS deben pagar a tiempo

"Si eso sucede, los hospitales no se aprietan, pueden funcionar".

¹² En la entrevista con la Secretaria de Salud fue obvio que las relaciones con la ESS no son muy buenas; aduce esto al mismo tipo de problemas que plantea el director del Hospital.

¹³ En esta parte solo se hizo lo básico, una ampliación cofinanciada con el FIS y la alcaldía municipal.

VARIACIÓN DE LAS FUENTES DE INGRESOS DEL HOSPITAL

	1995	1996	1997	Variación Real
1. Rentas propias				
Régimen subsidiado		187.781.000	213.776.808	-2.69%
Vinculados				
Régimen contributivo			12.887.000*	
Otros		997.000	3.994.890	
SOAT		4.916.000	1.373.282	
2. Situado fiscal y otros				
Situado Fiscal		636.039.000	647.412.000	-13.4%
Aportes Patronales sin Sit.de Fondos		123.115.000	140.375.000	
Excedentes EPS-T			40.000.000**	
Transferencias del serv.público			20.000.000	
Nómina				
3. Recursos municipales				
Convenio embarazadas y enf.de Sida.			35.210.000	
Ecosalud			3.266.000	
4. Cajas de Compensación			2.145.000	
TOTAL		952.848.000	1.120.438.000	0.5%
Superávit	88.584.000	108.969.000	40.000.000**	

*En enero de 1998 aún no habían cancelado.

** Según el director del hospital.

3.3. Veeduría Ciudadana¹⁴

Un grupo de personas de puerto Tejada fueron capacitadas para ser veedores ciudadanos en Popayán y luego en Bogotá, por el grupo de Seguridad Social del Ministerio de Salud. Se entrevistaron dos de ellas respecto a algunos aspectos de la implementación del régimen subsidiado. Los diferentes puntos que se mencionan son transcripciones directas del testimonio de estos dos veedores, por lo tanto se dejan en primera persona para no perder la fuerza y sentido de sus opiniones.

Al principio se reunían cada miércoles. "Algunas personas nos cuentan los problemas, la administración a veces nos llama para diferentes situaciones. Somos catorce los miembros del comité, ahora solo 7 somos los pendientes". "El hospital tiene una asociación de usuarios pero no se ve que es lo que hacen".

- Proceso de identificación y selección

Cuando el Sisben, fue afiliando gente, la gente iba a la alcaldía y la iban metiendo, eso no fue transparente. Los mas pobres...no ha sido así. Desde el momento que arrancó el programa se arrancó mal, no se seleccionaron los mas pobres. Gente no tan pobre, hasta con seguro. No fue bien seleccionado, por amistad, especialmente los últimos cupos. A algunos ni se les hacía la encuesta, con una carta iban y lloraban. En la parte rural, puede que ellos tengan mas medios que la gente aquí, porque tienen tierra.

La ley dice que la persona misma debe escoger donde se afilia, no se pudo escoger, aunque no había otras diferentes a la ESS. Pero ahora si van a entrar otras empresas.

14

- Nueva encuesta

- La mayoría de las personas que estaban, ya no. Han entrado nuevas personas. Esas que han sacado, no tienen seguro social, entonces, ¿por qué quedan por fuera? Hoy se ven cosas raras. Sin embargo hicieron una revisión de la encuesta, 100 encuestas, y están bien, normales. Hay gente que va a demandar. Pienso que debería hacerse otra vez la encuesta para ver si deben estar o no. No se debe dejar por fuera a los que ya venían.

- Por qué si en una familia, tanto el papá como la mamá no tienen trabajo, pero tienen las paredes de ladrillo, ¿por qué se va a sacar al niño? Otro problema es el grupo familiar, aquí no se está dando eso. Tampoco han tenido en cuenta lo del hacinamiento.

- A la gente le conviene tener dos tarjetas, para poder ser atendidos en el hospital y en el seguro. En el ISS por ejemplo, no dan droga.

- La ESS hace las actividades de promoción y prevención, pero la gente si no está bien enterada de eso. Eso debería ser mas amplio, haciendo unas actividades mas claras para la gente.

- Atención al usuario de los servicios

- La atención es buena. Hemos dialogado con la gente y es buena. Ha mejorado respecto al sistema anterior. Deberían haber otros sitios fuera del hospital, pero como no hay la suficiente infraestructura.... El hospital ha tenido que ir transformando su metodología vieja.

- Se ha dado muy poca educación sobre la ley 100, la gente todavía anda loca, no conoce bien el sistema. Por ejemplo con el libre traslado, habrá unos que no querrán cambiar porque no saben que pasará. Para eso se debe hacer una capacitación.

- Acceso

- El acceso ha mejorado a partir de la afiliación de las personas al régimen subsidiado. La gente vive muy agradecida con el programa. Lo defienden, aunque no lo entienden muy bien. Aunque ahora sí la gente ya está preguntando.

- El uso ha aumentado. En el hospital por lo menos ha tenido que aumentar el personal para atender a las personas. Aquí en el hospital faltarían mas médicos para poder prestar una mejor atención. La gente viene y viene, no se si es por estrenar el carné. Se debe capacitar a la gente que tienen el carné para que lo sepan utilizar.

- Yo que conozco el programa, puedo exigir; si todo el mundo manejara la información sería magnífico porque la gente podría reclamar.

- Beneficios frente al sistema anterior

- En el sistema anterior era buena la atención, pero no podían asistir porque no tenían el recurso. Ahora si uno está afiliado a una ARS, donde uno llega es bien atendido. Los otros se atienden por vinculados, ellos pagan mas, pero si no tienen, no pagan. Pero la gente a veces no tiene con qué guardar para la salud. Así pasa una cantidad de gente: se le atiende, se le da la formula y no tienen con qué comprar el medicamento.

- Problemas

Hubo problemas con los medicamentos, con las farmacias de la ESS, a veces no lo entregaban, pero porque la gente no sabía. Pero ya reclamamos, anteriormente se estaba evadiendo esa situación. Pero a pesar de que hemos tenido algunos problemas con la ESS, estamos satisfechos, ellos han mejorado.

- **Relación ARS-IPS**

Al principio las relaciones fueron bastante pujantes. Pero está mejorando, ya se está comenzando a pagar. Pero el hospital estuvo a punto de cerrarle los servicios. Ha habido mucha demora en el trámite de recursos de Popayán a las ARS, y éstas para el pago al hospital. La veeduría ha ido a la ESS por el incumplimiento del contrato con el hospital, por la demora de recursos.

- **Cobertura**

Al paso que vamos, no vamos a llegar a lo que la ley dice de que en el 2000 va a haber cobertura para todos.

4. Conclusiones

- Logros

La aplicación del régimen subsidiado en Puerto Tejada se ha caracterizado por un continuo desarrollo de las condiciones necesarias para el funcionamiento del sistema de la manera como está planteado en la ley. Se creó la Secretaría de Salud Municipal, se transformó el hospital local en ESE y a pesar de no haber recibido la descentralización, ya se han cumplido básicamente todos los requisitos. Se constituyó una ARS comunitaria y para el nuevo periodo de afiliación van a ingresar al mercado otras ARS, consolidándose así el mercado de aseguramiento.

Además, se ha alcanzado un nivel importante de cobertura en la afiliación de la población pobre el cual es un poco mayor al 88% de las personas identificadas por el Sisben en los niveles I y II. A nivel general representantes de grupos institucionales o de la comunidad perciben un mejoramiento del acceso de la población pobre a los servicios de salud a partir de su afiliación al régimen subsidiado.

El hospital local como resultado de su conversión en ESE y de la transformación de recursos de oferta ha orientado su operación hacia la venta de servicios y a la búsqueda de nuevas fuentes de ingresos. La posición positiva del director del hospital ante este cambio lidera la constante lucha por sobrevivir dentro de un nuevo sistema de prestación de servicios. A pesar de las restricciones de recursos, el hospital logró terminar el año 97 con un superávit, principalmente como consecuencia de la política de ahorro y reducción de gastos, pero también por los proyectos que el municipio contrató con el hospital.

A pesar de este panorama, a lo largo del proceso de implementación del régimen han aparecido varios aspectos que afectan la consolidación del sistema de salud local y que pueden afectar la consolidación y el desarrollo futuro del régimen subsidiado.

-Dificultades

Identificación y Afiliación:

La forma como operó el régimen subsidiado bajo el periodo transitorio, muy similar al modelo de aseguramiento por parte de las ARS, le hubiera generado una estabilidad favorable al sistema de no ser por el cambio en la población afiliada en uno y otro periodo. Los diferentes procesos de identificación y selección, el repetido cambio de las personas afiliadas al régimen subsidiado, la confusión de las personas que salieron del régimen y en general, la inconformidad con este proceso, terminaron en la demanda del Sisben, por parte de la comunidad y de la ARS. La demanda al Sisben puede tener efectos adversos graves para el Sistema ya que pierde credibilidad el proceso inicial o primer paso para la afiliación y prestación de servicios de las personas pertenecientes al régimen subsidiado.

- Sisben

Existe a nivel general inconformidad sobre las variables en que se basa el Sisben para clasificar a las personas. A nivel de la Secretaría misma se puede percibir el desacuerdo con el Sisben como mecanismo de identificación por su incapacidad de diferenciar entre características de la vivienda propias de la zona y las condiciones de pobreza en que vive la gente. Sorprende por ejemplo, que la población identificada en el nivel I y II del Sisben corresponda solo al 38% de la población NBI, cuando en la mayoría de municipios se ha

visto que estas dos clasificaciones son bastantes cercanas¹⁵.

- El mercado de aseguramiento

Se evidencia un cambio constante en las reglas de juego para la ESS, inicialmente la única ARS en el municipio hasta 1998, con el agravante de que este tipo de empresa no tenía la capacidad institucional para absorber estos cambios. La ESS se creó sin claridad sobre su papel en el régimen subsidiado, ya que su objetivo inicial era distinto¹⁶. A partir de 1998 han entrado al mercado de aseguramiento otras ARS. Sin embargo, la ESS sigue afiliando el 66% de la población seleccionada, dejando el porcentaje restante para ser afiliado por otras 3 ARS. Es eficiente que hayan 4 ARS para afiliarse a 6700 personas?

Una población afiliada de menos de 7.000 habitantes aparece como un mercado restringido. Además, las 4 ARS presentes en Puerto Tejada son ESS y todas deberán alcanzar una población afiliada de 50.000¹⁷, lo cual probablemente las haga agrupar entre ellas o lleve a que algunas tengan que desaparecer. En el Departamento del Cauca existen 275.877 afiliados, lo que nos daría un promedio de 14.519 afiliados en las 19 ESS. Ni siquiera afiliando (si existieran los recursos) toda la población NBI alcanzarían todas las 19 ARS a tener 50.000 afiliados¹⁸.

- Transformación de Recursos de Oferta a Demanda

Dado que este es un municipio aún centralizado, la transformación de recursos la realiza el Departamento. Sin embargo, en el Plan Local se incluye una proyección al año 2000 de la Transformación de Recursos de Oferta a Demanda. Paradójicamente, esta no considera el aumento de la población afiliada. ¿A qué se dedica entonces la transformación de recursos? ¿Con qué recursos se va a atender una población vinculada creciente?

Sin embargo, el Departamento le redujo al Hospital Local de Puerto Tejada los recursos de oferta en un 13% para 1997. El director del Hospital tiene muy claro el esquema de transformación de recursos y lo que implica. Le preocupa que la ley 344 permita que sólo un 40% de los servicios deban ser contratados con los hospitales públicos, pues de los recursos transformados solo un porcentaje bajo les está llegando. Según él, de los \$16.000 millones que se le entregaron a las ARS por la afiliación del año 96, los hospitales solo recuperaron \$3.000 millones.

- El Hospital Local:

El flujo de dinero ha sido uno de los grandes inconvenientes para el hospital pues las ARS se demoran mucho tiempo en cancelar las cuentas, según ellas, por la demora en el pago de sus propios contratos. Todo esto ha afectado la calidad en la prestación de servicios,

¹⁵ Por otro lado, en el Departamento del Cauca en general, la población NBI afiliada al régimen subsidiado es de 43.9% sin tener en cuenta la capital, en la cual el 59,1% de la población NBI pertenece al régimen subsidiado. A nivel nacional, el 47% de la población NBI se encuentra afiliada al régimen subsidiado. Esto coloca al municipio por debajo del promedio de su departamento y del país en general.

¹⁶ conformar una asociación comunitaria y con unos recursos del Ministerio de Salud entregar a una población seleccionada y por lo general asociada, algunos servicios de salud, especialmente en el área de prevención y promoción.

¹⁷ El Departamento del Cauca es el Departamento con más ESS en el país, actualmente son 19.

¹⁸ Solo 32.157 afiliados.

lo cual reconoce el propio director.

-Interacción en el Sistema

La relación ARS-IPS ha sido bastante regular y así lo plantean ambas instituciones. Esta situación va mas allá de la demora en el flujo de dinero, y de las negociaciones de los contratos de prestación de servicios. Para el director del hospital las ARS no deberían prestar servicios, solo administrar los recursos. Comenta además, que el Departamento del Cauca ha sido el mas afectado porque es el que mayor número de ESS tiene, y parece que el no confía mucho en la capacidad institucional de ellas.

Además, tanto la Secretaria de Salud como el Director del Hospital están en desacuerdo con el manejo que el gerente de la ESS Coobsafam le ha dado a las relaciones interinstitucionales. Esto se lo adjudican a su falta de preparación. El gerente de la ESS por su parte, manifiesta que han sido ellos quienes han tenido que instruir a la Secretaría en el manejo del régimen subsidiado porque no han sabido liderar el sistema.

- Fallas en la Información

La información que reciben los afiliados al régimen subsidiado parece ser deficiente, según lo comentan los veedores ciudadanos que piensan que la mayoría de las personas no saben los derechos que tienen con ese carné y por lo tanto no saben qué pueden exigir; en algunos casos, las ARS se aprovechan de esto. Así mismo, parece que gran parte de la comunidad piensa que los recursos de afiliación provienen de la ESS.

En general, se percibe entre los actores la impresión de que los procesos no son claros y el sentimiento de que cada ente busca su beneficio propio por encima de los intereses de salud para la población. Esto se origina en parte por la deficiente información existente en el sistema y la falta de coordinación entre los actores encargados de la implementación, específicamente entre la Secretaría Municipal y el Hospital y la ESS local.

Referencias:

Plan Local de Salud Municipio de Puerto Tejada, Secretaría de Salud Municipal, Puerto Tejada, Julio de 1997.

Portafolio de Sevicios, Coobsafam ESS, Puerto Tejada, 1997.

“Hospital Cincuentenario de Puerto Tejada”, octubre de 1997.

Entrevistas:

Claudia Rodríguez, Secretaria de Salud

Milton Jaramillo G, Director Ejecutivo ESS Coobsafam

Gerardo Antonio Espinosa, Director Hospital del Cincuentenario

2 Veedores Ciudadanos

Municipio de La Mesa - Departamento de Cundinamarca

1. Caracterización

1.1 Descripción del municipio

El municipio de La Mesa se encuentra localizado al sur occidente de Santa Fe de Bogotá, a una distancia aproximada de 69 Km. Está comunicado con los municipios de Tena, Cachipay, Anapoima, Apulo, Mesitas del Colegio, Tocaima, Viotá, Girardot y Quipile. Es cabecera y capital de la provincia del Tequendama.

El municipio cuenta con un área de 14.700 hectáreas de las cuales se considera 100 hectáreas urbanas y 14.600 rurales para la realización del plan local de salud para el periodo comprendido entre 1998 - 2000.

El municipio está compuesto por tres Inspecciones de Policía: la Inspección de San Javier, San Joaquín y La Esperanza; por 36 veredas las cuales todas están comunicadas con la cabecera municipal; y por 14 barrios urbanos.

Según la ampliación de la ficha veredal implantada por el Fondo DRI y de la información primaria en el sector urbano se puede determinar que en el territorio municipal de La Mesa existe un total de 4.321 familias y 40.25 viviendas albergando una población de 21.791 personas. Por cada vivienda hay un promedio de 1.07 familias y en cada familia un promedio de 5.02 personas.

El 21.83% de la población está en edad preescolar (menores de 7 años), el 20.35% entre 8 y 24 años, el 52.41% entre los 14 y 60 años y el 5.37% son mayores de 60 años. Se puede señalar que la población menor de 25 años representa el 55.18% de la población, es decir, que la juventud del municipio es prioritaria.

Centros Educativos
Municipio de La Mesa 1996

Zona	Escuelas Públicas	Colegios Departamentales	Colegios Privados	TOTAL
Rural	31	3	0	34
Urbana	2	1	5	8
TOTAL	33	4	5	42

FUENTE: Centros Educativos Municipio de La Mesa 1996

Porcentaje de Menores de 12 años Escolarizados
Municipio de La Mesa 1996

Escolares	Número	Porcentaje
Menores de 12 años	5171	61%
Mayores de 12 años	3306	39%
TOTAL	8477	100%

FUENTE: Alcaldía Municipal de La Mesa 1996

El municipio es básicamente agropecuario, donde la ganadería, agricultura, piscicultura, cultivos frutales, caña panelera, café y otros son la fuente de ingresos de la población. El proceso productivo se caracteriza por contar con una buena base tecnológica implementada por la asesoría de profesionales y técnicos particulares e institucionales como la Secretaría de Agricultura, el ICA, la UMATA, el Comité Departamental de Cafeteros y el INCORA. Es importante resaltar la gran vocación turística, basada en la diversidad climática, paisajística y recursos naturales.

Porcentaje Cobertura de Servicios
Municipio de La Mesa 1996

NECESIDADES BÁSICAS	PORCENTAJE
POTABILIZACIÓN DE AGUA	44.0%
ACUEDUCTOS VEREDALES	35.7%
SERVICIO SANITARIO	21.0%
DISPOSICIÓN DE BASURAS	35.0%
ELECTRIFICACIÓN	5.0%
VIVIENDA PROPIA	20.0%
DISPOSICIÓN DE EXCRETAS	20.0%

FUENTE: Alcaldía Municipal de La Mesa 1996

Mortalidad General
Municipio de La Mesa 1996

Causas	No. Casos
Infarto agudo de miocardio	39
Insuficiencia cardiaca congestiva	30
Accidente cerebro vascular	18
Herida con fractura cránea	19
Herida con arma cortopuzante	17
CA de estómago	10
Enfermedad coronaria	8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8
CA de recto y colon	6
Resto de causas	78
Total	233

FUENTE: Estadística Hospital León Alvarez Díaz - La Mesa 1996

1.2 Prestación de servicios de salud

Las organizaciones de prestación de servicios en La Mesa son ESE, IPS públicas y IPS privadas.

Existen IPS privadas dentro de las cuales se encuentran: ASOMÉDICA, MESALUD, UNIDAD MÉDICA U.M., Consultorio de Medicina General, Laboratorios Clínicos, Droguerías, Consultorios Odontológicos, Centros Homeopáticos y de Medicina Alternativa y Parteras.

El municipio de La Mesa cuenta con 3 puestos de salud localizados en las veredas de Buenavista, Laguna Verde y Alto de Frisol. Estos puestos están ubicados en la escuela de cada vereda donde se presta el servicio de consulta médica general un día a la semana. Ocasionalmente, se programan desplazamientos de odontólogos para prestar los servicios correspondientes.

La ESE que opera en el municipio es el Hospital Pedro León Alvarez Díaz el cual es de carácter regional. Presta servicios a los municipios de Cachipay, San Antonio de Tequendama, Tena, El Colegio, La Mesa, Viotá y Anapoima. En cada uno de estos municipios hay centros de salud que dependen del Hospital.

Existen 4 IPS públicas que dependen del Hospital Local que están ubicadas en las inspecciones de La Esperanza, San Javier, San Joaquín y en el casco urbano de La

Mesa. Todos estos centros de salud prestan los servicios de consulta médica general, consulta odontológica, toma y disposición de muestras para laboratorio y servicio de farmacia, excepto el del casco urbano de La Mesa que no presta este último servicio.

La Alcaldía no tiene ninguna ingerencia en el hospital local ya que éste es regional de nivel II. Sin embargo, la relación entre la alcaldía y el hospital es muy buena.

1.3 Administración Local

El municipio de La Mesa aún no se ha descentralizado. Según el alcalde, este proceso no se ha realizado debido a la falta de voluntad política del alcalde y gobernador de la administración pasada. Igualmente, se ha tenido presión del sindicato del hospital porque la descentralización implica que la alcaldía es el ordenador del gasto para el nivel I de atención.

Actualmente, el consejo, el gobernador y el alcalde están interesados en el desarrollo del proceso. El mayor miedo que tiene el alcalde es que al descentralizarse obtengan una serie de responsabilidades pero sin los recursos necesarios para realizar sus nuevos deberes. El alcalde aspira que La Mesa esté descentralizada a mediados de este año.

Hasta el momento los requisitos elaborados para la certificación como descentralizados son:

- Acuerdo de Dirección Local de Salud
- Acuerdo de Fondo Local de Salud
- Adopción de metodología para elaborar el Plan Local de Salud
- Decreto de metodologías de programación, ejecución, evaluación y control de los programas de salud municipales
- Elaboración de contratos con ARS
- Plan Local de Salud

Los requisitos que están en proceso de elaboración son:

- Sistema Básico de Información
- Ingreso a Carrera Administrativa del personal de las IPS municipales
- Afilación a Seguridad Social
- Estudio para la Transformación Institucional

La estructura municipal con la cuenta el sector salud en La Mesa está encabezada por el Alcalde, quien es responsable directo de dirigir las acciones a realizar en salud, delegando la planeación, el cumplimiento y el desarrollo de las mismas en la Dirección Local de Salud.

El municipio ya creó el Fondo Local de Salud mediante el Acuerdo 4 de mayo de 1997 y la Secretaría de Salud Municipal mediante el Acuerdo 5 de mayo de 1997. Sin embargo, la Secretaría aún no está operando porque al alcalde cree que nombrar un secretario sin estar descentralizados sería tener un burócrata sin ninguna función. El Fondo Local de Salud está operando a cargo del alcalde, en éste se manejan los recursos de Ecosalud y del ICN del cual destinan el 25% a salud (15 puntos al régimen subsidiado).

2. Implementación del Régimen Subsidiado

2.1 Identificación y selección

La oficina del SISBEN de La Mesa fue creada en 1994 por iniciativa del departamento y

del municipio, con recursos de éste último. Este proceso fue inicialmente asesorado por Planeación Nacional pero se crearon dificultades en la preparación de los proyectos ya que desconocía la realidad local. Según el alcalde, nadie comprendía la magnitud ni la importancia del SISBEN por lo que las encuestas no fueron realizadas adecuadamente. El SISBEN, en 1995, estuvo inicialmente conformado por un comité el cual trató de implementar la encuesta de la forma más económica posible. Es por esto que se contrató un grupo de encuestadores no capacitado conformado por promotores de salud, estudiantes y líderes comunitarios a quienes se les pagaba por cada encuesta realizada. Los encuestadores estaban interesados en hacer plata por lo que realizaron muchas encuestas sin verificar la veracidad de los datos, principalmente en las veredas, por lo que existe una falta de fidelidad de los datos.

Para el alcalde, el método de clasificación del SISBEN tiene fallas estructurales. Por ejemplo, hay personas que cuidan haciendas sin pagar un arriendo y no tienen con que comer pero el SISBEN no capta estas diferencias y las clasifica en un nivel alto. Otro problema con la base de datos es que las personas dan datos erróneos, las personas cambian la información si creen que la encuesta es para impuestos o si es para subsidios. Es por estos problemas que se presentan dificultades con la focalización de las personas.

En esta primera encuesta del SISBEN se identificaron 10.500 personas de las cuales se afiliaron 7.500.

La oficina del SISBEN actualiza los datos diariamente según la demanda de la población y a través del programa de control de calidad. Ambas actualizaciones se realizan por medio de visitas con la diferencia que en la primera se realiza si alguien pide ser encuestado y la segunda según la escogencia al azar de fichas de la base de datos. El SISBEN envía cada tres meses la base de datos actualizada a la Secretaría Departamental. Actualmente, el SISBEN ha encuestado un total de 21.721 personas de las cuales 14.683 pertenecen a los niveles I y II. A pesar de aumentar el número de identificados, el cantidad de afiliados sigue siendo el mismo por falta de recursos para adiciones de los contratos.

Resumen Estadístico de Población

SECTOR	POBL. TOTAL FOCALIZADA	NIVEL			
		I	II	III	IV
URBANO	7.347	903	4.333	1.791	320
SAN JOAQUÍN	4.087	1.574	1.497	833	188
SAN JAVIER	2.293	456	884	838	115
LA ESPERANZA	4.296	621	1.731	1.769	175
VEREDAS PERIFÉRICAS	3.698	946	1.743	914	95
TOTAL	21.721	4500	10.183	6.145	893
PART. X SECTORES	100%	21%	47%	28%	4%

2.2 Afiliación

2.2.1 EPS-T

La Secretaría Departamental operó como EPS-T. Durante ese periodo se hizo un contrato para la prestación de servicios de los 7.500 afiliados de nivel I y II del SISBEN con el Hospital Regional ubicado en La Mesa. El proceso de carnetización fue bastante desordenado ya que se hizo sin ningún límite de tiempo; la mayoría de los afiliados no recibieron el carné. Todo este proceso transitorio se llevo a cabo a nivel departamental

por lo que el municipio estuvo completamente aislado del proceso. Esto trajo problemas en el municipio ya que al culminarse el periodo transitorio, el alcalde desconocía varios de sus deberes y derechos.

2.2.2 ARS

Al igual que en el periodo transitorio, el municipio no jugó ningún papel durante el proceso de convocatoria de las ARS. El departamento llevó a cabo la convocatoria y luego le informó a cada municipio que ARS le correspondía para la afiliación de la población. En el municipio existen 5 EPS que son ISS, Convida, Caprecom, Saludcoop y Unimec EPS y 2 ARS que son Unimec y Cafesalud.

El monto de la contratación con las ARS depende de los ingresos del Fondo Local de Salud y del presupuesto aprobado por el departamento ya que los contratos siguen siendo tripartitas porque el municipio aún no se ha descentralizado.

Se realizó un contrato con las ARS de junio de 1997 a marzo de 1998. El municipio ha tenido problemas para pagar completamente el contrato debido a que el departamento realizó los contratos según la disponibilidad presupuestal calculada que al final resultó ser menor a lo esperado. Sin embargo, ya se tienen los recursos faltantes para el pago de los contratos los cuales provienen de los carnés no entregados por las ARS multiplicados por el valor de la UPC.

En el municipio de La Mesa se realizó el libre cambio de ARS hasta el 31 de diciembre de 1997. En total se realizaron 54 traslados de Unimec a Cafesalud.

El municipio no ha realizado las labores de vigilancia y control de las ARS por falta de recursos. Según el alcalde, la falta de interventorías constantes y de información a la población ha permitido que las ARS no cumplan completamente con sus deberes, especialmente las labores de promoción y prevención. Sin embargo, en este momento las ARS están siendo vigiladas y controladas por el municipio. Principalmente, se vigila el cumplimiento del POS-S, la entrega de medicamentos, la carnetización de los afiliados y las acciones de promoción y prevención.

Para la administradora del SISBEN, el régimen subsidiado en salud ha operado mejor con las ARS que con la EPS-T porque "la empresa privada funciona mejor que la pública". Durante el periodo de la EPS-T todo era un desorden y nadie sabía nada, mientras que con las ARS todos están mejor informados y además, tienen deberes por los cuales deben responder.

La alcaldía ha realizado labores de información mediante visitas a las veredas donde se hacen seminarios y foros. El alcalde quiere crear un proceso de información a cerca del nuevo sistema de salud y de los deberes y derechos de las personas. Con este proyecto pretende que las personas no le hagan "conejo" al sistema y así alcanzar una mayor cobertura. El problema es que el municipio no tiene los recursos necesarios para realizar el proyecto.

Para el alcalde el mayor logro del régimen subsidiado es que ahora 7.500 personas de La Mesa si tienen salud mientras que la mayor dificultad ha sido la falta de recursos para asesorarse de forma permanente para así llevar a cabo correctamente el desarrollo del sistema de salud. Otra gran dificultad hasta ahora presentada son las malas encuestas y por ende la incorrecta focalización de recursos.

En cuanto al acceso, cree que éste ha mejorado y que se ha logrado un gran avance. Anteriormente, las personas iban por caridad pidiendo limosna, en cambio ahora las personas tienen un carné que les da el derecho a ser atendidos sin necesidad de pago. Además, la competencia entre ARS y hospitales ha mejorado la calidad de los servicios. Aunque el hospital local realmente no tiene competencia, la mentalidad ha cambiado.

El alcalde cree que el uso de los servicios de salud también ha mejorado. Ahora la población tiene la posibilidad de enfermarse y ser atendido sin pagar completamente el valor del servicio. Es evidente que el uso ha aumentado pues el hospital siempre está lleno.

El alcalde cree que el país no alcanzará la cobertura universal en muchos años. Piensa que para el año 2001, La Mesa tendrá una cobertura del 80% o 90% ya que esa es una prioridad de su administración, meta que será más fácil de lograr al descentralizarse el municipio. Cree que a nivel nacional es muy difícil conseguir la meta de cobertura universal; una de las razones es que las personas miden la eficiencia de un alcalde por las obras físicas construidas y no por las obras sociales. Él cree que el Estado debe crear unos canales para que todos los gobernantes del país se encaminen en la misma dirección en busca de una mayor cobertura. Otro limitante que percibe el alcalde es la escasez de recursos que no permite la afiliación de toda la población y limita el nivel de información y pedagogía que se le pueda brindar a la población.

2.3 Cobertura Alcanzada

En el municipio de La Mesa a febrero de 1998 se han afiliado 7.412 personas. Esta cobertura representa el 50.88% de las personas identificadas en nivel I y II del SISBEN.

2.3.1 Diagnóstico financiero para 1998

- Recursos Financieros

De acuerdo con la asignación y distribución presupuestal para La Mesa, el sector salud cuenta con los siguientes recursos:

-Recursos Servicio a la Deuda:

Servicio a la deuda para financiar proyectos específicos dentro del Plan de Desarrollo Municipal, Puestos de Salud y Proyectos de Asistencia Social en Salud.

Área Urbana	4.008.785.55
Área Rural	5.836.527.00
Subtotal	9.845.312.55

-Gastos de Inversión:

Recursos Financieros Disponibles
Municipio de La Mesa, 1998

1. RÉGIMEN SUBSIDIADO	62%	184.912.969.50
Contrato y/o convenio a la demanda de los servicios de salud de la población pobre y vulnerable - POS-S		
AREA URBANA		66.161.860.49
ARREA RURAL		118.751.109.01
2. LIBRE INVERSIÓN		
	38%	113.430.000.45
AREA URBANA		
		40.099.121.44
Honorarios personal técnico y profesional, salarios y prestaciones sociales		15.099.121.44
Mantenimiento y reparación puesto de salud		1.500.000.00
Dotación puesto de salud		2.500.000.00
Atención población discapacitada diferente al régimen subsidiado		3.500.000.00
Atención tercera edad diferente al régimen subsidiado		3.000.000.00
Alimentación Escolar		13.500.000.00
Promoción y prevención (PAB)		1.000.000.00
AREA RURAL		
		73.330.879.01
Honorarios personal técnico y profesional, salarios, prestaciones y seguridad social		28.000.000.00
Mantenimiento y reparación de centros y puestos de salud de veredas e inspecciones		17.830.879.01
Dotación centros y puestos de salud de veredas e inspecciones		13.000.000.00
Atención población discapacitada diferente al régimen subsidiado		2.000.000.00
Atención tercera edad diferente al régimen subsidiado		2.000.000.00
Programa de nutricional alimentación complementaria para población en edad escolar		5.500.000.00
Promoción y prevención (PAB)		5.000.000.00
TOTAL		298.342.969.85

FUENTE: Plan Local de Salud de La Mesa, 1998

3. Actores

3.1 ARS

◆ Unimec

La oficina de Unimec ubicada en La Mesa maneja los afiliados de este municipio y los de Anapoima, Tena, Mesitas del Colegio y San Antonio. Inicialmente, Unimec afilió a 2.800 personas mediante asignación forzosa. Se tuvo problemas para carnetizar a sus afiliados básicamente por la movilidad de la población. Igualmente se han tenido problemas con la renovación de los carnés porque las personas no cambian los carnés vencidos sino hasta el momento en el cual tienen que utilizarlos.

Después del año de afiliación, ningún afiliado de Unimec se trasladó a la otra ARS¹ ni recibió afiliados de la otra ARS debido al pacto de no agresión entre Unimec y Cafesalud. Actualmente, Unimec cuenta con 3.163 afiliados de acuerdo a las adiciones que ha tenido.

¹Esta información fue suministrada por los representantes de Unimec, sin embargo, Cafesalud y la Administradora del SISBEN confirmaron el traslado de 54 afiliados de Unimec a Cafesalud.

Unimec ha contratado, mediante capitación, al Hospital Regional para la prestación de servicios de nivel I y II. La ARS no ha tenido ningún problema con la prestación de servicios por parte del Hospital ni de sus centros de salud.

Dado que en Bogotá se manejan los contratos con los entes territoriales y con el Hospital al igual que el pago de éstos, los representantes de Unimec en La Mesa no conocen el monto de los contratos ni el flujo de dinero.

Unimec no ha recibido ningún tipo de vigilancia por parte de ninguna institución del gobierno.

Los representantes de Unimec en La Mesa creen que ha aumentado el acceso de la población pobre a los servicios de salud debido a que están mas conscientes de sus derechos y deberes. Creen que el uso de los servicios también ha aumentado "porque antes les era muy caro ir al médico mientras que ahora saben que alguien paga por ellos". Ellos creen que el mayor uso de los servicios no afecta financieramente a Unimec porque los contratos son por capitación.

Para los representantes, el mayor logro del régimen subsidiado es que tiene en cuenta a la población de bajos recursos. En cuanto a las dificultades del régimen subsidiado el mayor problema es la falta de recursos para la afiliación de personas.

◆ Cafesalud²

Cafesalud es una empresa que funciona como ARS, EPS y medicina prepagada que pertenece a la Federación Nacional de Cafeteros. Inicialmente, afilió 4.109 personas mediante asignación forzosa. En 1997 le iba a ser ampliada en 140 la cobertura pero faltó la firma de la Alcaldesa del momento.

Se tuvo problemas en el proceso de carnetización debido a la movilidad de las personas y al difícil acceso a algunas veredas. Sin embargo, "sólo había que decir SISBEN para que todos fueran a buscar el carné porque nadie diferencia una ARS de otra ni del SISBEN". Después del año de afiliación ningún afiliado de Cafesalud se trasladó a otra ARS pero si recibió 54 traslados de Unimec.

Cafesalud contrata con el Hospital Regional y con el Hospital de Cachipay los servicios de nivel I y II. Inicialmente, el contrato con el Hospital Regional fue por facturación pero actualmente es por capitación por petición del Hospital. La oferta de servicios en la zona rural está cubierta por centros de salud pero "el problema es que las personas no creen en los centros por lo que van al Hospital sin antes ir al centro". Las labores de promoción y prevención pueden no seguir a cargo del Hospital sino de Esimed, una filial de Cafesalud, dependiendo de una evaluación que mide la eficiencia del Hospital en esta área. El único problema que ha tenido con el Hospital es por causa de la facturación.

Cafesalud ha tenido problemas con la Secretaría por el pago de los contratos. Por

²Se realizó la entrevista a la coordinadora de Cafesalud en La Mesa, sin embargo, como desconocía gran parte de la información debido a que ésta se maneja a nivel central, también se entrevistó al director del régimen subsidiado de Cundinamarca. Adicionalmente, se tuvo problemas en localizar a la coordinadora ya que Cafesalud en el momento no cuenta con una oficina en éste municipio, aunque están en busca de una.

ejemplo, del contrato de septiembre de 1996 a junio de 1997 les pagaron el mes de abril en agosto y en el contrato de junio de 1997 a marzo de 1998, no le han pagado ni una de las cinco cuotas (a febrero de 1998). Supuestamente, la falta de pago los contratos iba a ser cubierta por el Municipio con las personas que no había sido carnetizadas pero finalmente, el Municipio no lo aceptó³. Dada esta situación, Unimec y Cafesalud pensaron no continuar los pagos a las IPS hasta recibir los recursos correspondientes pero decidieron que era una posición bastante radical que no utilizarán hasta ser extremadamente necesario.

Cafesalud recibe vigilancia por parte de la Secretaría Departamental pero ésta no es muy continua ni eficaz. La Superintendencia de Salud también los vigila mediante la demanda de informes trimestrales.

El director cree que el acceso de la población pobre a partir de su afiliación al régimen subsidiado ha mejorado indiscutiblemente debido al proceso de aprendizaje en el que se encuentra el sistema. "Un gran problema que entorpece el proceso es la ignorancia de las IPS". Cree que la Secretaría Departamental de Cundinamarca, no ha capacitado bien a los hospitales para así mejorar el desarrollo del proceso. En cuanto al uso, el director cree que éste también ha mejorado. "Este será mayor en la medida en que las personas conozcan sus derechos y deberes". En su opinión falta realizar más labores de medicina preventiva.

El director cree que uno de los mayores logros del régimen subsidiado ha sido permitir el acceso a los servicios mínimos de salud y una mayor cobertura así aún no sea la ideal. Esta falta de cobertura se debe básicamente a la falta de recursos y a la falta de información.

Al director le preocupa la competencia, no en los servicios, sino en el manejo político. "Por ejemplo, Convida que es del departamento se maneja políticamente. Es evidente el rechazo por parte de los alcaldes al llegar a los municipios. Convida no sólo se maneja políticamente sino que además, tiene como afiliados a todos los trabajadores oficiales bajo el régimen contributivo".

En los primeros años de Cafesalud se generaron pérdidas, sin embargo, el año pasado se logró llegar a un punto de equilibrio. Inicialmente, se creía que el régimen subsidiado daría pérdidas pero sucedió lo contrario por lo que ha sido "como un colchón para Cafesalud". Esto ha hecho que haya un mayor interés por el régimen subsidiado aunque éste ha evolucionado poco a poco.

"Cree que es más fácil trabajar en Bogotá que en los municipios porque en los municipios los alcaldes son ignorantes y se creen los dueños del municipio y que pueden hacer lo que quieran con el sector salud y los afiliados". Además, se generan varias trabas al no estar descentralizados los municipios porque se producen diversos problemas entre las secretarías departamentales de salud y los municipios. Los conflictos entre estos dos entes terminan involucrando a la ARS.

³La administradora del SISBEN en la entrevista dijo que creía que el municipio si había aceptado el pago de los contratos con los recursos de aquellas personas no carnetizadas.

3.2 IPS

◆ Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz

El Hospital Regional ubicado en La Mesa es el único hospital en este municipio. El Hospital atiende a la población de los municipios de La Mesa, Tena, Cachipay y Anapoima. En cada municipio hay centros de salud que dependen del Hospital; en La Mesa existen cuatro centros. Dado que el Hospital es de nivel regional y depende directamente del departamento de Cundinamarca, entonces el municipio no tiene ninguna ingerencia sobre éste.

Luego de un proceso de transformación estuvo liderado por la Secretaría a través de talleres de capacitación, el Hospital se convirtió en ESE en junio de 1997. A pesar de convertirse en ESE realmente no ha adquirido una mayor autonomía. Según el director del Hospital, la mayoría de los hospitales no estaban preparados para los cambios a los que han tenido que adaptarse pues necesitan una gran inversión en infraestructura y tecnología para poder competir. Pero para poder invertir, dice el director, se tiene que "lagartear" al secretario de salud, al gobernador o algún otro político. Cree, además, que como los hospitales municipales no se enfrentan a ningún tipo de competencia éstos han podido sobrevivir.

La relación con la EPS-T fue buena al ser el Hospital un "subalterno" de la Secretaría Departamental. Durante este periodo el Hospital recibió recursos históricos al igual que nuevos recursos por subsidios de demanda, siendo éstos últimos poco significativos. Inicialmente los contratos se pagaban anticipadamente y luego por facturación. Los contratos por capitación durante ese periodo, determinados según el presupuesto histórico del Hospital y el número de habitantes, no fueron cancelados en su totalidad por la Secretaría.

Al entrar en funcionamiento las diferentes ARS, el Hospital realizó contratos por capitación con Unimec y Cafesalud. Los contratos incluyen las labores de promoción y prevención las cuales se realizan según un perfil epidemiológico de la región.

Para el director del Hospital, ni la EPS-T ni las ARS han sido buenos administradores de los recursos de subsidios en salud de la población pobre. Por ejemplo, las ARS se quedan con el 30% de la UPC por afiliado pero este porcentaje es mayor porque muchos hospitales no facturan completamente el 70% restante y además, las ARS generalmente no le pagan oportunamente. Para el director, la mejor fórmula es que los hospitales tengan el 100% de los recursos de subsidios pero con ciertas modificaciones en la remisión y estructura del sistema de salud anterior para así acabar con los antiguos problemas del sistema.

El Hospital luego de reclasificar a los vinculados en trabajo social les presta los mismos servicios que a los afiliados del régimen subsidiado. La atención a los vinculados es pagada por el Hospital por lo que debe utilizar sus propios recursos. El Hospital ve con preocupación el incremento permanente del número de vinculados.

El departamento ha transformado recursos de oferta a recursos demanda, los cuales para el año 1998 sólo les alcanza para 7 meses. No sólo la reducción de los recursos ha sido difícil sino también el pago inoportuno de éstos por parte del departamento generando iliquidez. El Hospital ha compensado parte de esta disminución de los recursos con la venta de servicios pero las ARS y las EPS no les han pagado agudizando así el problema de iliquidez del Hospital. A pesar de que para el Hospital el régimen subsidiado es bastante menos significativo que el contributivo con respecto a la venta de servicios, las

ARS son más oportunas con los pagos que las EPS y el ISS, especialmente éste último hasta el punto que se cancelaron los contratos por falta de pago.

Variación de las Fuentes de Ingresos del Hospital

miles \$

	1995	1996	1997
1. Rentas Propias	398.768	830.838	1.112.365
Régimen Subsidiado	15.015	68.59	337.416
Régimen Contributivo	34.307	371.275	340.243
Otros *	349.446	390.973	434.706
2. Situado Fiscal y otros	3.056.652	3.615.742	5.166.381
Situado Fiscal	426.832	966.763	1.110.595
Rentas Cedidas	2.629.820	2.648.979	
Transferencias Departamentales			2.723.113
Transferencias de la Nación			1.332.673
Vinculados **		53.578	1.119.225
Total (incluyendo facturación por vinculados)		4.500.158	7.393.971
Total (sin incluir vinculados)	3.455.420	4.446.580	6.278.746

*Otros incluye ingresos recibidos por atención a pacientes particulares, seguro obligatorio, accidente de tránsito, etc.

**Los ingresos por vinculados representan únicamente el monto facturado, no los ingresos recibidos.

La burocratización, politización y clientelismo existente en el Hospital ha llevado a que tenga personal no calificado o en áreas no necesarias. Este clientelismo básicamente proviene del sindicato y de la Junta Directiva. Para el Hospital es difícil controlar esta situación porque el sindicato los demanda o porque el director depende de la Junta. Además, el despido sin justa causa puede ser un problema en el futuro porque al Hospital le tocaría pagar los meses que la persona se quedó sin trabajo.

El Hospital realiza evaluaciones de calidad de sus servicios mediante encuestas e indicadores de gestión mensuales. Estas evaluaciones son realizadas por el comité de gestión el cual está compuesto por los jefes de cada sección que se reúnen una vez a la semana. La Asociación de Usuarios del Hospital fue creada a partir de la transformación en ESE "pero ésta no ha servido para nada" porque no asisten a las reuniones de la Junta Directiva y el Comité de Ética. Por tal motivo el director va a convocar una asamblea para cambiar la junta de la Asociación de Usuarios que ha sido aplazada para evitar la politización de ésta en tiempos electorales.

El director del Hospital cree que ha mejorado el acceso de la población pobre a partir de su afiliación al régimen subsidiado debido a que antes las personas no acudían tanto a los servicios porque tenían que pagar por éstos mientras que ahora no tienen que preocuparse por pagar. Igualmente, el uso de los servicios ha aumentado obligando al hospital a crear nuevos programas y actividades.

Un problema que ve el director en cuanto a Ley 100 es su normatividad porque es desvirtuada constantemente por los decretos modificatorios que permanentemente cambian la Ley dificultando su conocimiento claro y actualizado.

- Principales Problemas y Necesidades del Sector Salud
- PROBLEMAS DEL ÁREA DE ASEGURAMIENTO

SISBEN		
PROBLEMA	CAUSA	RESPONSABLES SOLUCIÓN
-Duplicidad del sistema -Focalizaciones inadecuadas -Desactualización	Desorden Desinformación Falta de vigilancia Mala técnica recolección de la información Deshonestidad	Alcalde Dirección Local de Salud Administrador del SISBEN Planeación Municipal ARS – Sector Salud Personería
No regulación operativa del funcionamiento del Comité Técnico del SISBEN	Falta información e interés por comunidad y Alcaldía. Desconocimiento de normas rectoras del sistema.	Alcalde Dirección Local de Salud Comunidad Administrador del SISBEN
No promoción régimen contributivo	Falta de mercadeo por EPS Falta información por parte de IPS y ARS Desinterés y falta de responsabilidad por la comunidad Irresponsabilidad patronal	Personería Alcalde Comunidad – Patronos Dirección Local de Salud ARS – EPS – IPS Inspección de Policía Oficina de Trabajo
Falta de orientación a los beneficiarios del régimen subsidiado	Falta información por parte de la IPS y ARS Desinterés y falta de responsabilidad por la comunidad Falta de promoción a través del PAB municipal	Personería Alcalde Dirección Local de Salud Comunidad ARS – EPS – IPS Personería

PROBLEMAS ÁREA DE OFERTA DE SERVICIOS		
PROBLEMA	CAUSA	RESPONSABLES SOLUCIÓN
Inexistencia portafolio de servicios	Desconocimiento de la importancia y necesidad para efecto de venta de servicios, contrataciones y seguimiento de los programas de salud que se ofrecen	Alcalde Dirección Local de Salud Gerencia para la Salud de Cundinamarca Ministerio de Salud
Desconocimiento de la oferta de servicios - POS	Desinterés y falta de responsabilidad por la comunidad Falta de promoción a través del PAB municipal	Alcalde Dirección Local de Salud ARS IPS Comunidad
Inadecuada dotación y mantenimiento de IPS municipales	Escasez de recursos Falta de inversión Situado Fiscal por parte del Hospital vigencia 1997 No claridad al asumir las responsabilidades por parte Municipio - Hospital	Alcalde Dirección Local de Salud Hospital de La Mesa IPS Consejo Municipal Personería
Inadecuadas vías de comunicación y acceso a algunos Centros y Puestos	Escasez de recursos Municipales Falta de proyección y apoyo por parte de Administraciones Municipales y Hospital para buscar el desarrollo de dichos centros	Alcalde Planeación Municipal Obras Públicas Hospital de La Mesa Gobernación de Cundinamarca Presidentes JAC y comunidad general

PROBLEMAS DEL ÁREA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL		
DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD		
PROBLEMA	CAUSA	RESPONSABLES SOLUCIÓN
Deficiencia de recurso humano capacitado para trabajar en sector salud	Escasez de recursos del Municipio Falta de capacitación a funcionarios de la administración Criterios inadecuados de selección del personal	Alcalde Municipal Consejo Municipal Gerencia para la Salud de Cundinamarca Ministerio de Salud ESAP
No dinamismo del Fondo Local de Salud (FLS)	Falta capacitación de Hacienda y Tesorería Falta de actualización de cuentas y en el manejo	Alcalde Tesorería Secretaría Hacienda Dirección Local de Salud
Inadecuada facturación	Falta de capitación a IPS y Administración Municipal Falta de organización de la Dirección Local de Salud No coordinación con las ARS	Alcalde Tesorería Secretario Hacienda Dirección Local de Salud IPS Municipales ARS
Deficiencia equipos de trabajo de oficina y para trabajo de campo con la comunidad (Equipo de Cómputo – Audiovisuales)	Falta recursos municipales Falta conscientización de la necesidad Falta de proyección de los servicios de salud	Alcalde Municipal Consejo Municipal Secretario Hacienda Ministerio de Salud Dirección Local de Salud

PROBLEMAS ÁREA DE VIGILANCIA Y CONTROL		
NO REALIZACIÓN DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL SECTOR SALUD		
PROBLEMA	CAUSA	RESPONSABLES SOLUCIÓN
Se desconoce qué vigilar y cómo se vigila	Falta capacitación leyes que rigen el sector Desconocimiento de los procedimientos e instancias de vigilancia	Alcalde Fondo Local de Salud ARS – IPS – EPS Gerencia para la Salud de Cundinamarca Ministerio de Salud Superintendencia de Salud
Recurso humano deficiente para los procesos de vigilancia	No se le ha dado la importancia necesaria Falta de recursos para contratar Inexistencia de normas y planes de vigilancia en el Municipio en los cuales se contemplen responsabilidades claramente.	Alcalde Dirección Local de Salud Consejo Municipal ARS - IPS Personería Control Interno
No adecuada veeduría ciudadana	Falta de capacitación y participación ciudadana Aumentar la promoción de espacios de participación	Veedurias Ciudadanas Dirección Local de Salud Personería Secretaría de Salud Fondo de Participación Ciudadana del Ministerio del Interior Defensoría del Pueblo Gerencia para el Desarrollo Comunitario de Cundinamarca Gerencia para la Salud Ministerio de Salud
Inexistencia del Sistema Básico de Información	Falta de recurso económicos municipales Falta de conscientización de la necesidad	Alcalde Dirección Local de Salud Secretaría Hacienda Consejo Municipal Oficina de sistemas Gerencia para la Salud Ministerio de Salud Control Interno

4. Conclusión

-Afiliación

En La Mesa la cobertura de afiliación con respecto a la población pobre identificada, de los niveles I y II del SISBEN, es del 50.88%. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el número de afiliados es el mismo desde el funcionamiento de la EPS-T debido a que no se ha podido aumentar la cobertura por falta de recursos.

-Prestación de Servicios

La prestación de servicios se ve obstaculizada por diferentes aspectos. Por un lado, el Hospital Regional, con sus centros adscritos, es la única IPS pública que no sólo atiende a los habitantes de La Mesa sino también a los de siete municipios aledaños. Esto podría implicar una sobresaturación del Hospital y por ende un déficit en la prestación de servicios.

Igualmente, es esencial tener presente que como sólo existe un hospital entonces se afecta la eficiencia de éste. Dado que el Hospital no tiene competencia, éste no se ve obligado a mejorar su calidad de servicios porque de cualquier forma los usuarios deben utilizar esta IPS pues no tienen otra opción. Además, por este mismo motivo, la disminución de los recursos de oferta no amenaza su sobrevivencia en el mercado ya que la demanda de servicios es elevada mientras que la oferta es insuficiente.

Por otra parte, la iliquidez que afronta el Hospital, debido a la falta de pago por parte de las EPS, ARS y entes territoriales, afecta la cantidad y calidad de la prestación de servicios. Es importante tener en cuenta que el flujo de dinero es una cadena que al ser obstaculizada en alguno de sus puntos rompe su continuidad por lo que el inoportuno pago entre los diferentes entes del sistema en últimas dificulta la prestación de servicios y por ende perjudica a la población pobre.

-La Información en el Sistema

El sector salud de La Mesa ha estado a cargo de la Secretaría Departamental de Cundinamarca y por consiguiente también el proceso de implementación del régimen subsidiado pues el municipio aún no se ha descentralizado. Dada la falta de participación del municipio en los diferentes procesos, la mayoría de los principales actores del sector salud desconocen en parte el funcionamiento del sistema. Esta falta de conocimiento no sólo se debe a que no han sido involucrados en la evolución del sistema sino además al deficiente flujo de información entre los diferentes entes territoriales y demás actores del sector. Estos dos problemas, la falta de conocimiento y el inadecuado flujo de información, obstruyen el desarrollo de la implementación del sistema.

En el futuro, cuando el municipio se descentralice y sus principales actores estén encargados del manejo del sector salud, se generarán grandes dificultades. Es probable que la implementación del sistema de salud se realice incorrectamente debido al desconocimiento del sistema. Asimismo, la falta de experiencia de los principales actores, por no estar involucrados en el desarrollo del sistema, puede llevar a que el proceso de implementación se frene o desascelere. Entonces, cuál será el futuro del sector salud, se implementará incorrectamente, no se alcanzará la cobertura total del municipio para el año 2001, se canalizarán correctamente los recursos destinados al subsidio a la salud? Estos son sólo algunos de los interrogantes que surgen al percibir la falta de conocimiento de los actores con respecto al sistema de salud.

Referencias:

Plan Local de Salud Municipio de La Mesa, 1998 - 2000. Alcaldía Municipal de La Mesa, febrero 1998.

Entrevistas:

Hermes Villamil, Alcalde

Carlos Eduardo Jiménez, Director Hospital Regional de La Mesa

Olga Muñoz, Administradora del SISBEN

Representantes Unimec

Representantes Cafesalud

Ricardo Alfafulla, Director Régimen Subsidiado de Cundinamarca

Municipio de Zipaquirá - Departamento de Cundinamarca

1. Caracterización del Municipio

1.1. Descripción del Municipio

El municipio de Zipaquirá se encuentra a 49 kms. al norte de la capital de la República. En sus regiones se distinguen dos regiones: al oriente, plana y ligeramente ondulada y al occidente, montañosa. Sus suelos están comprendidos entre los pisos térmicos fríos y páramo.

Las principales fuentes económicas del municipio de Zipaquirá son la industria, el comercio, la explotación de minas de sal y de carbón, la agricultura, con cultivos de papa, maíz y hortalizas, la floricultura y la ganadería especializada en la producción de leche.

La población de este municipio es aproximadamente de 70.620 habitantes.

1.2. Administración Local

El municipio de Zipaquirá aún no se ha descentralizado pero está en el proceso correspondiente. El proceso para la descentralización ha sido bastante largo y lleno de obstáculos generados por el anterior alcalde ya que no quería que se llevara a cabo por la experiencia que tuvieron en el sector educación pero en este momento, 1998, se está realizando el proceso correspondiente.

La Secretaría de Salud fue creada hace dos años, en 1996, pero realmente sólo lleva un año de funcionamiento. Sin embargo, la Secretaría no está operando debidamente porque el municipio no se ha descentralizado. El Fondo Local de Salud se creó en el mismo año que la Secretaría mediante los mismos acuerdos pero actualmente Hacienda Municipal maneja todos los recursos correspondiente al fondo.

Dado que hasta 1997 el régimen subsidiado estuvo a cargo del SISBEN, la Secretaría Municipal de Salud hasta el momento no ha realizado muchas de sus labores. Por ejemplo, no se han vigilado ni controlado a las EPS aunque, a partir de febrero de 1997, la Secretaría está realizando los procesos correspondientes para poder llevar a cabo sus funciones. Igualmente, está planeando hacer programas de capacitación para informar a las personas sobre sus derechos.

El municipio ha recibido diversas asesorías de la Secretaría Departamental, Planeación Departamental y del Ministerio de Salud. La Coordinadora del SISBEN a recibido varias asesorías por parte de Planeación Departamental y la Secretaría de Salud por el Ministerio de Salud. La Secretaría Departamental ha dado asesorías pero no ha realizado ninguna labor de vigilancia y control a las ARS.

Según el Alcalde, la Secretaría de Salud y la Coordinadora del SISBEN, el acceso de los pobres a los servicios de salud sí ha mejorado porque el tener un carné les genera un sentimiento de derecho a demandar servicios. Creen que el mayor problema que impide alcanzar la cobertura universal de la población es la falta de recursos disponibles para poder afiliarse a todas las personas.

2. Implementación del Régimen Subsidiado

2.1 Identificación y Selección

La oficina del SISBEN fue creada en enero de 1996 con los recursos del municipio. La oficina sólo contaba con un trabajador por lo que las actividades a realizar se hacían

mediante órdenes de trabajo donde se contrataba el personal para hacer dicha tarea. Actualmente, la situación no ha cambiado mucho. El SISBEN depende de Planeación Municipal quien contrata al personal ya que la oficina del SISBEN no cuenta con ningún personal propio. Actualmente, existen dos cargos en el SISBEN, coordinador del SISBEN y secretario general, pero estas personas realmente trabajan para Planeación Municipal.

A partir de la creación de la oficina del SISBEN se han realizado varios experimentos para poder realizar la encuesta. En el primer semestre de 1996 la encuesta la realizaron los gestores de salud voluntarios de la comunidad. La ventaja que trajo este proceso fue que los gestores de salud conocían realmente la situación de las personas por lo que sabían quienes eran realmente pobres. Sin embargo, las desventajas fueron que muchos gestores querían ayudar a sus amigos y conocidos y dado que el trabajo se realizó voluntariamente, entonces la oficina del SISBEN no tenía como exigirles calidad. Este experimento fue reemplazado por otro en el segundo semestre de 1996. En ese momento se decidió realizar la encuesta en la oficina del SISBEN. Se pensó que esta idea ahorraría tiempo porque después de realizar la encuesta en la oficina ellos iban a hacer visitas únicamente para confirmar los datos. La gran desventaja se dio por la alta movilidad de las personas impidiendo encontrarlas por lo que se anularon muchas encuestas.

Finalmente, en 1997, por órdenes de trabajo se contrataron 4 encuestadores. La encuesta inicialmente se realizó por demanda principalmente de estrato 1 y 2 y se incluyeron algunos casos atípicos. En este momento a todos los sectores se les ha realizado el SISBEN con primacía de los estratos 1,2 y 3. Este ha sido el sistema más efectivo y eficiente que han utilizado hasta el momento. Estos encuestadores fueron capacitados por la administradora del SISBEN, quien ha recibido capacitación desde 1995 por parte de la Secretaría Departamental y Planeación Municipal. Realmente no se ha realizado una verificación técnica completa del SISBEN, únicamente se hizo en 1997 con los encuestadores una verificación al azar de algunas entrevistas.

El SISBEN, actualmente, a diciembre de 1997, ha identificado a 9.985 personas; corresponden 1.687 a nivel I y 8.298 a nivel II. El número de afiliados al régimen subsidiado actualmente es de 7.911. Este número de afiliados sólo cubre a las personas identificadas por el SISBEN de nivel I y II hasta diciembre de 1996. Todas las personas identificadas en 1997 son vinculados porque no hay los recursos para afiliarlos. A febrero de 1998 había 420 personas pendientes a ser afiliados pero los contratos aún no han sido legalizados.

En cuanto a quejas sobre el SISBEN se han recibido muchas principalmente del área rural y del nivel III. Esto se debe a que muchas personas no fueron identificadas como beneficiarias debido al puntaje del SISBEN. Además, muchas de las personas que ya han sido seleccionadas por el SISBEN no han sido afiliadas por falta de recursos. Para la Coordinadora del SISBEN la encuesta es una herramienta muy útil para el diagnóstico social que ha servido como base de información para muchas entidades.

INFORME ESTADÍSTICO SISBEN
MUNICIPIO DE ZIPAQUIRÁ
FEBRERO DE 1998

Año	Familias	Hogares	Personas	Identific. Nivel I	Identific. Nivel II	Afiliados
1994	1	1	2			
1995	3.26	2.83	12.841			
1996	624	566	2.197			
1997	3.401	2.727	12.525	1.687	8.298	7.911
1998	154	112	565			
Total	7.44	6.236	28.13	1.687	8.298	7.911

FUENTE: SISBEN Municipio de Zipaquirá

2.2 Afiliación

2.2.1 EPS-T

Durante el periodo transitorio la Secretaría Departamental de Salud operó como EPS-T desde el 15 de noviembre de 1995 hasta el 15 de abril de 1996. Inicialmente en octubre de 1995 una empresa privada fue contratada para realizar el SISBEN ya que en ese entonces no existía la oficina correspondiente en el municipio. La encuesta se realizó en los estratos 1 y 2 del área urbana y en toda el área rural.

La carnetización se inició en enero de 1996 por medio de la oficina del SISBEN. Se pudo carnetizar al 100% de la población seleccionada. Para este proceso se reunió a los presidentes de las juntas de acción comunal a quienes se les dio un listado de las personas por sectores para que se le avisara a las personas seleccionadas. Igualmente, se colgaron afiches en los salones de juntas de acción comunitaria, en los hospitales en las veredas, entre otros. El SISBEN sólo interactuó en este proceso y en el reporte de datos novedosos.

La EPS-T contrató toda la prestación de servicios con el Hospital de Zipaquirá. A pesar de que la EPS-T duró hasta abril de 1996, sin importar la vigencia de los carnés se siguió prestando servicios y atendiendo a las personas hasta septiembre de 1996, momento en el cual se inició la contratación con las ARS. Todo el proceso durante el cual operó la EPS-T fue financiado por el municipio.

2.2.2 ARS

La convocatoria de las ARS fue realizada por la Secretaría Departamental de Salud en septiembre de 1996 a nivel departamental por lo que el municipio de Zipaquirá no estuvo en ningún momento involucrado en este proceso. En la convocatoria se seleccionaron las 3 EPS que actualmente operan en Zipaquirá que son Unimec, Convida y Caprecom. Inicialmente, se le entregó a las ARS un listado de las personas beneficiarias del subsidio. Para la Coordinadora del SISBEN, la cantidad de afiliados en cada ARS se determinó más por propaganda que por libre escogencia. Esto se debe a que las personas ignoraban este derecho y a que unas ARS, específicamente Unimec, tenían más recursos que las otras para realizar actividades de mercadeo.

En septiembre de 1996 Unimec afilió a 4.813 personas mientras que Caprecom afilió 1.626. Convida comenzó a funcionar después cuando la Secretaría Departamental de Salud realizó afiliación forzosa de 1.472 personas únicamente a esta EPS de acuerdo a los recursos disponibles para la ampliación de cobertura. Esta afiliación forzosa le trajo problemas a la Secretaría Departamental no sólo por el hecho de ser forzosa sino también porque esa afiliación fue destinada a Convida, la EPS de la Gobernación de

Cundinamarca. La Superintendencia de Salud tomó medidas correctivas ante este asunto que consistían en publicar listados e informar mediante medios de información masiva que las personas afiliadas forzosamente tenían el derecho de escoger la ARS a la cual quieren pertenecer. Dado que muy pocas personas quisieron trasladarse a otra ARS entonces no se hizo ninguna modificación de sus afiliaciones.

A pesar de que los diferentes contratos con las ARS son tripartitas, éstos son manejados directamente por la Secretaría Departamental de Salud por lo que el alcalde no tiene ninguna participación en éstos. El pago de los contratos lo realiza el departamento y el municipio y varía según el contrato. La Coordinadora del SISBEN tiene problemas respecto a este asunto ya que ninguno de los contratos o demás material correspondiente le llegan a su oficina como lo exige la Ley. El municipio de Zipaquirá también tiene problemas con el conocimiento de cualquier tipo de información ya que no hay un mecanismo de información y comunicación entre la Secretaría Departamental y el municipio.

Para la Coordinadora del SISBEN, una ventaja de las ARS frente a la EPS-T es que los afiliados tiene sus propios centros de salud y cuentan con representantes ante quienes reclamar. Por otro lado, cree que una desventaja es que a pesar de que el SISBEN les informa todas las novedades a las ARS, hay unas que no tienen en cuenta esta información y siguen carnetizando a los muertos. Otra desventaja que ocurre es que las ARS se les paga presten o no servicios, estén o no carnetizados sus afiliados. Si embargo, este último problema ya no sucede dado el acuerdo recientemente expedido.

2.3. Cobertura Alcanzada

En el municipio de Zipaquirá a febrero de 1998 se han afiliado 8.331 personas. Esta cobertura representa el 83.42% de las personas identificadas en nivel I y II del SISBEN.

2.3.1. Financiamiento

La Secretaría de Salud destina al sector salud el 25% de los ingresos corrientes de la nación que recibe. De este porcentaje, 15 puntos son para el régimen subsidiado y 10 puntos para dotación (principalmente de los centros de salud), pago de nómina de 2 odontólogos rurales, programas de promoción y prevención y para cubrir el PAB. El PAB ha sido contratado con una sociedad de profesionales independientes para la prestación correspondiente a estos servicios.

Para 1998, el ingreso corriente de la nación es de \$4.629.550.000. De estos, Hacienda Municipal gira el 90% (\$4.166.895.000) y el 10% (\$416.559.500) son de libre disposición. De este ingreso corriente de la nación, \$3.749.935.500 son de inversión forzosa. El 25% de la inversión forzosa es destinado al sector salud (\$937.483.850) de los cuales 15 puntos, \$562.490.325, son destinados al régimen subsidiado y 10 puntos, \$374.993.525, son destinados para el PAB, dotación de los centros de salud, etc.

PLAN OPERATIVO ANUAL DE INVERSIÓN

Año	Proyecto	Inversión Forzosa	Rural	Urbana
1997	Subsidio a la demanda de personas con NBI	416.986.200,00	75.974.885,64	341.011.314,36
1998	Subsidio a la demanda de personas con NBI	492.982.605,00	58.714.228,00	434.268.377,00

FUENTE: Administración del SISBEN

El situado fiscal correspondiente al Hospital le llega directamente del departamento. Con

este recurso el Hospital se sostiene y sostiene a 3 centros de salud de Zipaquirá y paga la nómina de los profesionales de estos centros. Adicionalmente, el Hospital recibe todo del situado fiscal destinado a la Secretaría de Salud para el cubrimiento del nivel I correspondiente al municipio cuando éste se descentralice.

Un grave problema para la Secretaría de Salud es que no tiene ningún conocimiento a cerca de como el Hospital maneja el situado fiscal que le corresponde a la Secretaría. Igualmente, no cuenta con ningún mecanismo de control sobre el uso de estos recursos. Debido a esta dificultad, la Secretaría de Salud busca descentralizarse para recibir el situado fiscal que le corresponde y así prestar todos los servicios de nivel I. Además, al descentralizarse también podría manejar los centros de salud que ha dotado.

El conocimiento por parte de los diversos entes municipales acerca de los recursos que les corresponden es otro gran problema. Por ejemplo, la Secretaría de Hacienda Municipal encontró una serie de facturas enviadas por las loterías que simplemente se archivaban sin conocer que existe un impuesto a las loterías que es destinado a salud. Hasta el momento nadie sabe que hacer con esas facturas ni como es el proceso para cobrar lo que les corresponde. Lo mismo ha pasado en otros años con Ecosalud aunque este año si llegó lo correspondiente lo cual se destina para la afiliación de las personas.

3. Actores

3.1 ARS

◆ Unimec

La oficina de Unimec localizada en Zipaquirá no sólo administra los recursos de los afiliados de esta zona sino también los de la región del Guavio, Ubaté, Tabio, Tenjo, Pacho y Cogua. La población afiliada inicialmente en Zipaquirá a Unimec fue de 4.783 personas básicamente mediante asignación forzosa. En el proceso de carnetización quedaron sin entregar 350 carnés que aún no han sido reemplazadas.

Después del año de afiliación, las diferentes ARS de Zipaquirá realizaron un convenio el cual consistía en que ninguna haría labores de mercadeo para el libre cambio. Sin embargo, Convida incumplió el acuerdo por lo que las otras dos ARS se vieron obligadas a realizar estas actividades.

Unimec ha contratado únicamente con IPS públicas ya que esta es una política de la empresa. Tienen contratos con el Hospital Local y con centros de salud que dependen de éste en la zona del Guavio y Cogua. Todos los contratos de nivel I son por capitación y los otros son por facturación.

La relación de Unimec con las IPS es bastante buena. Generalmente no reciben quejas aunque la mayoría de los reclamos son porque no les suministran la totalidad de los medicamentos o porque no están incluidos en el POS-S. Para estos casos, Unimec a realizado convenios con droguerías para que le den a sus afiliados un mayor descuento en aquellos medicamentos no contenidos en el POS-S.

En cuanto al flujo de dinero han tenido problemas por los obstáculos que implican los contratos tripartitos, la Secretaría Departamental no le ha dado a Unimec los recursos correspondientes desde abril de 1997 y el municipio desde octubre del mismo año, es decir, que a febrero de 1998 le deben 10 y 4 meses respectivamente. A pesar de estos atrasos, Unimec sólo le debe al Hospital desde diciembre de 1997. Para el director, esta situación va a mejorarse en el momento que Zipaquirá se descentralice ya que éste responderá directamente por el flujo de recursos.

El director cree que si ha mejorado el acceso a los servicios ya que las personas no están pidiendo limosna sino que están exigiendo por derecho la prestación de servicios los cuales están siendo pagados. Igualmente, hay una mejor atención lo que hace que se utilicen más los servicios.

◆ **Convida**

Convida es una EPS pública que antes de la Ley 100 era una Caja de Previsión, Caprecundi. Convida no comenzó a operar al tiempo con las otras ARS sino luego cuando la Secretaría Departamental asignó forzosamente, sólo a esta EPS, la totalidad de la ampliación de la cobertura del municipio, 1.472 personas. A los tres meses de esta asignación forzosa, Convida les planteó¹ a estos afiliados la posibilidad de trasladarse a otra ARS pero nadie se cambió. Sólo faltaron 90 personas por carnetizar pero éstas ya han sido reemplazadas.

Para la prestación de los servicios de salud, Convida EPS tienen contratos con Convida-IPS privada para nivel I por capitación y con el Hospital para nivel II por facturación. La relación de Convida EPS con el Hospital Local y con Convida IPS es excelente. La buena relación entre Convida EPS y el Hospital se debe a que ambos tienen el mismo dueño: el departamento de Cundinamarca. Esto les ha facilitado mucho para que ambas empresas se colaboren mutuamente. Además, los empleados del Hospital están afiliados a Convida en el régimen contributivo por lo que ambos trabajan “por y para ambos.”

Igualmente, la relación con Convida IPS es muy buena. Esto se debe a que en Convida IPS trabajan todos los antiguos trabajadores de Caprecundi. No sólo por esto es tan buena la relación, sino que adicionalmente, Convida EPS tiene completa exclusividad de Convida IPS. Es decir, Convida IPS sólo le presta servicios a Convida EPS lo cual les garantiza y asegura la prestación oportuna de servicios y la calidad de éstos. Para el director de Convida IPS, este modelo donde una IPS está “amarrada” a una sola EPS es ideal porque así las IPS no se saturan evitando afectar la eficiencia y calidad de los servicios.

El director de Convida IPS cree que, dada la prelación que se le da a Convida EPS por ser pública y por la facilidad que les brinda que el Hospital y la EPS sean del departamento, la descentralización del municipio de Zipaquirá les puede causar problemas ya que implicaría la pérdida de ciertas comodidades o facilidades.

Para el director de Convida IPS, el acceso de la población pobre a los servicios de salud es todavía bastante limitado debido a que la red pública tiene muchos inconvenientes y a que no hay inversión privada en el sector salud porque el margen de rentabilidad no es muy grande. En cuanto al uso de servicios por parte de la población pobre, cree que éste si ha aumentado ya que los afiliados saben que tienen un derecho y lo exigen.

Para el director de Convida IPS uno de los mayores logros ha sido la dinámica que se le ha dado al sector salud, se logró transformar la atención caritativa por la atención con

¹Según la Secretaria Municipal de Salud y la Administradora del SISBEN, como la Secretaría Departamental asignó forzosamente esas personas a la EPS pública de Cundinamarca, la Superintendencia de Salud tomó medidas correctivas incluyendo la posibilidad de que esos afiliados tuvieran la oportunidad de cambiarse de ARS para así ejercer su derecho de libre escogencia.

financiación asegurada.

Existen varias dificultades para el director. Primero, la cobertura del régimen subsidiado no ha avanzado ni el 10% de lo que debió avanzar hasta el momento. Además, el sistema no se ha consolidado ni descentralizado completamente. Otro problema es que los mecanismos de control no funcionan correctamente y la orientación financiera tampoco es adecuada. Sin embargo, el mayor problema es la politización del sistema lo que ha contribuido a la lentitud del proceso.

3.2 IPS

♦ Hospital San Juan de Dios Zipaquirá

El Hospital Local se convirtió en ESE en junio de 1995. El proceso de transformación se inició a través de talleres de capacitación para los hospitales de nivel II realizados por el Ministerio de Salud. Inicialmente, los diputados crearon resistencia a la transformación pero la decisión de la Gobernación y de la Secretaría Departamental fue decisiva para llevar a cabo el proceso.

Dentro de las negociaciones para la transformación del Hospital en ESE se tuvo en cuenta básicamente el recurso humano y el pasivo prestacional. El recurso humano actualmente es nombrado únicamente por el Hospital y el pago de la nómina se realiza con los recursos del Hospital. En cuanto al pasivo prestacional, el Estado lo asumió hasta 1993 y desde ese año en adelante el Hospital debe pagarlo. Esta transformación en ESE ha traído implicaciones positivas como el mejoramiento de la venta de servicios, antes correspondía al 10% o 11% del presupuesto mientras que ahora corresponde al 27%.

Actualmente (1998), el municipio no tiene ninguna clase de interrelación con el Hospital por lo que la Secretaría de Salud de Zipaquirá está buscando tener alguna relación con el Hospital para controlar el estado de los centros de salud, para asistir a conferencias de promoción y prevención, para contratar con ellos servicios y para definir las áreas de trabajo de los dos entes para no destinar los recursos en la misma dirección y no competir entre sí para la prestación de servicios al descentralizarse el municipio.

Durante la EPS-T, el Hospital celebró contratos por capitación los cuales eran controlados según soportes de facturación. Durante esta época, el Hospital recibió los recursos históricos y nuevos recursos por subsidios de demanda. El gerente administrativo del Hospital cree que la EPS-T no funcionó como debió hacerlo porque era una estructura demasiado pequeña para poder manejar a los 37 hospitales de Cundinamarca trayendo como consecuencia poca vigilancia.

Después de este periodo, el Hospital ha contratado con diferentes ARS, Convida, Caprecom y Unimec. La forma de contratación con éstas es por capitación para nivel I (con Caprecom y Unimec) y por facturación para nivel II (con Convida). A pesar de que las ARS son un poco inoportunas con los pagos, el alto índice de cartera se debe principalmente a la demora en los pagos por parte de las EPS, especialmente el ISS.

El Hospital cobra copagos pero éstos son muy difíciles de recaudar, no sólo porque afiliados no tienen con que pagarlos sino que además, las ARS no han definido bien el cobro de copagos entre sus afiliados. Actualmente, sólo se cobran copagos para Convida para nivel II y Unimec para nivel II. El cobro de cuotas moderadoras es aún más difícil por lo que no realizan estos cobros.

En cuanto a la atención a vinculados, se les presta los mismos servicios que al régimen subsidiado. Sin embargo, esto ha sido un gran problema para ellos porque el porcentaje de vinculados es demasiado grande, 52% del total de la venta de servicios, es decir, casi igual al régimen contributivo y subsidiado juntos. La prestación de servicios a la población vinculada se carga al situado fiscal que recibe el Hospital. Supuestamente si esos servicios representan el 70% del situado fiscal del Hospital entonces el Estado debe responder por éstos pero hasta el momento no le han reconocido estos gastos. Para el gerente administrativo los vinculados van en “coche” ya que se les prestan todos los servicios sin que estos sean pagados por nadie.

La Ley 100 ha traído cambios infraestructurales y de personal en el Hospital. En infraestructura se han creado y mejorado diferentes áreas y se está realizando un proyecto para suprimir ciertos departamentos de servicios innecesarios. En cuanto al personal, éste ha incrementado debido a que la mayor demanda de servicios lo exige.

El Hospital está constantemente evaluando la calidad de sus servicios a través de la oficina de control de calidad de servicios a cargo de un asesor de gerencia. Adicionalmente, tienen un médico quien realiza auditorías médicas para también evaluar la calidad. El Hospital cuenta con una Asociación de Usuarios que existía y funcionaba con el Comité de Participación Comunitaria pero se legalizó con la transformación del Hospital en ESE.

Por otra parte, el Hospital recibe vigilancia y control de la Contraloría y Superintendencia de Salud a través de informes que deben mandar a estos entes. La Secretaría Departamental actúa sobre todo como un ente asesor. El Hospital también recibe asesorías por parte del Ministerio pero éstas disminuyeron de cada mes a cada seis meses.

La transformación de subsidios de oferta por subsidios de demanda se está llevando a cabo desde 1997 donde les transformaron el 15% del situado fiscal. En 1997 no sólo dejaron de recibir el situado fiscal también rentas cedidas de las cuales antes recibían el 100% y ahora sólo el 30%. La reducción de los recursos les ha generado un traumatismo financiero a pesar de que han podido contrarrestar parte de esta pérdida con la venta de servicios.

Parte del problema financiero se debe también a la nivelación salarial que han tenido que pagar que es equivalente a \$4.000 millones. El pago de esta nivelación salarial al igual que la demora del pago de los contratos por parte de la Secretaría Departamental y por las EPS, especialmente por el ISS, les ha generado iliquidez siendo éste el mayor problema que afronta el Hospital. A pesar de estas demoras en los pagos el Hospital debe continuar pagando la nómina de su personal por lo que el problema se agrava aún más.

Adicionalmente a este problema, el gerente administrativo cree que los hospitales no estaban preparados para recibir la Ley 100 por lo que los problemas se acentúan. Los hospitales tenían una estructura física y técnica deficiente para la prestación de servicios que ahora se les exige. Cree que era necesario fortalecer financieramente a los hospitales para así poder soltarlos a competir. Sin embargo, sin esa inyección financiera es difícil competir con las nuevas IPS que tienen una infraestructura más moderna y dotada. Sin embargo cree que ha surgido algo positivo: la necesidad de inversión para mejorar los servicios y las instalaciones para poder competir.

Para el gerente administrativo, uno de los mayores obstáculos que se han presentado en la implementación del nuevo sistema de salud es la falta de información y claridad de la normatividad. Cree que la reglamentación de la Ley es muy extensa y difícil de conocer en su totalidad, problema que incrementa cada vez más al crear constantes modificaciones. Para él, el nuevo sistema es neoliberal donde los hospitales no tiene dinero ni total conocimiento de las normas para realizar acciones pero a pesar de esto no pueden negarle la atención a nadie. Cree que los hospitales salieron solos al mundo sin tener conocimiento, infraestructura ni recursos.

El gerente administrativo cree que sí ha mejorado el acceso de la población pobre a los servicios de salud pero no a través del régimen subsidiado sino a través de los vinculados. Para el Hospital los vinculados representan el 52% de las personas atendidas, porcentaje que se debe en parte a la recesión económica del país que ha generado un alto índice de desempleo y además, porque los vinculados están menos restringidos que las personas del régimen subsidiado. Cree que un problema que obstaculiza el acceso es la falta de una cultura de salud y la falta de una mayor inversión en salud.

4. Conclusión

-Administración Local

El sector salud de Zipaquirá está a cargo de la Secretaría Departamental de Cundinamarca porque el municipio aún no se ha descentralizado. Por tal motivo, todo el desarrollo de la implementación del régimen subsidiado se ha realizado a nivel departamental sin la intervención del municipio. Esta falta de participación es uno de los causantes de la falta de conocimiento de algunos de los principales actores del municipio del sector salud al igual que del inadecuado flujo de información percibidos.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que la falta de conocimiento y las fallas del flujo de información se deben también a que algunos de los principales actores, tal como el alcalde y la secretaria municipal de salud, son nuevos en sus cargos por lo que aún no están completamente incorporados al sector salud ni al tanto de los desarrollos realizados en el proceso de implementación del régimen subsidiado. Sería interesante considerar la posibilidad de que existiese un lapso intermedio entre la administración pasada y la nueva en el cual la ésta última pueda incorporar todos los aspectos pertinentes a su trabajo.

Es conveniente también tener en cuenta que la frecuencia con la que la normatividad cambia debido a los constantes decretos modificatorios puede impedir un conocimiento completamente actualizado y claro. Las dificultades presentadas en un futuro por la falta de conocimiento y el flujo de información pueden causar una pérdida de dinamismo en el proceso de implementación del régimen subsidiado. Así mismo se generarán complicaciones al descentralizarse el municipio ya que los principales actores, debido a su falta de conocimiento y experiencia, pueden frenar el proceso que se está llevando a cabo o lo podrían desarrollar incorrectamente, no como lo plantea la Ley.

-Afilación

Aún antes de la creación de la oficina del SISBEN se han utilizado diferentes experimentos para el proceso de identificación y selección de la población objeto de subsidio a la salud. Los diversos mecanismos que han realizado, en total cuatro, para este proceso han generado resultados inapropiados. A diferencia de años anteriores donde las encuestas eran realizadas por voluntarios de la comunidad o por demanda que resultaron en identificaciones según preferencias y en la anulación de encuestas, sólo hasta en el año 1997 se realizó el proceso de identificación y selección profesionalmente al contratarse encuestadores capacitados para el desarrollo de éste. Los diversos mecanismos han traído como consecuencia la identificación y selección incorrecta que seguramente ha generado la afiliación de personas no pertenecientes al régimen subsidiado por lo que no se estaría beneficiando a la población objeto de subsidio a la salud.

Sin tener en cuenta de los problemas que se han podido presentar por los resultados adversos al utilizar diferentes mecanismos de identificación y selección, la cobertura de afiliación es bastante alta, del 83.42%, frente a la población identificada en los niveles I y II del SISBEN. Sin embargo, en el proceso de afiliación también se presentaron dificultades pues la Secretaría Departamental de Cundinamarca asignó forzosamente el total de la ampliación de cobertura a una EPS pública, Convida-EPS, de propiedad del departamento obligando a la Superintendencia de Salud a tomar medidas correctivas.

No obstante, esta no es la única ocasión en la que la EPS pública obtiene ciertos privilegios y preferencias pues las negociaciones de contratos son facilitadas porque tanto

al EPS como el Hospital son de propiedad del departamento de Cundinamarca evitando cualquier tipo de complicación que pudiese presentarse pues los intereses son los mismos .

Asimismo es importante resaltar que la EPS pública cuenta con el uso exclusivo de una IPS privada de nivel I, Convida IPS, de propiedad de un antiguo empleado de Caprecundi, anteriormente Convida. Se debe tener en cuenta este sistema de exclusividad porque, a pesar de garantizar la prestación de servicios a los afiliados de la EPS, este monopolio atenta contra las IPS públicas de nivel I y contra la diversidad y libre escogencia de los afiliados.

-Prestación de Servicios

A pesar del alto índice de cobertura con respecto a la población identificada en los niveles I y II del SISBEN, la magnitud de la población vinculada aparentemente es bastante alta pues el número de servicios que el Hospital presta a esta población es casi igual a la cantidad de servicios prestados a ambos regímenes, contributivo y subsidiado. El alto porcentaje de atención a vinculados es preocupante para el Hospital porque alrededor el 70% del presupuesto que recibe es utilizado para el pago de estos servicios. Por lo tanto, pese a que el Hospital contrarresta la reducción de los recursos con la venta de servicios, gran parte de estos servicios son a vinculados.

Asimismo, el inoportuno pago de los servicios prestados por parte de las ARS y EPS ha generado un alto índice de cartera que, sumado a la nivelación salarial que ha tenido que asumir el Hospital, ha ocasionado que tenga que afrontar problemas de iliquidez. Es fundamental que la cadena de flujo de dinero sea continua y constante para darle dinamismo al sistema para así garantizar la prestación de servicios ya que en últimas el perjudicado es el usuario.

Referencias:

Así es Colombia, Los Municipios. El Espectador, Agosto – Diciembre 1995.

Entrevistas:

Carlos Guillermo Rojas, Alcalde

Gloria Gómez, Administradora del SISBEN

Martha Rodríguez, Secretaria de Salud, Secretaría de Salud

Pedro Tautiva, Director, Hospital San Juan de Dios

Alberto Rodríguez, Gerente Administrativo, Hospital San Juan de Dios

Carlos Peña, Director, Unimec

Andrés Munevar, Director Cundinamarca, Convida EPS

Fernando Kuan, Director, Convida IPS

Santa Fe de Bogotá, D.C.

1. Caracterización

1.1 Descripción del Municipio

-Historia

Santa Fe de Bogotá es la capital de la República de Colombia, es el principal centro geográfico, político, industrial, económico y cultural del país; sede del Gobierno nacional, departamental y municipal. Fue fundada en 1538 por Don Gonzalo Jiménez de Quesada con el nombre de Santa Fe, en diciembre de 1819 se le otorgó a la ciudad la categoría de capital de la República y en 1954 le dio la categoría de Distrito Especial. Luego, en la Constitución Política de 1991, retoma el nombre de Santa Fe de Bogotá organizada como Distrito Capital, capital de la República y del departamento de Cundinamarca, con autonomía para la gestión de sus intereses.

-División Política Administrativa

El Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá se divide en 20 localidades. Su administración está a cargo del Consejo Distrital, Alcalde Mayor, Juntas Administrativas Locales, Alcaldías Locales. La Capital cuenta con aproximadamente 6.5 millones, de los cuales el 99% reside en el área urbana de la ciudad.

Distribución de la Población por NBI, Afiliados
Santa Fe de Bogotá a Diciembre 1996

	Población	NBI	Población Afiliada
Total	6.314.305	1.029.232	553.566

Fuen

te: Encuesta sobre pobreza y calidad de vida 1991. Boletín DANE No. 486 de Septiembre de 1993.
Datos preliminares CENSO 1993.

-Ubicación Geográfica

El departamento de Cundinamarca está situado en el centro de Colombia, sobre la cordillera Oriental, limita al norte con el departamento de Boyacá, al este con los de Boyacá y Meta, al sur con los de Meta, Huila y Tolima y al oeste con los de Tolima y Caldas. La mayor parte del territorio es, por lo tanto, montañosa. En el centro de la cordillera Oriental se abre el altiplano de la sabana de Bogotá. Al oeste del departamento se extienden los valles del Magdalena y sus afluentes Bogotá, Sumapaz y Negro, que constituyen una estrecha faja de tierras bajas.

-Economía

El departamento es uno de los principales productores nacionales de papa, cebada y café. También se cultiva trigo, maíz, sorgo, caña de azúcar, ajonjolí, fique y frijol. La Sabana de Bogotá y el valle del son una importante región ganadera. El altiplano es también rico en carbón, hierro, cinc, cobre, sal y esmeraldas.

-Educación¹

¹ Fuente: El Espectador, 7 de julio de 1996

En la Capital hay 4.188.026 personas alfabetas, 203.280 analfabetas, 121.773 sin nivel escolar, 649.244 con educación primaria, 540.664 con educación secundaria y 717.629 con educación superior.

-Salud

En el Distrito hay 32 IPS que conforman la red adscrita de la Secretaría Distrital de Salud.

Primeras Causas de Morbilidad por Consulta
Santa Fe de Bogotá, 1994

No.	Causa
1	Infección respiratoria Aguda
2	Enfermedad de los Dientes
3	Enfermedad de la Piel y tejido celular subcutáneo
4	Otras enfermedades de los órganos genitales

Fuente: Subdirección de epidemiología, Estadísticas Santa Fe de Bogotá, 1997

Primeras Cinco Causas de Mortalidad General
Santa Fe de Bogotá 1996

No.	Causas	Número	%	Tasa
1	Enfermedad Aparato Circulatorio	8643	29.6%	15.41
2	Traumatismo por Causa Externa	5926	20.3%	10.57
3	Tumores	4984	17.1%	8.89
4	Enfermedad Aparato Respiratorio	2840	9.7%	5.06
5	Enfermedad Aparato Digestivo	1482	5.1%	2.64

-Servicios Públicos

Energía: La mayor proporción de clientes de la Empresa de Energía de Bogotá lo constituye el sector residencial, dentro de los cuales el 76% corresponde a estratos socioeconómico 1 a 3, el 16% al estrato 4, el 8% a los estratos 5 y 6.

Acueducto y Alcantarillado: Para 1995 los suscriptores ascienden a 1.032.814, de los cuales el 88.9% pertenece a usuarios residenciales, el resto corresponde a los sectores comercial e industrial. Los usuarios del sector residencial con mayor participación son los de estrato 3 y 2 que representan el 68.3% mientras que los estratos 5 y 6 el 27.2% del total de suscriptores.

Vivienda: La oferta de vivienda en los estratos 4, 5 y 6 es alta, el 41% y 51%, mientras que para el estrato 1 es el 1%.

1.2. Administración Local

Inicialmente en Santa Fe de Bogotá funcionaban dos secretarías de salud: el Servicio de Salud y la Secretaría Distrital. Sin embargo, a partir de la Ley 10 de 1990 queda en funcionamiento sólo una de las dos secretarías, la Secretaría Distrital de Salud. A raíz de la Ley 60 de 1993 se inicia el proceso de descentralización siendo la Secretaría Distrital de Salud la primera secretaría a nivel nacional en descentralizarse en 1994. A partir del 27 de diciembre de 1997, el Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá es certificado por el Ministerio de Salud como ente descentralizado para el manejo y administración autónoma de los recursos correspondientes a salud.

Los Sistemas Locales de Salud - Silos - se crearon con la Ley 10 las cuales dependían directamente de los hospitales. Los Silos tenían una doble función, la prestación de servicios y la coordinación local de salud y saneamiento. Al identificarse que estas dos funciones deberían ser realizadas por diferentes entes, se constituyeron las Direcciones Locales de Salud en 1996, dependiendo de las alcaldías menores de la ciudad.

En Bogotá actualmente hay 20 Direcciones de Salud² las cuales son desconcentradas³ de la Secretaría Distrital. Las direcciones básicamente realizan las funciones de la Secretaría pero a nivel local, su papel es primordialmente de ente facilitador y veedor del sistema. La división de aseguramiento no se descentralizó en las direcciones locales debido a que este tipo de labores son realizadas por la Secretaría.

2. Implementación del régimen subsidiado

2.1 Identificación y Selección

En Santa Fe de Bogotá no es fácil identificar a la población objeto del seguro de salud subsidiado debido a la alta movilidad de los habitantes, sobre todo los que viven en las zonas más desprotegidas y marginadas, y al fenómeno migratorio causado por el desplazamiento de personas como consecuencia de la violencia e inseguridad de diferentes regiones del país. Además, Santa Fe de Bogotá es la ciudad del país con el mayor número de habitantes, alrededor del 20% de toda la población pobre del país reside en la capital, sumado al alto índice de migración.

En diciembre de 1994 se creó la oficina del SISBEN de la Alcaldía. Para la canalización de los recursos, el SISBEN ha sido manejado en la Secretaría Distrital. Según el Decreto 2491 de 1995 donde las Direcciones Locales de Salud podían ser EPS-T y por el cumplimiento de la transitoriedad del sistema, en Bogotá se identificaron los beneficiarios por SISBEN y servicios públicos según la autorización del Ministerio de Salud. La identificación mediante servicios públicos se llevó a cabo en 1995 y parte de 1996 por los Silos mediante la utilización de los recibos de servicios públicos.

La utilización de servicios públicos como mecanismo de identificación sólo se realizó durante ese año. Actualmente, la única herramienta de identificación es el SISBEN. Es por esta razón que se ha aplicado el SISBEN a aquellas personas identificadas como beneficiarias a través de servicios públicos, lo que ha generado varios inconvenientes pues algunas veces ya no quedan seleccionadas. Otro problema que ha surgido es la doble afiliación debido a la identificación bajo ambos mecanismos. Este es un grave problema ya que se genera una doble afiliación por lo tanto, una doble financiación.

Actualmente, quedan muy pocas personas identificadas por el método de servicios públicos, únicamente 74.912 de nivel I y 176.133 de nivel II. En Santa Fe de Bogotá, a diciembre 31 de 1997, se han encuestado a 2.520.337 personas mediante la encuesta SISBEN, cerca del 90% de las encuestas las aplicó la Secretaría Distrital. De la

²Dentro de sus funciones está el seguimiento del PAB, recopilar información de morbilidad y mortalidad y controlar los centros de salud.

³Por desconcentradas se entiende que dependen de la Secretaría pero sus acciones son realizadas a nivel local.

población hasta ahora estudiada el 4.9% corresponde a nivel I del SISBEN⁴, 23.4% al nivel II, el 38.9% al nivel III y 38.9% a los correspondientes niveles superiores.

Desde 1994 hasta 1997 se han invertido \$ 4.340.000.000 pesos para el desarrollo de la encuesta del SISBEN. En el año 1997 se utilizaron \$ 2.170.000.000 pesos para el estudio de 1.426.890 personas, se podría decir, que el costo por persona estudiada fue de \$ 1.521 pesos.

Hasta el momento, se ha estudiado por SISBEN el 42.5% de la población estimada para el Distrito. Es difícil estudiar la totalidad de la población de Santa Fe de Bogotá porque existen inconvenientes tales como la falta de recursos financieros, la población flotante y el alto índice migratorio. Por ejemplo, se ha calculado que a la localidad de Usme llegan diariamente cerca de 40 familias desplazadas por la violencia, según información de la Consejería de la Presidencia de la República.

Los reclamos más frecuentes son por los puntajes del SISBEN principalmente por las personas identificadas en nivel III. Gran parte de las quejas también las reciben de aquellas personas inicialmente identificadas como beneficiarias por servicios públicos pero que por SISBEN ya no lo son. La Asistente de la Dirección de Aseguramiento y Régimen Subsidiado cree que el problema es que las personas quieren que el Estado les pague todo.

Adicionalmente, se presentaron problemas con las empresas encuestadoras al realizarse el SISBEN porque muchos de los encuestadores no entraban a todas las casas por su difícil acceso. Por ejemplo, los encuestadores no iban a los barrios con fuertes pendientes ubicados en las faldas de las montañas que rodean a Bogotá. El gran problema es que gran parte de estos barrios son los más pobres. Esto llevó a que en algunos casos personas de nivel I, II o III quedaran en nivel IV debido a que los encuestadores sólo llegaban hasta la tienda del barrio la cual tenía servicios públicos y ciertas comodidades por lo que los encuestadores creían que las personas de esos barrios también vivían en las mismas condiciones.

La Secretaría Distrital de Salud decidió contratar interventorías convirtiéndose en pioneros de este método de control para el SISBEN. Inicialmente, la empresa encuestadora realizaba sus funciones, luego la interventoría revisaba como se había realizado estas encuestas y finalmente, la Secretaría vigilaba y controlaba a la interventoría. Este proceso de interventoría mejoró considerablemente la calidad del SISBEN y disminuyó bastante las quejas.

Para la Asistente de la Dirección de Aseguramiento y Régimen Subsidiado, el SISBEN es una herramienta útil de identificación que indica ciertos parámetros sobre la forma de vida de la población. Sin embargo, no ha sido apropiado por las alcaldías ya que lo utilizan únicamente en el sector salud. Una desventaja del SISBEN es la falta de capacidad de los encuestadores para realizar el SISBEN al igual que la geografía del

⁴Las localidades con mayor número de personas en los niveles 1 y 2, que representan el 60% de la población clasificada, son Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal, Suba y Usaquén.

país que dificulta el acceso a toda la población. Además, la utilización del SISBEN en Bogotá puede no ser la herramienta mas adecuada ya que los criterios de pobreza en la Capital no son los mismos que en otras regiones del país. Por ejemplo, el SISBEN se basa en parte en servicios públicos. Sin embargo, gran parte de Bogotá tiene la mayoría de servicios por lo que la población identificada con NBI puede ser menor a la real ya que existen altos niveles de desempleo y población sin capacidad de pago.

Se ha tratado de identificar a los indigentes pero ha sido muy complicado dado que es difícil ubicarlos. No obstante, se han identificado a varios recicladores. Esto se ha logrado debido a que tienen una Asociación de Recicladores con personería jurídica. Se está tratando de crear una organización similar con los indigentes o por lo menos seleccionar a un líder para facilitar la identificación. Sin embargo, para la Asistente de la Dirección de Aseguramiento y Régimen Subsidiado de la Secretaría, se debe tener bastante cuidado con la afiliación de indigentes y de indígenas ya que como ellos no demandan muchos servicios, las ARS pueden aprovecharse para obtener ganancias.

2.2 Afiliación

2.2.1 EPS-T

La Secretaría Distrital no operó directamente como EPS-T sino que contrató la administración del régimen y la prestación de servicios bajo tres modalidades. Por este motivo se contrató una caja de compensación familiar, cuatro localidades y hospitales que actuaron como EPS-T.

La caja de compensación familiar, Unicajas⁵, tuvo un manejo similar al actual. Se realizó un convenio donde Unicajas puso sus recursos disponibles con una cofinanciación de la Secretaría. Operó a partir de junio de 1995 hasta febrero de 1996 en las localidades de San Cristóbal y Ciudad Bolívar donde se afiliaron unas 24.000 personas. Para la prestación de servicios a sus afiliados, la caja realizó contratos con diferentes IPS. Esta modalidad sirvió como modelo para el manejo del sistema actual. Durante el funcionamiento de esta modalidad fue posible identificar algunos de los problemas que se presentarían al implementar el nuevo sistema de salud como los referentes a la facturación, contratación de la red para la prestación de servicios, sistema de información y carnetización, entre otros.

Otra modalidad fue la contratación con cuatro localidades, San Cristóbal, Suba, Bosa y Usaquén, donde los Silos operaron como EPS-T. Los Silos fueron una de las modalidades de EPS-T con el fin de lograr utilizar toda la capacitación y educación de los agentes de salud de estos entes. Los Silos contaban con su propia red de servicios para la atención de sus afiliados. En esta modalidad sólo se utilizó el SISBEN como mecanismo de identificación de la población beneficiaria. La Secretaría adicionalmente contrato a cuatro universidades para que realizaran el proceso de gestión sanitaria. Inicialmente, los Silos realizaron gestiones de saneamiento hasta llegar a crear lo que actualmente son las ESS. Las ESS surgen de esta modalidad porque estas se basaban en la divulgación de información por parte de un grupo de agentes de salud a las

⁵ Durante la EPS-T, Unicajas estuvo conformada por cinco cajas de compensación familiar que son Asfamilias, Indufamiliar, Comfacope, Comfan y Comfacundi.

familias. Dado que la familia o la comunidad es la base de las ESS, se puede decir que esta modalidad, Silos como EPS-T, fue la base de este tipo de ARS.

La última modalidad durante la EPS-T fue la contratación de todos los hospitales con personería jurídica. El fin de esta modalidad era canalizar los servicios de salud hacia las personas más pobres y vulnerables. A partir de septiembre de 1995 los hospitales empezaron a carnetizar a las personas por servicios públicos y fueron creando una base de datos. Se lograron carnetizar alrededor de 580.000 personas por este mecanismo de identificación. El pago por la prestación de servicios a los carnetizados fue realizado por la Secretaria de acuerdo a la facturación de los hospitales. Los recursos utilizados para estos pagos fueron aquellos destinados a los subsidios de demanda. Los hospitales prestaron sus servicios bajo esta modalidad hasta junio de 1996.

Para el administrador del SISBEN, la transitoriedad logró un cambio de actitud en los hospitales donde se les obligó a realizar un proceso de facturación para obtener servicios y además los impulsó a mejorar sus servicios ya que habían entrado a un modelo de competencia. Sin embargo, el periodo transitorio fue bastante corto por lo que el tiempo de ajuste no fue suficiente.

2.2.2 ARS

En 1996 se aprobaron 19 ARS. Inicialmente, 15 de éstas han realizado contratos con el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS); 5 son Cajas de Compensación Familiar, 6 EPS y 4 ESS. Actualmente son 17 las ARS que tienen contratos con el FFDS al comenzar a trabajar Coopdesa y Ecoopsos con el Distrito en 1997.

El FFDS tiene contratos con las siguientes 17 ARS:

- ESS: Saludcoop, Copdesa, Ecoopsos, Ecoopsals, Fondo de Loteros, Salud Norte, Coopsolsa.
- EPS: Cafesalud, Unimec, Humana Vivir, Coomeva, Caprecom
- Cajas Compensación Familiar: Cafam, Asfamilias, Colsubsidio, Unicajas, Compensar

Las Cajas de Compensación Familiar administran sus propios recursos para el régimen subsidiado; sin embargo, con Asfamilias y Unicajas se firmó un contrato adicional de recursos del FFDS dado que los recursos que éstas administran no alcanzaban para la afiliación de la población previamente inscrita en cada una de ellas.

Las 19 ARS aprobadas en 1996 comenzaron labores de mercadeo para la afiliación de 580.000 personas. Alrededor de la mitad de las personas afiliadas seleccionaron su ARS por libre elección pero la otra mitad fue por asignación forzosa. La distribución del número de afiliados se hizo según la capacidad aprobada de cada ARS. Los primeros afiliados a las ARS fueron por SISBEN. Sin embargo, acogiendo el Acuerdo 32 de Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de 1996, se autorizó la afiliación a las ARS de las personas ya carnetizadas por servicios públicos durante la EPS-T.

**AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO POR ARS
SANTA FE DE BOGOTÁ**

ARS		TOTAL 1996	TOTAL 1997
E.S.S	COOPSOLSA	30.718	41.568
	ECOOPSALS	26.922	54.527
	SALUD NORTE	24.407	26.897
	FONDO DE LOTEROS	12.721	42.017
	ECOOPSOS	0	16.231
	COOPDESA	0	17.027
	SUBTOTAL	94.768	198.285
E.P.S	SALUDCOOP	48.427	113.233
	HUMANA VIVIR	41.183	88.443
	UNIMEC	38.41	71.576
	COOMEVA	20.918	45.069
	CAPRECOM	18.657	33.878
	CAFESALUD	18.334	39.069
	SUBTOTAL	185.929	391.268
CAJAS COMPENSACIÓN FAMILIAR	COLSUBSIDIO	79.841	60.65
	CAFAM	70.563	45.848
	ASFAMILIAS	53.207	121.951
	COMPENSAR	46.121	42.749
	UNICAJAS	23.137	49.723
	SUBTOTAL	272.869	320.921
	TOTAL	553.566	910.474

FUENTE: Dirección de Aseguramiento, Secretaría Distrital de Salud.

A diciembre de 1996, las Cajas de Compensación Familiar cuentan con el mayor número de afiliados a las cuales pertenece el 49.3% de la población de Bogotá. El 33% se encuentra en las EPS y el 17.1% en las ESS. A diciembre de 1997, las EPS cuentan con el mayor número de afiliados con un 43% mientras que el 35% pertenece a las Cajas de Compensación Familiar y el 22% a las ESS.

En 1997 el mayor porcentaje de afiliados al régimen subsidiado residen en las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa, Usme, San Cristóbal y Kennedy. Actualmente, Saludcoop es la única ARS que cuenta con afiliados en las 20 localidades. Por otro lado, en Ciudad Bolívar existe la presencia de todas las ARS.

2.2.2.1 Acciones Realizadas por la Secretaría Distrital

A partir de 1997 se realizaron diferentes actividades para informar a las personas sobre la libre elección de las ARS, sus derechos y deberes. La Secretaría Distrital ha desarrollado 5 eventos en coordinación con las ARS y las Alcaldías Locales. El primero se realizó en Corferias, para toda la población residente en el Distrito y cuatro restantes en las localidades de Bosa, Ciudad Bolívar, Usme y Kennedy. El propósito de estos eventos fue que la población potencial beneficiaria del régimen subsidiado pudiera hacer uso de su

derecho de libre escongenia de ARS. Una vez seleccionada la ARS en forma libre recibieron su tarjeta de salud por parte de la respectiva ARS además, de recibir información sobre derechos y deberes.

Se evidenció el poco conocimiento de la comunidad en lo referente al régimen subsidiado, la participación de los diferentes actores del sistema, la falta de información a cerca de los servicios de salud y la forma de acceder a éstos. Además, fue evidente la permanente migración de los habitantes de Bogotá y la dificultad de ser ubicados para la entrega de las tarjetas de salud. En esta jornada también se actualizó la información de la base de datos. Adicionalmente, fue posible identificar ciertos problemas como la duplicidad en la afiliación, la alta movilidad de la población y el gran número de menores de un año sin carné, entre otros.

Dado el alto índice de duplicidad de afiliación, se decidió realizar una depuración de la base de datos. Esto llevó a realizar una reunión semanal con las diferentes ARS y se inició un proceso de consertación. A partir de la Circular 15 del Ministerio de Salud que obliga a pagar únicamente por carné entregado, en Junio de 1997 disminuyó el número de afiliados de 500.000 a 300.000.

La Secretaría Distrital de Salud creó los Centros de Información y Orientación al usuario con el fin de dar a conocer el nuevo Sistema General de Seguridad Social especialmente en el régimen subsidiado a la población más pobre y vulnerable. Estos centros se encuentran en las instituciones de salud de la red adscrita y no adscrita a la Secretaría Distrital de Salud las cuales están localizadas en todas las localidades, principalmente en las clasificadas en estrato 1 y 2. Cada centro cuenta con un informador capacitado en la parte técnica y normativa y además, cumplen con una función de sensibilización de los funcionarios del área administrativa y admisiones en hospitales por medio de talleres.

2.3 Atención a Vinculados

La Secretaría Distrital para garantizar el acceso a los servicios de salud a la población vinculada ha celebrado contratos con IPS públicas y privadas bajo la modalidad de subsidio a la oferta. Calcular el dimensionamiento de esta población no es fácil teniendo en cuenta los factores demográficos, de crecimiento de la capital, el incremento de la expectativa de vida al nacer, incremento de los índices de natalidad, pero principalmente el alto índice migratorio de la población rural y de otros departamentos, migraciones voluntarias o forzadas por la situación de orden publico, entre otros factores.

De acuerdo a Ley 344, la Secretaría Distrital de Salud tiene contratos con 32 instituciones de la red adscrita⁶ y 35 instituciones no adscrita para la prestación de los servicios de salud a vinculados y para la prestación del PAB. La forma de pago para nivel I es por capitación mientras que para los demás niveles es por facturación. A pesar de que los contratos de nivel I son por capitación, los hospitales deben facturar los servicios prestados a la Secretaría para que ésta les pague el monto acordado. Se han presentado problemas con algunos hospitales ya que muchos no tenían una red de facturación por lo que les ha costado trabajo adaptarse a esta nueva forma de pago. La

⁶ De las 32 instituciones de la red adscrita, 19 son de nivel I, 8 de nivel II y 5 de nivel III.

Secretaría Distrital hace transferencias directas de las rentas cedidas y de los recursos propios de éstas.

Recursos Financieros Destinados a Compraventa de Servicios de Salud
S.D.S - FFDS

Institución	Millones de Pesos	
	1996	1997
Red Adscrita		73.47
Red No Adscrita	39.532	35.701
Total	39.532	109.171

FUENTE: Area Servicios al Vinculado, S.D.S. Dirección financiera, S.D.S.

Los contratos para la prestación de servicios a vinculados se realizaban según los cálculos históricos del número de personas atendidas. Inicialmente, los hospitales facturaron muy poco pero al final sobrefacturaron por lo que la Secretaría Distrital hizo un ajuste presupuestal para cubrió los excedentes. Se realizaron interventorías para revisar la facturación realizada por los hospitales y se encontró que estaban haciendo doble facturación, es decir, le facturaban a las ARS y la Secretaría el mismo servicio o le facturaban a la Secretaría los eventos catastróficos correspondientes al Fondo de Riesgos Catastróficos y de Accidentes de Tránsito. Con las revisiones realizadas por las interventorías se englosaron unos \$8.000 millones. El monto de las glosas ha ido disminuyendo, reflejando el conocimiento y compromiso adquirido por las instituciones. La Secretaría por medio de interventorías y otros mecanismos de control pretende acabar con la sobrefacturación por duplicidad de éstas, que sucede tanto en la red adscrita como en la no adscrita.

Las interventorías no sólo se realizan a las instituciones prestadores de servicios sino que también a las ARS, el SISBEN o cualquier otra entidad con el que el Fondo Financiero Distrital de Salud haya celebrado contratos. Se ha podido encontrar que esta modalidad de interventoría es un gran aliado que en última instancia busca el beneficio del usuario.

La Secretaría Distrital consideró necesario suscribir una póliza para el cubrimiento de ciertas patologías de alto costo. Esta póliza cubrirá a 850.000 personas identificadas como vinculados sin capacidad de pago (nivel III de SISBEN) para el periodo de febrero de 1998 a enero de 1999.

2.4 Cobertura Alcanzada

En Santa Fe de Bogotá la cobertura alcanzada es de 910.474 personas, número sustancialmente mayor a la meta para 1997 la cual era de 825.000 personas. El total de afiliados representa el 128% de los identificados únicamente en nivel I y II del SISBEN. Al tenerse en cuenta las personas aún identificadas por servicios públicos, la cobertura alcanzada es del 94% de la población identificada.

**Personas Identificadas
Santa Fe de Bogotá, Diciembre 1997**

Identificados SISBEN					Identificados Servicios Públicos*		
I	II	III	OTROS	TOTAL	I	II	TOTAL
122.638	590.425	979.73	824.544	2.520.337	74.912	176.133	251.045

*Personas, a diciembre de 1997, aún identificadas mediante servicios públicos.

**De las 964.098 personas identificadas como beneficiarias (nivel I y II del SISBEN y servicios públicos I y II) hay 910.474 afiliados, de los cuales alrededor de 30.000 aún están afiliados por ambos mecanismos de identificación. Se pretende depurar la base de datos aunque este es un proceso progresivo.

2.4. 1 Financiamiento

Financiamiento del Régimen Subsidiado Por Año Según Fuente⁷
Santa Fe de Bogotá 1995 - 1998
millones de pesos

FUENTE	1995		1996		1997		1998	
	Total	0%	Total	0%	Total	0%	Total	0%
ICN	8.735.00	100%	28.200.00	53.14%	33.746.00	44.79%	29.050.65	35.50%
SITUADO FISCAL	0		0	0.00%	8.498.70	11.28%	15.206.42	18.58%
FOSYGA	0		7.600.00	14.32%	4.203.47	5.58%	12.431.05	15.13%
MINSALUD	0		2.000.00	3.77%	0	0.00%	0	0%
RECURSO DISTRITO	0		0	0.00%	548.52	0.73%	423	0.52%
RECURSOS PROPIOS	0		4.209.12	7.73%	8.751.99	11.62%	7.718.29	9.43%
CAJAS DE COMPENSACION	0		11.053.99	20.83%	19.600.33	26.01%	16.955.00	20.72%
TOTAL	8.735.00	100%	53.063.11	100%	75.349.01	100%	81.824.41	100%

FUE

NTE: Dirección Financiera – Dirección de Aseguramiento *En cuanto a los recursos que administraron las Cajas de Compensación Familiar, no se ha observado incremento alguno en los dos últimos años.

Aparentemente, Santa Fe de Bogotá, D.C. cuenta con bastante dinero porque recibe recursos como departamento y municipio razón por la cual la Asistente de la Dirección de Aseguramiento y Régimen Subsidiado cree que el FOSYGA no gira todo el dinero correspondiente a la Capital. El año pasado el Distrito recibió del FOSYGA \$4.000 millones lo que representa menos del 1% de los recursos del Fondo a pesar de que el 20% de los pobres del país se encuentran en la Capital. Sin embargo, hay que tener en cuenta que a pesar de sólo recibir \$4.000 millones del FOSYGA, el Distrito indirectamente recibe de este Fondo dinero proveniente de las cajas de compensación familiar pues estos recursos también son del FOSYGA. Adicionalmente, Bogotá tiene mayores posibilidades de financiación que la mayoría de los municipios del país.

La Secretaría no conoce con exactitud el monto de los recursos destinados del FOSYGA al Distrito lo que generará dificultades para planificar adecuadamente la cantidad de beneficiarios que serán financiados creando así unos grandes desbalances. Por ejemplo, el año pasado la Secretaría pensó que recibiría \$15.000 millones pero el FOSYGA le dio

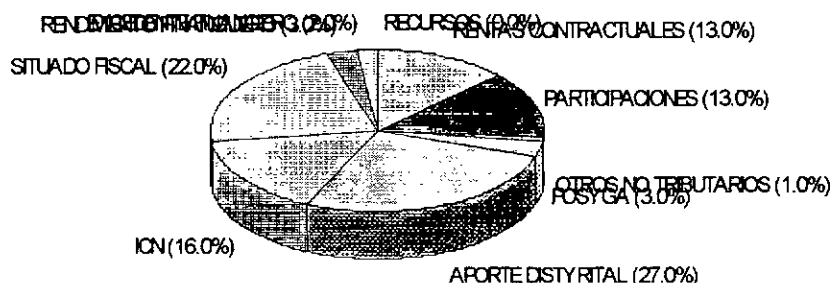
⁷ Es importante anotar que no todos los recursos son destinados exclusivamente para la afiliación de beneficiarios sino que también se han utilizado para inversión en la realización del SISBEN, sistema de información, Centros de Información, Orientación al Usuario, entre otros.

únicamente \$4.000 millones. Este desbalance fue cubierto con la rentabilidad financiera y con los ICN. A pesar de estos inconvenientes, el FOSYGA es muy oportuno con los desembolsos lo que le ha permitido a la Secretaría desembolsarle anticipadamente a las ARS.

La Directora Financiera de la Secretaría Distrital plantea un problema adicional debido a que el monto de algunos de los recursos destinados al Distrito dependen de indicadores tales como el censo poblacional y el NBI. Estos indicadores perjudican la cantidad de recursos destinados al Distrito; en el caso del censo poblacional, las proyecciones basadas en el censo resultan muy inexactas debido a la gran población migratoria producto del desplazamiento forzoso causado por la violencia e inseguridad en diferentes partes del país; mientras que el NBI no resulta ser apropiado para Bogotá debido a que, en parte, se basa en servicios públicos. Esto es un problema ya que en gran parte de la ciudad existen la mayoría de los servicios públicos lo que implica que muchas personas no sean identificadas con NBI siendo éstas realmente pobres, sin empleo ni capacidad de pago y correspondientes al régimen subsidiado. Por ejemplo, se dice que en Bogotá hay un 17% de la población con NBI mientras que se calcula que la población sin capacidad de pago es del 40%. Dado que los criterios de pobreza para Bogotá no son los mismos que en otras regiones del país, para la Secretaría, no sólo con respecto a los recursos destinados al Distrito sino también a la correcta identificación de los beneficiarios de subsidios de salud, se debería utilizar otro mecanismo de identificación como, por ejemplo, uno basado en el empleo y en la capacidad de pago.

FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD

SANTA FE DE BOGOTÁ 1998



2.4.2 Transformación de subsidios de oferta a subsidios de demanda

Se ha dado cumplimiento al proceso de transformación de subsidios de oferta a subsidios de demanda según la Ley 344 de 1996. Es importante resaltar el esfuerzo realizado por el Distrito al asignar 6 puntos porcentuales por encima de los recursos obligatorios de ICN para subsidios de demanda (mínimo se deben asignar 15 puntos del 25% para el sector salud), es decir, para 1995, 1996 y 1997 se asignaron 21 puntos lo que permitió aumentar la cobertura de afiliación al régimen subsidiado. Sin embargo, según la proyección de recursos realizada por la Secretaría, es posible que no se

continúe transformando un mayor porcentaje al establecido por Ley sino que sea necesario mantener los mínimos legales de transformación. Además, puede que el Distrito tenga que utilizar sus propios recursos para poder mantener la afiliación, por ejemplo, para 1998 se calcula que para garantizar la afiliación actual son necesarios \$92.000 millones mientras que los mínimos legales de transformación equivalen a \$64.000 millones. Por otro lado, es posible que esto implique que la cobertura no pueda ser ampliada por falta de recursos.

En Bogotá la transformación de recursos no es homogénea entre todos los hospitales, es decir, el porcentaje transformado que recibe cada hospital es distinto. El porcentaje a transformar en cada hospital se determina de acuerdo al comportamiento histórico del hospital, su ejecución real y las condiciones bajo las cuales opera. Esto se debe a que hay hospitales que por ubicación o factores demográficos no resistirían el total de la transformación mientras que otros están mejor ubicados, con mayores facilidades y mayor eficiencia que si pueden operar debidamente con una mayor transformación. Por ejemplo, el Hospital de Nazareth queda ubicado en un páramo, en zona rural con población dispersa, a una distancia aproximada de 3 horas de Ciudad Bolívar, donde no existen ARS y donde el nivel de seguridad es muy bajo que hace imposible que pueda subsistir con una transformación completa de los recursos. Por otro lado, existen hospitales ubicados en una zona mas segura, urbana, con alto índice de población que dada su situación y comportamiento histórico pueden operar correctamente con la transformación planteada por la ley⁸. Es por esta razón, que el porcentaje transformado en cada hospital varía.

2.5 Acceso y Uso

En cuanto al acceso de la población pobre a los servicios de salud a partir de su afiliación al régimen subsidiado, la Asistente de la Dirección de Aseguramiento y Régimen Subsidiado de la Secretaría piensa que ha mejorado en el sentido que las personas "tienen un valor" porque se han convertido en clientes a quienes les prestan así un mejor servicio. Sin embargo, todavía hay muchas barreras que impiden un mayor acceso como, por ejemplo, la falta de capacitación y un mayor conocimiento de los hospitales. En cuanto al uso de los servicios de salud, cree que éste es un aspecto difícil de medir. Este año se va a enfocar más en el proceso de servicios ya que al año anterior se enfocó en el proceso administrativo.

Para el administrador del SISBEN es difícil medir si el acceso a los servicios de salud ha aumentado porque ahora se está llegando a una población diferente a la que se atendía antes. En este momento se está llegando a la población según sus necesidades y a la población mas pobre y vulnerable porque el SISBEN es una herramienta que identifica a estas personas. Además, antes quienes demandaban servicios de salud eran los mismos, existían unos demandantes cotidianos. En cambio ahora hay una mayor conscientización sobre la salud y hay una mayor demanda de la población de sus derechos.

⁸Los porcentajes a transformar planteados por la ley son: para 1997 el 15% del situado fiscal, para 1998 25% del situado fiscal y 15% de las rentas cedidas. Para el año 2001 se habrán transformado 60% del situado fiscal y de las rentas cedidas.

En cuanto al uso, el Administrador del SISBEN tampoco puede afirmar si ha aumentado o no porque se está comparando dos sistemas diferentes que involucran una población distinta. El estar llegando a otro tipo de población no quiere decir que se tenga el mismo alcance que antes. Antes de la implementación del nuevo sistema de salud se tenía un promedio de 1.8 consultas por año. Al iniciarse el nuevo sistema, en el régimen subsidiado había un promedio de 1.0 consultas por año. Para el administrador del SISBEN, la gran diferencia entre 1.8 y 1.0 consultas por año podría ser porque las personas son apáticas al nuevo sistema y aún no se han apersonado de éste. Sin embargo, ese número ha aumentado a 1.4 consultas por año por lo que ha mejorado el uso de los servicios por parte del régimen subsidiado.

Para la Asistente de la Dirección de Aseguramiento y Régimen Subsidiado de la Secretaría aún existen varios problemas en el sistema. Los hospitales tienen dificultades con la facturación mientras que falta un mayor control de las ARS. Muchos de los problemas que se han presentado se deben a la falta de claridad de la normatividad. Sin embargo, a partir del trabajo conjunto que han realizado la Secretaría Distrital y las ARS éstas se han aclarado.

Parte de las dificultades también se debe a la falta de la divulgación de información básicamente a cerca del régimen contributivo. La Secretaría Distrital conoce toda la información pertinente al régimen subsidiado pero no tiene información del régimen contributivo. Esto se debe a que las EPS, especialmente el ISS, no le han dado la información porque creen que la Secretaría los está controlando. Además, la Superintendencia de Salud no ha facilitado el cruce de esta información. En su opinión, debería existir un mayor grado de descentralización para así facilitar la obtención de información y mejorar el sistema de salud.

3. Actores

3.1 ARS

◆ Humana Vivir

Humana Vivir es una EPS que maneja ambos regímenes, contributivo y subsidiado. El régimen subsidiado hasta el momento solo opera en Bogotá pero tienen un proyecto para ampliación de cobertura en el viejo Caldas, la Costa y Boyacá.

Inicialmente, Humana Vivir afilió 8.944. Se presentaron dificultades en el proceso de carnetización ya que la base de datos era inconsistente. Por ejemplo, se presentaron casos donde las personas no existían, no habían sido encuestadas o eran del régimen contributivo, entre otros. Actualmente, tienen 88.300 afiliados de los cuales alrededor de 4.300 aún faltan por carnetizar.

En cuanto a la prestación de servicios, tiene contratos con la mayoría de las instituciones de la red adscrita. Todos los contratos de prestación de servicios con IPS de nivel I son por capitación mientras que los de nivel II y III son por facturación. Además cuenta con una red privada de servicios que es utilizada por el régimen contributivo en un 100% y por el régimen subsidiado en un 30%.

La directora de Humana Vivir cree que la oferta de servicios no es suficiente, para ella existe un déficit altísimo porque no se cuenta con suficientes camas ni aparatos médicos para atender la población. Comenta que se presentan situaciones donde una persona debe esperar 3 días para poder acceder a una cama en un hospital.

La relación de Humana Vivir con las IPS es bastante buena. Sin embargo, en ocasiones tiene problemas con las IPS públicas principalmente porque no entregan medicamentos, no atienden al afiliado o dan citas médicas para fechas lejanas. Por lo contrario, con las IPS privadas nunca tiene problemas.

El flujo de dinero de la ARS hacia las IPS es bastante oportuno. El pago oportuno se le facilita debido a que no tiene ningún inconveniente con el flujo de dinero de la Secretaría ya que ésta es cumplida en el pago. Sin embargo, el pago de las ARS depende de la agilidad de facturación de las IPS, razón por la cual pueden haber demoras en el flujo de dinero.

Para la directora, la competencia representa un garantía en el nivel de calidad de los servicios. Además, sirve como índice de satisfacción de las personas e indica el nivel de penetración de cada ARS en el mercado. En cuanto a la competencia desleal presentada en Bogotá cree que fue una consecuencia de la pelea por usuarios pero que no les afectó porque pretendían mostrar sus servicios en cambio de involucrarse en una guerra por los usuarios.

El principal logro del régimen subsidiado es el mayor acceso a los servicios de salud por parte de la población más pobre y vulnerable. Con respecto a la Secretaría de Salud, la directora cree que ésta le ha dado un manejo transparente y antipolítico al sistema ya que es muy organizada y estricta en el proceso de implementación del sistema.

En cuanto a las dificultades del sistema de salud, la directora cree que se encuentran varios problemas. Por ejemplo, los hospitales no tienen una infraestructura adecuada, el sistema no tiene una base de datos que filtre la población sin derecho a formar parte del régimen subsidiado y la normatividad parece ser elaborada por personas que no tienen conocimiento a cerca del proceso del sistema. En su opinión, los problemas del sistema se deben básicamente a que nació de un sistema inconsistente que ha generado deficiencias en el proceso y consecuencias por las que aún se están pagando.

La directora cree que indiscutiblemente ha aumentado el acceso y el uso de los servicios de salud por parte de la población pobre. Esto es evidente en el récord que llevan en la oficina de atención al usuario. Cree que los índices de uso han aumentado debido a que las personas son mas conscientes de sus derechos y deberes.

◆ **Asfamilias**

Asfamilias es una Caja de Compensación Familiar. Durante la EPS-T, Asfamilias junto con Indufamiliar, Comfacope, Comfan y Comfacundi formaron una caja llamada Unicajas que fue una de las modalidades contratadas por la Secretaría Distrital para actuar como EPS-T. Para el director de Asfamilias esta fue un experiencia excelente no sólo para ellos sino para el sistema en sí ya que se encontraron varios problemas como el proceso

de carnetización, la contratación de la red de servicios, el proceso de facturación y el sistema de información de los cuales se aprendió bastante. Al liquidarse la modalidad de Unicajas como EPS-T Asfamilias se retiró de ésta⁹.

Asfamilias a diciembre de 1997 es la ARS con el mayor número de afiliados en Santa Fe de Bogotá, número que asciende a 121.951 afiliados.

Asfamilias cuenta con equipo de mercadeo propio de planta. Este equipo está conformado por bachilleres de la comunidad que conocen bien y tienen fácil acceso a ésta. Asfamilias contrata sus encuestadores con un salario fijo a diferencia de la mayoría de las ARS donde el salario de los encuestadores depende del número de formuuarios que obtengan. Esta forma de contratación le permitió a Asfamilias a no caer en la competencia "desleal" que tuvo lugar en Bogotá por parte de las ARS por el afán de afiliar a los beneficiarios.

El sistema de información a los usuarios de Asfamilias cuenta con servicio de información por teléfono las 24 horas del día, divulgación de información mediante volantes, emisoras comunitarias, autoparlantes comunitarios, programas radiales y canales de antena parabólica. Adicionalmente, cuenta con una emisora volante que es una creación de un indígena de la comunidad. Esta emisora volante consiste en: una grabación semanal de un cassette que contiene información a cerca de diferentes temas referentes al sector salud que son de interés comunitario. Durante la emisión del programa, hay un equipo de personas grabando todas las inquietudes de las personas que son las llamadas "telefónicas" para el siguiente programa. Asfamilias tiene además, una oficina llamada Defensoría de los Derechos de los Usuarios la cual es una combianción entre una oficina de quejas y reclamos y una asociación de usuarios. El equipo de promoción y prevención al igual que las IPS son otra fuente de información para los afiliados.

En cuanto a la oferta de servicios, Asfamilias ofrece todos los contenidos en el POS-S y dos servicios adicionales. El primero es una póliza de seguro por auxilio funerario hasta por \$400.000 con la que pretende actualizar su base de datos a cerca de las personas fallecidas. El otro servicio que ofrece es orientar al afiliado que requiere un servicio no contenido en el POS-S, lo que incluye acompañar a la persona a escoger el hospital, a llenar todos los trámites necesarios y asesorar en el pago.

Asfamilias tiene actualmente contratos con 44 IPS de nivel I, II y III. Alrededor de 16 IPS son para atención de I nivel y el resto entre nivel II y III. Todos los contratos para atención de nivel I son por capitación mientras que los de nivel II y III son por facturación. Asfamilias tiene adicionalmente una red propia de servicios la cual consiste en 4 centros de salud donde se prestan servicios ambulatorios de nivel I. Los centros de salud fueron creados en lugares donde no existía ninguna IPS, como en zonas de invasión, y donde cuenta con el mayor número de afiliados.

⁹Unicajas quedó conformada por Indufamiliar, Comfacope y Comfundi (Comfan se fusionó con Comfundi).

3.2 IPS

La Secretaría asumió el pasivo prestacional de los hospitales hasta 1993, fecha a partir de la cual el pasivo se convierte en responsabilidad de cada hospital. El situado fiscal no sólo se destina para el cubrimiento del PAB, el pago a los hospitales y la transformación de los subsidios de oferta a demanda sino también para cubrir el pasivo prestacional. Existe una gran falta de planeación en los hospitales pero a partir de 1997, con la ayuda de las interventorías, pasaron un presupuesto pleno a la Secretaría.

La Secretaría de Salud anteriormente estaba a cargo de toda la nómina de los hospitales. Durante la EPS-T, la Secretaría Distrital siguió pagando esta nómina hasta 1997. Actualmente, la Secretaría le da a los hospitales un presupuesto para que distribuyan entre sus diferentes gastos; sin embargo, la inexperiencia llevó a los hospitales a distribuir inadecuadamente el presupuesto por lo que algunos no han podido pagar la nómina.

Después de seis propuestas presentadas por el Distrito para la transformación de los hospitales en ESE, el Consejo Municipal aprobó el proyecto. Existieron muchas dificultades y resistencias para la transformación en ESE; uno de los principales problemas fue el lenguaje ya que algunos creían que ser ESE implicaba privatización en cambio de eficiencia y modernización del sector público. Otro problema fue la obtención de recursos ya que para los hospitales antes era tranquilizante que los recursos necesarios para su funcionamiento estaban garantizados mientras que ahora tienen que generarlos ellos mismos. Además, el ser ESE implica una serie de responsabilidades a las cuales antes no estaban acostumbrados. Para la Asistente de la Dirección de Aseguramiento y Régimen Subsidiado de la Secretaría, este proceso de transformación ha sido bastante complicado ya que no hubo un proceso transitorio suficiente para que los hospitales pudieran adaptarse debidamente al sistema y además, ninguno de los hospitales asumió el proceso planteado en la Ley 10 de 1990.

Según el Acuerdo 17/97 que rige el proceso de transformación de los hospitales, una vez aprobada la transformación éstos tienen 90 días hábiles para la creación de la Junta Directiva y, a partir de su creación, 3 meses para cumplir con el resto de requisitos como la aprobación de los estatutos y reglamento interno, entre otros. Actualmente, los hospitales se encuentran en un periodo transitorio por lo que aún no tienen completa autonomía. La mayoría de los hospitales cuentan con un personal directivo nuevo con buena trayectoria y capacitación en alta gerencia, que ha ayudado en la creación de una visión empresarial y una cultura organizacional.

La Secretaría está realizando proyectos con el propósito de asesorar a las ESE para su transformación y funcionamiento futuro. La idea es asesorar no implementar ya que los hospitales ya son empresas autónomas. Se están llevando a cabo diferentes reuniones como el Proceso de Capacitación y Sensibilización y Proceso de Concertación Ejecutiva. Con estos proyectos se pretende asesorar a los hospitales a cerca de sus estatutos teniendo en cuenta sus opiniones y labores realizadas por éstos.

La transformación en ESE de los hospitales les ha dado un dinamismo empresarial que ha permitido que se genere una nueva mentalidad sobre la forma de prestación de servicios donde ya no se cataloga al paciente como un mendigo sino como un usuario o un cliente. Este cambio al igual que la capacidad de los hospitales les permitirá aumentar la venta de servicios y la calidad de éstos.

**Financiamiento de los Hospitales
del Distrito para 1998**

Recursos	Monto	Participación en Presupuesto del Sector
Presupuesto Inicial		
Venta Servicios (Cuota Recuperación y Copagos)	23.016.000.000	
Contratos FFDS (Promoción y Prevención, PAB)	10.408.000.000	
Vinculados	72.368.000.000	
Transferencias	62.682.000.000	
Con Situación de Fondo	38.608.000.000	
Sin Situación de Fondo (Situado Fiscal)	24.075.000.000	
SUBTOTAL ASIGNADO ACTUAL	168.474.000.000	41%
Presupuesto Adicional		
Venta Servicios (ARS)	15.647.000.000	
Venta Servicios con Otros Pagadores	11.000.000.000	
Subtotal	26.647.000.000	
Total	195.120.000.000	47%

FUE

NTE: Secretaría Distrital de Salud, FFDS.

La transformación de los subsidios ha sido un aspecto difícil de absorber para los hospitales independiente del monto transformado en cada. Los hospitales ya no pueden depender de los recursos que la Secretaría por lo que el único camino que tienen para su fortalecimiento financiero es la venta de servicios. Este fortalecimiento no ha sido fácil ya que implica un cambio en la prestación de servicios, un cambio en la mentalidad del personal de los hospitales. A pesar de la dificultades que dicen tener para compensar la reducción de recursos, sólo cinco¹⁰ de 31 hospitales de la red adscrita a diciembre de 1997 se encontraban en déficit.

Sin embargo, la venta de servicios es limitada parte por falta de capacidad de los hospitales y parte por la falta de compra de estos servicios. El FFDS (Secretaría) es el mayor comprador de los servicios de los hospitales. A pesar de que por Ley (Ley 344) las ARS deben contratar mínimo el 40% de los servicios con hospitales públicos las ARS sólo contratan un 15%, según cifras de la Secretaría. Esto genera graves problemas porque los hospitales no tienen quien les compre sus servicios.

No obstante, las ARS contratan principalmente con hospitales públicos de alto nivel de complejidad por lo que la sobrevivencia de los de nivel I está peligrando. No sólo por esta razón sino también por la proliferación de IPS privadas que "sacan" del mercado a las

¹⁰Los cinco hospitales que terminaron 1997 con déficit son el Hospital de Bosa, de Fontibón, de Olaya, El Tunal y Trinidad Galán.

públicas. Esto es un problema grave porque el nivel I de complejidad es el pilar de los otros niveles. Desaparecerán, se convertirán en nivel II, se especializaran en promoción y prevención o será que tendrán que hacer alianzas estratégicas para su sobrevivencia. Estos son sólo algunos de los interrogantes que se tienen con respecto a los hospitales públicos de nivel I.

**Ingresos de los Hospitales de la Red Adscrita
a 31 de Diciembre de 1997**

Nivel Complejidad	Recaudo Venta de Servicios	Recaudo ARS	Porcentaje Recaudo ARS	Total Recaudo
NIVEL III	5.762.388.130.88	493.695.314.32	7.89%	6.256.083.455.20
NIVEL II	3.909.822.421.31	176.849.543.00	4.33%	4.086.671.964.31
NIVEL I	5.796.584.711.15	5.522.913.517.83	48.79%	11.319.498.223.98
TOTAL	15.468.795.263.34	6.193.458.375.15	28.78%	21.662.253.638.49

NTE: Secretaría Distrital de Salud. FFDS.

Para la Secretaría, el futuro de los hospitales depende de la forma de contratación de los hospitales con las ARS, EPS y entes territoriales. Igualmente depende de los contratos de personal. La mayoría de los hospitales, sino todos, hasta el momento ha realizado contratos por nómina lo que generan unos altos costos y cargas prestacionales. Existen diferentes formas de contratación que podrían disminuir sus costos de personal tales como contratación externa, por actividad o con sociedades, entre otras.

Igualmente, una mayor inversión en infraestructura y recurso humano es necesaria para los hospitales ya que podrían aumentar y mejorar la prestación de servicios. Además, esta inversión les facilitaría competir con las instituciones privadas. La Secretaría, de acuerdo con proyectos de Planeación Nacional y Distrital, realiza inversiones de este tipo en los diferentes hospitales.

La Secretaría tiene un sentido paternalista hacia los hospitales porque aún no están listos para su transformación. Los hospitales no quieren realizar contratos con las ARS porque pueden quebrarse y, esperan los recursos que el Distrito les da para ayudarlos financieramente. De acuerdo al comportamiento financiero de algunos hospitales, el Distrito se ve obligado a dar estos recursos adicionales para ayudarlos en este aspecto. El problema es que si la Secretaría no les da estos recursos entonces el Distrito quedaría sin quien preste los servicios de salud.

El paternalismo de la Secretaría también se percibe en el proceso de facturación de los hospitales. Dado que estos al iniciar 1998 aún estaban facturando a las ARS lo de 1997, la Secretaría fijo un plazo para que los hospitales hicieran entrega de todas sus facturas. Sin embargo, esta medida no obligó a los hospitales a ser completamente eficientes porque aún después de vencerse el plazo, todavía pueden facturar lo del año pasado con la diferencia de que las ARS ya no tienen que pagar inmediatamente sino que tienen un plazo más largo.

Este paternalismo de la Secretaría hacia los hospitales puede ser muy desmotivante para que los hospitales sean eficientes ya que no se incentiva a facturar correctamente ni a ha generar excedentes dado que realiza un saneamiento financiero a aquellos hospitales en quiebra.

◆ Hospital Meissen

El Hospital Meissen se transformó en ESE en diciembre de 1997 según el Acuerdo 77. Esta transformación no ha generado mayores cambios, únicamente en la forma de contratación la cual ya no es pública sino privada y, en la determinación de los términos contractuales que es realizada por la junta directiva del Hospital.

Durante el periodo de EPS-T, el Hospital tuvo contratos por facturación para la prestación de los servicios. Los problemas presentados durante este periodo fueron básicamente por la inexperiencia de los actores, es decir, de la Secretaría y de los hospitales. El mayor inconveniente del Hospital fue la facturación ya que tenían total desconocimiento a cerca de este proceso. Durante este periodo transitorio, el Hospital recibió las transferencias según recursos históricos al igual que los nuevos recursos por subsidios a la demanda. Estos recursos nuevos por subsidios a la demanda no fueron significativos: por recursos históricos recibía alrededor de \$2.500 millones mientras que por recursos nuevos recibió \$80 millones.

Al vencer los términos contractuales, faltaron cuentas por pagar ya que hubo un lapso de tiempo donde se prestaron servicios sin contratos pues la EPS-T finalizó en abril de 1996 y las ARS comenzaron a operar en julio de 1996. Es por esta razón que fueron a conciliación para el reconocimiento de estas cuentas que equivalen a \$70 millones. El proceso esta actualmente en la Procuraduría.

El Hospital tiene contratos con 12 ARS para la prestación de servicios de nivel I por capitación y nivel II y III por facturación. El principal problema que tiene el Hospital con las ARS es el inoportuno pago de los contratos. Ocasionalmente atienden régimen contributivo pero no es muy significativo. El gran problema con el régimen contributivo es que el ISS no paga, en febrero de 1997 aún le debía \$70 millones del año anterior. Para el Hospital es más conveniente contratar con la Secretaría que con las ARS porque la Secretaría paga todos los servicios facturados por atención a vinculados quienes reciben los mismos servicios del régimen subsidiado. Actualmente, la facturación por vinculados excede la transferencia directa que antes recibía el Hospital.

El Hospital aún tiene problemas con la facturación que obstaculiza el pago oportuno reflejándose en el movimiento de cartera. Sin embargo, estos inconvenientes de facturación han mejorado, antes se facturaban \$70.000 millones pero luego se comenzó a facturar \$500.000 millones. Sin embargo, el Hospital no es el único generador de problemas en el flujo de dinero, también lo son las ARS. Por ejemplo, hay una ARS que tienen horarios específicos para recibir las facturas mientras que otras solo registran en un día las primera 99 facturas recibidas. El director cree no vale la pena tener contratos con todas las ARS sino sólo con 4 ARS que realmente sean cumplidas con los pagos.

Los recursos provenientes de la contratación con las ARS no han sido muy significativos para el Hospital. Al Hospital le han transformado desde el año pasado subsidios de oferta por subsidios de demanda en un 56%. Sin embargo, esta reducción del situado fiscal la ha compensado con la venta de servicios por lo que finalizaron 1997 con un presupuesto de \$5.300 millones a pesar de comenzaron con \$2.900 millones. Sin

embargo, el Hospital tiene problemas de iliquidez porque los pagos son muy inoportunos por parte de la Secretaría y las ARS.

El principal problema para el director no es el pago inoportuno de sus cuentas sino la inequidad en el porcentaje de transformación de subsidios de oferta por subsidios de demanda entre los diferentes hospitales. En 1998 el Hospital Meissen comenzó con el 28% de los subsidios de oferta mientras que otros hospitales comenzaron con 65% de los subsidios. El director cree que esta situación es injusta porque implica que otros hospitales tienen salvada la nomina, tienen dinero para realizar inversiones y otras ventajas que el Hospital Meissen no tiene. Además, los excedentes financieros generados por el Hospital se los descuentan del presupuesto del siguiente año.

El director cree que ha aumentado el acceso de la población pobre a partir de su afiliación al régimen subsidiado. El nuevo sistema ha generado un cambio en la mentalidad de los empleados porque ahora están para atender a las personas ya que el prestar servicios implica tener ingresos mejorando así la calidad de atención.

Según el director, hay una mayor facilidad de acceso para los vinculados que para los afiliados del régimen subsidiado porque el vinculado es atendido inmediatamente mientras que el subsidiado tiene que pedir una autorización a la ARS. Para él, la falta de conocimiento del régimen subsidiado es un limitante del acceso que le conviene a las ARS, porque están en función del negocio y no en función de los servicios.

◆ Hospital Santa Clara

El proceso de transformación y adaptación de este Hospital es bastante atípico ya que ha sufrido varios cambios. Fue fundado en 1942 como dependencia del Ministerio de Trabajo, Higiene y Prevención, en 1964 se convierte en una entidad de utilidad común adquiriendo cierta independencia, con la reforma de salud de 1968 se establece como entidad pública del Ministerio de Salud y con los acuerdos 20 de 1990 y 19 de 1991 el Hospital deja de estar involucrado en el Sistema de Salud pero aún no ha sido liquidado. La verdadera tragedia para el Hospital comienza a partir de la Ley 60/93 y la Ley 100/93.

Por algún motivo el Hospital de un momento a otro es considerado como una fundación lo que explica porque el 31 de diciembre de 1993 recibía transferencias del situado fiscal pero a partir del 1 de enero de 1994 nunca vuelve a recibir recursos por transferencia. Por lo tanto, el Hospital Santa Clara no ha vivido el proceso de transformación de recursos de oferta a recursos de demanda. Han contrarrestado esta pérdida económica con la venta de servicios de salud.

A pesar del gran esfuerzo que implicó esta suspensión repentina de recursos, éstos les ha propiciado una gran ventaja ya que no sólo han podido absorber completamente el nuevo sistema de salud sino que además, han generado utilidades por su venta de servicios. El año 1994 comenzó con un déficit aproximado de \$1.500 millones el cual afrontaron sin crédito ni presupuesto ya que dejaron de recibir las transferencias por situado fiscal. Al ver la difícil situación que les esperaba, se implantó una cultura de

reporte, facturación y racionalización del gasto. Esto les permitió terminar el año con un déficit de \$75 millones a pesar de que inicialmente era de \$1.500 millones.

Durante la EPS-T, el Hospital generó utilidades gracias a los contratos para la atención de la población vinculada. En 1996, después de proponer varios proyectos, la Secretaría de Salud contrató con el Hospital para la prestación de servicios no cubiertos en el POS-S para el régimen subsidiado. Igualmente, se hicieron contratos con EPS y ARS. Sin embargo, los contratos con las EPS y ARS sólo representaron el 1% del total de ventas de servicios. Las utilidades en 1996 ascendieron a 1.294 millones.

A partir de 1997 el Hospital cuenta con contratos por facturación con la Secretaría de Salud, el Ministerio de Salud, el ISS, EPS y ARS. Tiene convenios con todas las 19 ARS de Bogotá pero realmente tiene contratos con 7. Igualmente, tiene contratos con las ARS y Secretarías Departamentales de otras regiones del país. A pesar del gran número de contratos y convenios con las EPS y ARS, éstos sólo representan el 7.2% de los servicios prestados en el Hospital. Para el director del Hospital, esto se debe a que el nivel de los servicios del POS-S es muy inferior a los servicios que ofrece el Hospital Santa Clara por ser nivel II. El resto de servicios prestados se distribuyen así: 3.9% venta directa, 38.6% atención a vinculados¹¹ y 33.6% contratos con el ISS.

El Hospital Santa Clara decidió, en junio de 1997, mandar un proyecto independiente de los demás hospitales para poder transformarse en ESE. En julio de 1997 el proyecto es aprobado y se convierte en ESE. Esta transformación implicó cierta paternalidad ya que el Hospital ahora tiene quién lo vigile y lo controle. Igualmente, cambiaron los contratos ya que pasó de ser de la red no adscrita a red adscrita donde le pagan presupuestalmente.

La transformación del Hospital en ESE también implicó cambios en la prestación de servicios. La atención a vinculados se hace por facturación a cargo a la Secretaría de Salud Distrital. La cuotas moderadas y los copagos se cobran pero este ha sido bastante difícil de llevar a cabo ya que muchas personas no tienen con que pagarlos. El Hospital Santa Clara dentro de ciertos parámetros muy específicos y casos muy especiales no cobra el copago o cuota moderada gracias a que la Fundación Saldarriaga Concha le dona al hospital una suma para cubrir estos pagos.

En 1997, gracias a la única transferencia recibida desde diciembre de 1993, se invirtió en la "hotelería" del Hospital. Igualmente, se ha invertido en infraestructura, "en la actualización de los equipos porque con estos cambios era la única manera para que el Hospital sobreviviera". Estas inversiones en infraestructura se han realizado con recursos del Ministerio de Salud, donaciones como la de las Damas Colombo-Libanesas (para la unidad de cuidados intensivos de pediatría) y esfuerzo propio del Hospital¹². Esta inversión en infraestructura ha sido una necesidad para poder funcionar y sobrevivir.

¹¹La Secretaría Distrital paga por toda la atención prestada a la población vinculada.

¹² El esfuerzo propio para 1997 fue del 7.5% del presupuesto el cual es superior al 5% que exige la Ley.

CUADRO INGRESOS-GASTOS

	1993	1994	1995	1996
INGRESOS				
Valor Presupuesto*	2.140.148	3.083.000	5.093.000	6.035.000
Recaudo Departamento	13%	17%	11%	11%
Contrato ISS	15%	17%	25%	24%
Contrato FFDS**	0%	62%	58%	62%
EPS - otras	2%	2%	5%	2%
Aporte Situado Fiscal	69%	0%	0%	0%
Otros Ingresos	1%	2%	1%	1%
TOTAL	100%	100%	100%	100%
Ejecutado	100%	87%	100%	67%
GASTOS				
Servicio Personalizado***	72%	71.70%	73.40%	73.20%
Gastos Generales****	6%	8.70%	7.60%	7.30%
Suministros	21%	19.30%	15.40%	17.40%
Inversión	1%	0.30%	3.60%	2.10%
TOTAL	100%	100%	100%	100%
Ejecutado	94%	95%	87%	64%

*Han dejado de recibir el 8% del presupuesto (alrededor de \$500.000.000).

**Los servicios no reconocidos por el FFDS representan el 12% (alrededor de \$400.000.000).

***Incluye pago de transferencias a Cajanal (prestaciones) por concepto de previsión social (aporte patronal) y al ICBF que hasta 1993 no se pagaban.

****Incluye los gastos por concepto de servicios públicos de energía y acueducto que hasta 1993 no se pagaban.

En cuanto al personal éste cambia permanente. Este cambio no se debe tampoco a la Ley 100 ni implica un mejoramiento del personal sino una subutilización del Hospital. Es decir, el personal cambia ya que cuando los contratos son limitados parte del personal no tiene ningún trabajo obligando a que tengan "vacaciones forzosas".

Su cartera es bastante sana, el índice del 18.49% se debe principalmente al atraso en el pago por parte del ISS y de las ARS. Como la participación de éstas últimas es tan poca, no afecta realmente la cartera. El hospital logró recaudar 76.14% del FFDS, 88.3% del ISS, 47% de las ARS y el 100% del Ministerio de Salud. El año 1997 no les generó ganancias debido a la subutilización del Hospital porque la contratación fue limitada de acuerdo a su capacidad.

Para el director del Hospital existe un grave problema en cuanto a los incentivos que el sistema genera para el buen funcionamiento de los hospitales. Primero que todo es muy desmotivante para ellos que el Estado no reconozca la eficiencia del hospital mientras que a otros hospitales con deudas altas les haya dado un auxilio económico. Igualmente, es bastante desmotivante que la mayoría de las utilidades generadas por el Hospital no le corresponden a éste sino al Distrito, en el caso del Hospital Santa Clara sólo le pertenece el 20% de las utilidades y al Distrito el 80%.

Para el director del Hospital el acceso de la población pobre a partir de su afiliación al régimen subsidiado indudablemente ha aumentado ya que las personas saben que ellos

reciben un servicio de salud y alguien paga por éstos. Sin embargo, el acceso como un cubrimiento más global del estado de salud de las personas, no ha aumentado tanto si se tiene en cuenta que existen grandes diferencias entre el POS-S y el POS. Lo ideal es que no existan diferencias entre estos dos planes. En cuanto al uso de los servicios de salud este es un problema cultural.

◆ Hospital Vista Hermosa

El Hospital Vista Hermosa, conformado por 14 centros de salud, está localizado en la localidad de Ciudad Bolívar. Al tener completa autonomía como ESE, el Hospital tendrá 2 centros adicionales ubicados en área rural.

El proceso de transformación del Hospital Vista Hermosa en ESE tuvo varios obstáculos. Esta transformación en ESE fue bastante difícil porque no existía la voluntad política del Consejo ni de los sindicatos. Los sindicatos básicamente se opusieron a la transformación porque creían que era una privatización que implicaría un despido masivo. Finalmente, el Hospital se convirtió en ESE¹³ en diciembre de 1997. Sin embargo, la transformación en ESE se encuentra en un proceso de transición lo que implica que no tiene completa autonomía.

Las dificultades del Hospital no se mejoran ni dificultan con la transformación en ESE ya que sus problemas son históricos principalmente de infraestructura y orgánicos de recurso humano. El convertirse en ESE les da autonomía para manejar los problemas directa e inmediatamente. Sin embargo, tienen autonomía desde la Ley 10 de descentralización por lo tanto, el ser ESE les permite básicamente una contratación mas rápida y ágil al igual que la posibilidad de formar alianzas con diferentes IPS para la prestación de servicios.

Durante la EPS-T, el Hospital celebró contratos por facturación con la Secretaría Distrital. El Hospital también recibió recursos según su presupuesto histórico y además, nuevos recursos por subsidios a la demanda. La facturación durante ese periodo fue bastante baja, alrededor de \$200 millones. Este proceso fue bastante difícil para el Hospital porque no estaba preparado adecuadamente.

Durante periodo de desmonte de la EPS-T a las ARS, el Hospital no tuvo ningún contrato, sin embargo, siguió atendiendo a los afiliados del régimen subsidiado. Es por esto que realizaron una conciliación ante la Procuraduría para que alguien respondiera por los servicios que prestaron, el Hospital ya recibió \$126 millones.

El proceso de desmonte de la Secretaría a las ARS fue un proceso lento y complejo debido a las dificultades presentadas en las negociaciones. Se realizó una reunión con las ARS e IPS donde se presentaron varios problemas por el desacuerdo de la forma de

¹³A pesar de la transformación en ESE, la Secretaría acordó que procederá al saneamiento financiero de los hospitales ante una crisis financiera de estos. Igualmente, se acordó que si un hospital no cubre sus gastos con la venta de servicios, entonces el hospital recibirá unos mayores rubros según los indicadores de gestión. La Secretaría también apoyará el mejoramiento de la infraestructura de los hospitales.

contratación ya que las ARS querían que los contratos se realizaran bajo el régimen privado y los hospitales bajo el régimen público¹⁴, es decir, bajo la Ley 80 porque tiene cláusulas excepcionales. El Hospital Vista Hermosa realizó contratos inicialmente bajo régimen público pero a partir de 1997 los realizó bajo régimen privado porque las ARS no estaban interesadas en contratar con ellos bajo régimen público.

Actualmente, el Hospital tiene contratos con 6 ARS. La mayoría de los contratos son por capitación aunque, por ejemplo, el contrato con Unicajas es por capitación y facturación. Igualmente, tiene convenios con otras ARS como Asfamilias a quien les cobra por facturación. La relación del Hospital con las ARS es bastante buena. El flujo de dinero de las ARS hacia ellos es muy oportuno. El Hospital es el generador de problemas en el flujo de dinero debido a sus problemas con el sistema de facturación obstaculizando el pago.

El Hospital tiene contratos por facturación con la Secretaría para la prestación de servicios de nivel I a vinculados. A pesar de que los contratos son por facturación, la Secretaría les paga anticipadamente parte de los contratos y después el resto del contrato mediante pagos mensuales. Si el monto facturado por atención a vinculados excede el valor del contrato, entonces la Secretaría realiza una adición al contrato.

La transformación de recursos de oferta a demanda no les impactó tanto en 1997 en la medida en que han facturado un alto nivel por venta de servicios. El Hospital tiene un presupuesto de \$5.111 millones de los cuales \$3.200 millones son por venta de servicios. Sin embargo, no han podido contrarrestar completamente la disminución del situado fiscal con la venta de servicios debido a que han tenido sobrecargas como la nivelación salarial.

El director cree que el nuevo sistema de salud les permite actuar inmediatamente al detectar un problema. Esto les permite mejorar los servicios mas fácilmente. La oferta de servicios ha aumentado pero sigue siendo muy baja ya que es difícil atender la demanda de una población tan grande como la de Ciudad Bolívar. Para el director, el mayor obstáculo es la falta de información y desconocimiento del sistema de salud. Para el Hospital la principal dificultad es la infraestructura que a corto plazo les es difícil mejorar.

"Un gran desincentivo para el Hospital es que su excedente financiero se descuenta del presupuesto del siguiente periodo por lo que les es indiferente generarlo o no. El problema no es de presupuesto sino de iliquidez el cual es interpretado por ciertos entes como un déficit sin realmente serlo. Dada esta interpretación, al final del periodo las autoridades correspondientes cuestionan a los hospitales sobre la generación de excedentes si anteriormente se encontraban con problemas de iliquidez. Esto implica que para el siguiente año el hospital recibe un presupuesto total menor no sólo porque le han reducido su presupuesto histórico por no haberlo ejecutado completamente el periodo anterior sino que además, se disminuye debido a la transformación de subsidios

¹⁴Los contratos regidos por el régimen público tienen cláusulas excepcionales unilaterales donde las entidades públicas tienen facultades extraordinarias.

de oferta a subsidios de demanda.” El problema no es poder ejecutar el presupuesto sino la iliquidez que no les permite ejecutarlo.

El director del Hospital cree que es mejor ser vinculado que afiliado porque los vinculados pueden ser remitidos sin ningún problema mientras que los afiliados del régimen subsidiado deben pedir una autorización. Por tal razón, hay afiliados que dicen ser vinculados. Esto es un grave problema para el director porque atender a un afiliado como vinculado genera unos costos bastante altos pues se realiza un doble pago por la misma persona.

El director cree que el sistema de salud ha sido “un proceso positivo el cual debe irse ajustando según la experiencia para ir solucionando las dificultades sobre la marcha”. El sistema ha implicado un cambio en las instituciones públicas creando un compromiso para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud. Sin embargo, cree que el sistema ha generado vicios. Por ejemplo, la forma de contratación genera vicios: si los contratos son por capitación entonces no hay afán por prestar servicios mientras que si es por facturación sucede lo contrario.

El director del Hospital cree que si ha mejorado el acceso de la población pobre a los servicios de salud ya que ha aumentado el número de pacientes atendidos. El cree que parte de este aumento se debe a la ubicación geográfica del Hospital. En muchos de los centros de salud del Hospital es insuficiente el recurso humano y la infraestructura para atender la demanda. La dificultad asistencial del Hospital no es de orden financiero sino de recurso humano, el cual se debe en parte a que la estructura de los centros no permite la existencia de más personal y a que las personas no están motivadas a trabajar en este Hospital debido a su ubicación en una zona de el alto índice de violencia. En cuanto al uso de los servicios de salud, el director cree que ha aumentado. Sin embargo, el cree que si le pregunta a un usuario, ellos no sienten un cambio a partir de la Ley 100 porque para ellos no ha implicado un cambio en su gasto.

Variacion de las Fuentes de Ingresos del Hospital Vista Hermosa

	1995	1996	1997
1. Rentas Propias	112.914.000	519.687.938	3.563.922.356
Regimen Subsidiado			487.858.953
Vinculados	112.914.000	254.240.603	2.268.487.310
Regimen Contributivo			
Otros		265.447.335	807.576.093
2. Situado Fiscal y Otros	1.984.602.000	3.664.651.000	2.133.618.229
Situado Fiscal		2.591.261.000	510.429.084
Rentas Cedidas			
Transferencias Departamentales	1.984.602.000	1.073.390.000	1.341.900.145
Transferencias de la Nacion			281.289.000
TOTAL	2.097.516.000	4.184.338.938	5.697.54.585

4. Conclusiones

- Logros

La Secretaría se reconoce por el buen desempeño de sus funciones tales como vigilancia, asesoría y aseguramiento lo que ha facilitado la implementación del régimen subsidiado. Por una parte la Secretaría ha vigilado y controlado directamente o a través de interventorías a las ARS, IPS de la red adscrita, IPS de la red no adscrita y el SISBEN. Esta constante y continua vigilancia permite asegurar, en parte, el correcto funcionamiento de los diferentes entes o por lo menos el mejoramiento de éstos. Por otro lado, las asesorías que realiza ayudan a que los diferentes entes puedan realizar correctamente sus funciones permitiendo que los principales actores del sistema tengan un buen conocimiento de éste y por ende facilitar la implementación del nuevo sistema de salud

Otra labor que caracteriza a la Secretaría es el aseguramiento. La meta de afiliación para 1997 era de 825.000 pero se logró afiliar a 910.474 personas. Esta mayor afiliación a sido posible gracias a que la Secretaría ha transformado subsidios de oferta por subsidios de demanda 6 puntos por encima del mínimo legal. De acuerdo al nivel de cobertura alcanzado, el 94% de los identificados mediante SISBEN I y II y servicios públicos I y II está afiliado.

La liquidación de la UPC por carné entregado permitió una disminución en el número de afiliados en junio de 1997 de 500.000 a 300.000. Esta medida garantiza que los subsidios estén canalizados a personas que realmente están afiliadas y pueda hacer uso de estos, focalizando así eficientemente los recursos. Adicionalmente, se han limitado los gastos administrativos de las ARS hasta el 20% de la UPC.

Durante este periodo se utilizaron 3 modalidades para la prestación de servicios: i) la contratación con una Caja de Compensación Familiar, Unicajas, que operó en las localidades de San Cristóbal y Ciudad Bolívar; ii) la contratación de los Silos ubicados en las localidades de San Cristóbal, Suba, Bosa y Usaquén; y iii) la contratación con hospitales. A pesar del corto periodo de duración de la EPS-T, está dejó varias lecciones: durante la modalidad de Unicajas fue posible identificar algunos problemas que se presentarían en el futuro como la contratación con la red para la prestación de servicios, el proceso de facturación y el sistema de información, entre otros; la contratación de los Silos fue la base de las ESS ya que una de sus principales funciones era la divulgación de información por parte de un grupo de agentes de salud a la comunidad; y por último, la contratación con los hospitales permitió que fueran ajustándose al nuevo sistema.

Con respecto al flujo de dinero de la Secretaría a las ARS y a las IPS, éste es muy oportuno y en ocasiones es anticipado. El pago oportuno de la Secretaría a los hospitales ha facilitado el funcionamiento de éstos.

El pago por la atención de vinculados ha facilitado la situación de los hospitales ya que alguien responde por esos servicios y además, les ha permitido incrementar su presupuesto. Es más, algunos hospitales reciben más por vinculados que el presupuesto

histórico de años anteriores. La atención de vinculados ha sido favorable para los hospitales pues la Secretaría paga oportunamente todos los servicios prestados a esta población. Parte del pago por la atención a vinculados se realiza por anticipado y parte mensualmente. Sin embargo, en ambos casos los hospitales deben facturar a la Secretaría todos los servicios para la realización de los pagos. Si un hospital excede el monto destinado para la atención de vinculados, la Secretaría realiza adiciones igualmente mediante facturación.

La transformación en ESE de los hospitales les ha brindado autonomía facilitando la toma de decisiones inmediatas ante circunstancias relevantes. Por otra parte, la transformación de recursos de oferta a demanda ha creado en los hospitales un afán por la venta de servicios. Para la mayoría de los hospitales esta transformación no ha sido tan problemática ya que han podido contrarrestar esta disminución con la venta de servicios¹⁵; es más, sólo 5 de 32 hospitales de la red adscrita culminaron el año 1997 con déficit.

Los hospitales públicos han generado una cultura empresarial como consecuencia de la conversión en ESE al igual que por la transformación de los recursos de oferta a demanda. Como consecuencia ha surgido un cambio en la actitud de los empleados de los hospitales públicos frente al usuario pobre ya que deja de ser percibido como limosnero y comienza a ser tratado como un cliente. Igualmente ha cambiado la percepción del usuario pobre frente a sus posibilidades de salud ya que recibe un servicio porque exige un derecho y no por caridad. Estos cambios en los hospitales públicos incentivan a que sean más eficientes mejorando así la calidad de la prestación de los servicios y convirtiéndose en instituciones públicas competentes.

La transformación los subsidios de oferta por subsidios de demanda no han sido homogénea entre los diferentes hospitales. El porcentaje transformado varía de acuerdo al comportamiento histórico del hospital, la ejecución real y las condiciones bajo las cuales opera. Esta inequidad en la transformación entre los diferentes hospitales se debe a que hay hospitales que, según las condiciones bajo las cuales funcionan, pueden o no sobrevivir con la transformación de recursos.

- Dificultades

Aparentemente, existe la posibilidad de que no se puedan continuar transformando recursos de oferta a demanda por encima de lo estipulado por Ley. No sólo es incierto la ampliación en la cobertura de afiliados en el régimen subsidiado sino además, es posible que los recursos no sean suficientes para garantizar la actual afiliación. Por lo tanto, es probable que la Secretaría utilice sus propios recursos para responder por las 910.474 personas afiliadas actualmente para que continúen aseguradas.

En Bogotá se han utilizado dos mecanismos de identificación de beneficiarios de subsidios: servicios públicos y SISBEN, principalmente durante la EPS-T. Se busca utilizar un único sistema de identificación, razón por la cual después de la EPS-T se ha

¹⁵A pesar de contrarrestar la disminución de los recursos, gran parte de la venta de servicios todavía está en papel generando en los hospitales problemas de iliquidez.

ido aplicando el SISBEN sobre el mecanismo de servicios públicos. El haber utilizado dos herramientas de identificación diferentes ha generado problemas principalmente porque gran número de personas identificadas como beneficiarias bajo el método de servicios públicos ya no son consideradas de tal forma mediante el SISBEN.

Otro problema en el proceso de identificación y selección de las personas beneficiarias de subsidios es que los principales actores del sector salud creen que el SISBEN tiene problemas técnicos. Adicionalmente, creen que esta herramienta de identificación puede no ser la más adecuada para Bogotá ya que los parámetros de pobreza son diferentes a los de un municipio pequeño poco desarrollado. Este pensamiento no sólo cuestiona la homogeneización del método de identificación dentro de diferentes regiones del país sino también la homogeneización de todos los parámetros incluidos en la Ley tal como la descentralización de todos los municipios por más pequeños que sean, la transformación equivalente de recursos entre todos los hospitales, la cantidad de recursos destinados a cada departamento, entre otras cosas.

La EPS-T generó confusión en la población por la poca duración de esta modalidad. El problema se genera básicamente al dejar de operar la EPS-T para trasladar la administración del régimen subsidiado a las ARS ya que la población se ve obligada a cambiar a otro sistema sin haber absorbido ni incorporado el anterior. No sólo causó gran confusión a la población sino también a los hospitales. Durante este periodo los hospitales recibieron recursos históricos más recursos nuevos por subsidios a la demanda. Sin embargo, al funcionar las ARS, a los hospitales les redujeron su presupuesto histórico. Esto fue un gran cambio ya que estaban acostumbrados a recibir un presupuesto mayor y adicionalmente recursos nuevos. El problema no sólo es por la reducción de los recursos también porque el tiempo de transitoriedad para el ajuste de los hospitales al nuevo sistema fue demasiado corto.

Otra dificultad presentada se genera en el periodo de desmonte de la EPS-T a las ARS. Durante ese lapso de tiempo, los hospitales continuaron prestando servicios sin tener contratos ni con la EPS-T ni con las ARS. La prestación de servicios durante este periodo fue asumido por los hospitales. Sin embargo, algunos han entrado en conciliación por lo que el Distrito les ha pagado esos servicios.

La competencia desleal entre ARS generada en Bogotá, permitió toda clase de artimañas para lograr la afiliación de una persona a la ARS. No sólo se sobornó a las personas sino que además se desvió la información y por ende también a las personas. Esto en cierta forma obstaculizó la libre elección de ARS ya que se "compró" a las personas y además, la información que recibió la población estaba tergiversada. Fue tal el grado de ¿malversación?, que los encuestadores se vieron en peligro, hasta sacaron cuchillos.

A pesar de que las ARS tiene contratos con gran parte de las instituciones de la red adscrita, están inconformes con éstas porque no sólo las ARS han tenido problemas directamente con las IPS públicas sino también a las dificultades que sus afiliados han tenido con éstas. Por esta razón existe cierta preferencia por las IPS privadas. Los

principales problemas de las instituciones públicas se deben a la falta de infraestructura, recurso humano, la inexperiencia en el manejo de una empresa e iliquidez.

En cuanto a infraestructura y recurso humano, algunos hospitales están deficientes en estos dos aspectos. El problema es que no tienen los recursos necesarios para invertir en ellos. Si los hospitales invirtieran en estas dos deficiencias mejoraría la cantidad y la calidad de servicios que prestarían lo cual les permitiría competir más fácilmente con las IPS privadas. Sin embargo, estas inversiones son muy costosas para los hospitales razón por la cual no la han realizado.

Otra dificultad que tienen los hospitales es que es que parte de la venta de servicios sólo queda en el papel porque no les han pagado esos servicios. A pesar de que los hospitales han podido contrarrestar la reducción de los recursos con la venta de servicios, han tenido problemas con la recaudación correspondiente a la prestación de servicios. Por lo tanto, el problema de los hospitales no es falta de presupuesto sino de iliquidez. Este problema no sólo se debe al inoportuno pago de las ARS y EPS, especialmente el ISS sino también a la nivelación salarial y a las dificultades en la facturación generadas por los hospitales que atrasan los pagos. Otra dificultad que tienen los hospitales con respecto a la venta de servicios es que no tiene quien se los compre excepto por la Secretaría. Adicionalmente, a pesar de que según la Ley 344 las ARS deben contratar el 40% de los servicios con IPS, aparentemente, según la directora financiera de la Secretaría, sólo están contratando el 15% de los servicios con los hospitales de la red adscrita del Distrito.

El desconocimiento del dimensionamiento de la población vinculada es un problema bastante relevante. No se han podido hacer los cálculos pertinentes debido a que la Secretaría no tiene información a cerca del régimen contributivo porque las EPS, especialmente el ISS, no les ha proporcionado esta información. Sin embargo, al analizar el financiamiento general de los hospitales para 1998, los ingresos por la prestación de servicios a vinculados representa el 42% del presupuesto inicial de estos y, al incorporar la venta de servicios a las ARS y a otros pagadores, los ingresos por atención a vinculados representan 39% del presupuesto total de los hospitales.

La falta de información ha llevado a otro problema que es la atención de afiliados, ya sea de las ARS, EPS o ISS, como vinculados. Este problema no sólo se ha generado por la falta de información sino además porque aparentemente es mejor ser vinculado que afiliado del régimen subsidiado. Es mejor ser vinculado porque tienen menos obstáculos, como las autorizaciones, y porque la Secretaría, a diferencia de las ARS, no dificultan la prestación de servicios. La atención de afiliados como vinculados es un problema bastante grave ya que se genera una doble financiación pues la Secretaría le paga el subsidio de una persona a la ARS por afiliado y al mismo tiempo al hospital por vinculado.

El futuro de las ESS en Bogotá podría ser incierto ya que el propósito de éstas era la organización de una comunidad, para la administración de los recursos de subsidios de salud, en aquellos lugares donde probablemente una ARS no operaría. Sin embargo, en Bogotá, existe un número considerable de ARS generando una fuerte competencia.

Para las ESS no es fácil competir debido a su tamaño y, sobretodo, a los pocos recursos que tienen respecto a las otras ARS. Además, para las ESS es difícil cumplir con el requisito de tener mínimo 50.000 afiliados si se tiene en cuenta que en Bogotá sólo una de las seis ESS tienen 50.000 o más afiliados. Es posible que las diferentes ESS tengan que colisionarse para así cumplir con el mínimo de afiliados y para que puedan competir más fácilmente.

Referencias:

Evaluación del Proceso de Implementación y Desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Dirección Seguridad Social, Secretaría Distrital de Salud. Santa Fe de Bogotá, Octubre 1996.

Evaluación de la Jornada Entrega De4 Tarjetas de Salud a Afiliados del Régimen Subsidiado, Febrero 1 al 9 de 1997, Secretaría Distrital de Salud. Santa Fe de Bogotá, Febrero 1997.

Evaluación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud a Diciembre 31 de 1996, Dirección de Aseguramiento, Secretaría Distrital de Salud. Santa Fe de Bogotá, Marzo 1997.

Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Participantes Vinculados a Diciembre 31 de 1997, Dirección de Aseguramiento, Secretaría Distrital de Salud. Santa Fe de Bogotá, Febrero 1998.

Informe Fondo Financiero Distrital de Salud, Dirección Financiera, Secretaría Distrital de Salud. Santa Fe de Bogotá, Marzo 1998.

Estadísticas, Santa Fe de Bogotá, Departamento Administrativo de Planeación Distrital Enero 1997.

Fábrica de Ciudades, El Espectador, página 1-G, 7 de julio de 1996.

Entrevistas:

María Beatriz Plata, Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud

Lucy Hernández, Directora Financiera, FFDS

Jorge Flores, FFDS

Raúl Lagos, Administrador del SISBEN

Guillermo Murillo, Director, Hospital Santa Clara

José Fernando Martínez, Director, Hospital Vista Hermosa

Santiago Romero, Director, Hospital Meisen

Nora Méndez, Directora, Humana Vivir

Luis Gonzalo Cano, Director, Asfamilias

Argemiro Rincón, Director, Ecoopsals

5. Anexo

CONTRATOS CELEBRADOS ENTRE EL FFDS Y LAS ARS A DICIEMBRE 1996 SANTA FE DE BOGOTA

ARS	FECHA CONTRATO	No. CONTRATO	No. AFILIADOS	VALOR CONTRATO \$
Ecoopsals	Octubre 4/96	366	11.303	672.187.500,50
Fondo Loteros	Septiem. 27/96	355	11.28	672.187.500,00
Salud Norte	Diciemb. 27/96	1256	26.5	593.765.625,00
Coopsolsa	Diciemb. 27/96	1527	24.5	182.934.375,00
Cafesalud	Septiem. 24/96	361	2.302	138.474.072,00
Unimec	Septiem. 16/96	364	25.751	1.543.693.396,00
Saludcoop	Septiem. 17/96	365	24.817	1.485.060.281,00
Humana Vivir	Octubre 8/96	368	8.944	536.149.977,00
Coomeva	Octubre 1/96	357	4.284	255.918.138,00
Caprecom	Noviemb. 8/96	363	4.569	273.854.158,00
Cafam	Octubre 7/96	360	44.245	3.965.483,00
Asfamilias	Septiem. 4/96	420	27.873	1.674.099.461,00
Colsubsidio	Octubre 10/96	354	51.665	4.630.500,00
Unicajas	Septiem. 24/96	410	7.377	442.000.000,00
Compensar	Septiem. 13/96	355	24.174	2.216.000,00
TOTAL			299.585	8.481.136.466,00

TOTAL DE AFILIADOS Y RECURSOS COMPROMETIDOS A LOS CONTRATOS CELEBRADOS ENTRE EL FFDS Y LAS ARS A FEBRERO 1997 SANTA FE DE BOGOTA

ARS	VALOR CONTRATO \$	TOTAL RECURSOS COMPROMETIDOS	TOTAL AFILIADOS
Ecoopsals	672.187.500	2.923.306.093,50	36.839
Fondo Loteros	672.187.500,00	2.092.542.093,50	26.023
Salud Norte	593.765.625,00	593.765.625,00	26.5
Coopsolsa	182.934.375,00	182.934.375,00	24.5
Cafesalud	138.474.072,00	2.039.345.635,00	29.302
Unimec	1.543.693.396,00	4.353.847.927,00	53.251
Saludcoop	1.485.060.281,00	4.821.037.218,50	60.163
Humana Vivir	536.149.977,00	3.916.864.727,00	53.192
Coomeva	255.918.136,00	2.481.224.731,50	34.423
Caprecom	273.854.158,00	2.300.372.501,50	31.967
Cafam	3.965.483,00	6.237.872,00	69.599
Asfamilias	1.674.099.461,00	5.142.586.961,50	63.066
Colsubsidio	4.630.500,00	7.818.100,00	87.223
Unicajas	442.000.000,00	2.601.880.344,00	35.041
Compensar	2.216.000,00	3.530.800,00	38.844
TOTAL	8.481.136.466,00	33.237.126.361,00	669.933

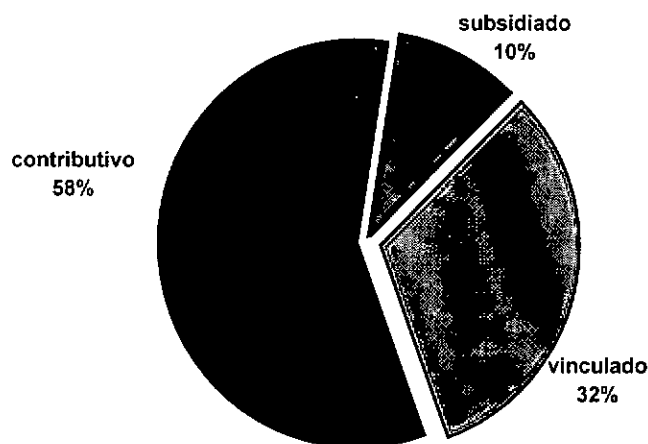
Municipio Santiago de Cali – Departamento del Valle del Cauca

1. Caracterización del municipio

1.1. Descripción del Municipio

Cali tiene una población total de 1'985.906 habitantes, de los cuales el 98.08% se encuentra en la cabecera municipal y tan solo 38.109 personas en la zona rural. El municipio tiene un índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) correspondiente al 20.64%.

DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN SEGÚN REGIMEN DE ASEGURAMIENTO
1997



- Cinco primeras causas de mortalidad:

CAUSA	TOTAL	%
1. Homicidios y lesiones por otras personas	1960	17.81
2. Enfermedades isquémicas del corazón	971	8.82
3. Enfermedades cerebrovasculares	896	8.14
4. Otras formas de enfermedad del corazón	892	8.10
5. Otras enfermedades del aparato respiratorio	528	4.80
Total	15247	47.67

1.2. Administración Local de Salud

La ley 10 de 1990, que buscó principalmente reorganizar el Sistema Nacional de Salud, estableció que los 30 municipios mas grandes deberían descentralizarse para enero de 1992, bajo el supuesto de que tenían la capacidad institucional y los recursos necesarios para manejar autónomamente el sistema de salud. Cali se descentralizó en 1991. Para esta fecha ya se había conformado el Fondo Local de Salud (1989) y la Secretaría de Salud (1955) llevaba varias décadas de operación.

Anterior a la certificación, existían en el municipio dos entidades a la cabeza del sector salud: la Secretaría de Salud y la Unidad Regional de Salud. La Secretaría era una dependencia del municipio, mientras la Unidad Regional de Salud (URS) operaba bajo la Seccional Departamental de Salud, recibiendo los recursos directamente del Departamento del Valle.

La descentralización exigía una única institución autónoma que dirigiera el sector salud, por lo que las dos entidades se fusionaron administrativamente en la Secretaría Municipal de Salud. Sin embargo, dado que los salarios de la URS eran superiores a los del municipio, y éste no estaba dispuesto a asumir ese incremento salarial para 1646 trabajadores de la URS, estas entidades siguieron estando separadas financieramente. "The establishment of parallel health administrations –once financed by the municipality, the other by the national government– is one byproduct of a poorly executed transition to decentralization that clearly harms allocative efficiency" (Quehl & Coll, 1993).

" The Ministry certified decentralization prior to the fulfillment of a major prerequisite: the channelling of all revenues and expenditures through the Local Health Fund. Similarly, proceeded without first finalizing civil services regulations, equalizing salary levels, liquidating debts owed to benefit funds or dissolving centrally controlled institutional structures (e.g URS). The Ministry does not reflect this flexibility in its treatment of other municipalities who have applied for certification" (Quehl & Coll, 1993).

La anterior descripción del sistema de salud de Cali evidencia el hecho de que al aparecer la ley 100 de 1993, a pesar de estar certificado el municipio, el proceso de descentralización todavía estaba incompleto. Esta situación sin embargo, ha ido cambiando y la Secretaría de Salud se ha convertido en una entidad autónoma en su manejo administrativo y financiero.

Paradójicamente, junto al proceso de descentralización municipal se ha venido dando un fenómeno de concentración extrema del funcionamiento del sistema de salud en manos de la secretaría. Eriberto Sánchez, consultor de la Secretaría de Salud dice que en Cali "municipalizaron la salud". Toda la red de instituciones municipales FEMS, constituida por 108 instituciones prestadoras de salud, están centralizadas en la secretaría. "Están mas centralizadas las decisiones de la salud en dependencias de la Alcaldía ahora, que antes de la Ley 10/ 90" .

Este sistema de operación municipal ha entorpecido la adecuación de las IPS públicas al nuevo modelo de prestación de servicios, dada la escasa capacidad resolutoria y la incapacidad de tomar decisiones de cualquier tipo. La Secretaría de Salud Municipal contrata todo el personal de planta de las instituciones de salud, realiza los contratos con las ARS, define el presupuesto, etc.

Sin embargo, tal como estaba previsto en la ley, se comenzó un proceso de transformación de los hospitales públicos para convertirlos en empresas autónomas. La Secretaría de Salud realizó inicialmente un estudio de factibilidad para determinar cuáles de los hospitales públicos se podían convertir en ESE; el resultado fue que la transformación no era factible económicamente para ninguno de los cuatro hospitales del I nivel.

Al ver este resultado se cambió la estrategia de transformación y se pensó en descentralizar toda la red, es decir los hospitales mas sus centros de referencia. Además, el municipio debería saldar el pasivo prestacional y asegurar que las transferencias serían iguales a la nómina, la carga de prestaciones extralegales y las partidas de apoyo en inversión. Esta era la única manera en que las instituciones podían ser autónomas económicamente.

La Secretaría pasó este proyecto de acuerdo para la transformación de las instituciones públicas en Empresas Sociales del Estado, el cual fue aprobado en el primer debate del consejo municipal. Sin embargo en el segundo debate fue rechazado; "ha sido imposible convencer a los concejales de que esa transformación es beneficiosa para la ciudad, porque tienen temores de tipo laboral" (Enrique Alvarez Giraldo, Secretario de Salud). Temen que si los hospitales se transforman, éstos no van a tener la capacidad de pagarle a sus empleados ni de subsistir.

"En el segundo debate no se supo vender bien la idea", comenta la actual Directora del Centro Hospitalario Cañaveralejo que participó en este proceso. El concepto de privatización, la idea de que el municipio se iba a desentender de los empleados y que se perdía la carrera administrativa creó un ambiente poco favorable para la aprobación del proyecto de transformación. La comunidad percibió que los servicios de salud se iban a volver mas costosos. Los funcionarios, los sindicalistas y los líderes comunitarios amenazaron a los concejales con quitarles sus votos si se aprobaba el proyecto.

Es así como el proceso de transformación se estancó y el nuevo gabinete¹ está muy cauteloso en este tema de la transformación y va a volver a comenzar todo el proceso, incluso se va a contratar un nuevo estudio de factibilidad. Esta situación implica que la transformación de la red municipal se puede demorar incluso un par de años mas.

2. Implementación del Régimen Subsidiado

2.1. Identificación y Selección de Beneficiarios

Hubo tres procesos de identificación de beneficiarios de los subsidios de salud. Inicialmente la Secretaría de Salud hizo una identificación provisional con una encuesta realizada directamente en las IPS a la gente que iba a utilizar los servicios. Con base en esto, se entregaron unos carnés temporales.

En el segundo semestre del 95 la Secretaría contrató con la empresa Asesorías para el Desarrollo y la Educación "EDA", 21.240 encuestas a familias de la comuna 13, con las cuales se entrevistaron 105.800 personas y 27.508 tuvieron un puntaje SISBEN inferior a los 47 puntos. "Lo anterior se adelantó con el fin de poder acceder a recursos de cofinanciación del FOSYGA, logrando a través de la firma del convenio de cofinanciación con el Ministerio de Salud una partida de \$2.097.212.333". (Informe del Aseguramiento del Régimen Subsidiado a los Miembros del Confis Municipal: 1997).

A finales del 95 se creó la oficina del SISBEN, como una dependencia de la Alcaldía Municipal a cargo de la Secretaría de Bienestar Social, y se adoptó el SISBEN como herramienta única de identificación y selección de beneficiarios. Para la aplicación de la

¹ La nueva administración municipal comenzó su periodo el 1 de Enero de 1998.

encuesta se realizó una convocatoria en el cual participaron 79 empresas de las cuales se escogieron 5 para su aplicación.

La interventoría (Universidad de Antioquia) recibió la información de la población seleccionada en la Comuna 13 para realizar una validación de la encuesta anterior realizada por el EDA. Incluyendo los 105.800 de la comuna 13, se entrevistaron 690.000 personas de barrios de estrato 1 y 2. De estas personas, 186.050 correspondían al nivel I y II del SISBEN y todos fueron seleccionados como beneficiarios del régimen subsidiado.

IDENTIFICACIÓN Y SELECCION DE BENEFICIARIOS 1995

AREA	ENCUESTADOS	NIVEL I	NIVEL II	POTENCIALES BENEFICIARIOS	SELECCIONADOS
Urbana	657.755	51.081	127.478	178.559	178.559
Rural	31.235	1.370	6.121	7.491	7.491
Total	688.990	52.451	133.599	186.050	186.050

Fuente: Informe del Aseguramiento del Régimen Subsidiado a los Miembros del Confis Municipal, Secretaría de Salud, Diciembre de 1997.

- Dificultades presentadas en el proceso de identificación
Según el Administrador del SISBEN, Arley Grisales, se presentaron algunas dificultades técnicas en la aplicación del SISBEN, como fue la falta de capacitación de los encuestadores y las restricción en la financiación, lo que impidió llegar a mas hogares. Además, la inseguridad en algunos barrios dificultaba el acceso de los encuestadores. También argumenta que, a pesar de los controles, hubo manipulación interna por cuestiones políticas.

Como era de esperarse hubo muchas quejas de las personas que no salieron favorecidas, especialmente las que quedaron en el nivel III. Hubo argumentos de todo tipo: que el proceso se había politizado, que había plata de por medio, etc. "El que no sale favorecido se queja de todo, porque Colombia es un país donde todo el mundo aspira a quedar beneficiado por los planes del gobierno, y el que queda por fuera entonces no queda contento" (Enrique Alvarez Giraldo, Secretario de Salud)².

Otro de los problemas que se presentó en la aplicación del SISBEN fue que al principio la gente no conocía muy bien para que era la encuesta, por lo que daba nombres falsos, o cambiaba el número de cédula. Luego, sucedió lo contrario, la gente aprendió que era el SISBEN y que beneficios traía quedar con un puntaje bajo; la gente comenzó a mentir sobre su capacidad económica, a esconder los electrodomésticos cuando llegaba el encuestador y en general, a manipular la información en su beneficio.

El acuerdo 77 que establece que una persona puede solicitar la revisión de la encuesta cuantas veces quiera, ha dificultado el proceso de selección, pues las personas que no han sido incluidas quieren que se les repita la encuesta hasta que queden seleccionadas. Y una de las debilidades de este acuerdo, según el Dr. Grisales, es que se parte de la buena fe de las personas. Además haciendo referencia a este aspecto, comenta que muchas veces quienes expiden las normas desconocen los aspectos técnicos.

² La entrevista con el Doctor Alvarez se encuentra transcrita en el anexo.

2.2. Afiliación

2.2.1. EPS-T

Durante el periodo de la EPS-T (julio 95- julio 96) la Secretaría contrató con las instituciones públicas la prestación de servicios a las personas afiliadas al régimen subsidiado. Del valor de la UPC se contrató el 52% con la red pública municipal para la atención del nivel I, el 37% con las instituciones de II nivel del Departamento, y del 10% correspondiente a administración se destinaron 600 millones como aporte municipal para el capital de la EPS pública y 250 millones para el fortalecimiento del nivel central de la Secretaría de Salud y para los estudios de factibilidad de la transformación de los hospitales públicos (Secretaría de Salud, 1997).

RECURSOS PARA EL SUBSIDIO A LA DEMANDA³

1 ENERO/96 - 30 JUNIO/96

FUENTE	MONTO	PARTICIPACION
Ingresos Corrientes de la Nación	\$5.070.152.667	61%
Ingresos Corrientes de la Nación - 1995*	\$4.038.455.764	48%
Ingresos Corrientes de la Nación - 1996	\$1.031.696.903	12%
Cofinanciación FOSYGA	\$3.267.212.333	39%
Para Enero, Febrero y Marzo	\$2.097.212.333	25%
Para Abril, Mayo y Junio	\$1.170.000.000	14%
TOTAL	\$8.337.365.000⁴	100%

* Lo que no se ejecutó en 1995.

Fuente: Informe del Aseguramiento del Régimen Subsidiado a los Miembros del Confis Municipal, Secretaría de Salud, Diciembre de 1997.

Esta distribución de recursos estaría indicando que para el año 1995 las instituciones prestadoras de servicios recibieron, además de las transferencias tradicionales, el valor contratado por la atención de las personas afiliadas al régimen subsidiado, es decir, un poco más de 4.000 millones de pesos adicionales.

La base de datos con las 186.050 personas seleccionadas se le envió a la Secretaría de Salud, que a su vez la envió a todas las instituciones prestadoras de servicios; sin necesidad de que la persona estuviera carnetizada atendían a la persona y le cobraban a la EPS transitoria.

“La secretaria operó muy bien como EPS-T, porque cogió toda la plata, la dividió por UPC, el número de afiliados que le dió, y toda esa plata la repartió entre las instituciones del nivel I, II y III, y de acuerdo a una tabla guía del Ministerio de Salud se entregó la plata que le correspondía a cada nivel. Entonces no nos quedamos con ningún peso cuando fuimos EPS-T y esto benefició a las instituciones correspondientes, porque con esos recursos pudieron fortalecer la parte de desarrollo institucional” (Enrique Alvarez Giraldo, Secretario de Salud).

Hubo muchos problemas con la red prestadora de servicios, principalmente en el control administrativo del pago que se hacía a las instituciones. Este se hizo por paquete de servicios, pues si se hubiera hecho por facturación hubiera sido más complejo por la

³ En el año 95 (I semestre de la EPS-T) solo se ejecutó el 19% (952 millones) de los 15 puntos del ICN correspondientes al régimen subsidiado. El pago a las IPS sólo podía realizarse por facturación y dada su inexperiencia en estos procedimientos, no pudieron cumplir con este requisito.

⁴ Con estos 8.337.365.000 se afiliaron 186.050 personas por seis meses ((186.050*89.625)/2).

dificultades de demostrar los servicios prestados por ellas, ya que eran instituciones que tenían grandes dificultades en la facturación.

Se llegó a un acuerdo con los directores de hospitales de los niveles II y III para que el situado fiscal se les entregara vía capitación e hicieran una transformación de recursos de oferta a demanda. Durante el año de 1996 lograron transformar el 15% del situado fiscal, "sin necesidad de que hubiera aparecido la Ley 344 ya Cali había transformado el 15% del situado fiscal" (Enrique Alvarez Giraldo, Secretario de Salud).

2.2.2. Traslado a ARS

- Primer Año de Aseguramiento

En la convocatoria realizada en Mayo de 1996 participaron 2 Cajas de Compensación⁵, una EPS privada y una Empresa Solidaria de Salud. La Secretaría le entregó a cada ARS un listado con la población seleccionada y éstas debían realizar la labor de mercadeo para recoger afiliados. Los afiliados potenciales eran aproximadamente 94.000. Los beneficiarios tenían dos meses (2 de Mayo - Junio 30/96) para escoger libremente a que empresa a la cual se querían afiliar, después de este tiempo, se haría asignación forzosa.

Más adelante, se abrieron 84.319 nuevos cupos⁶, de los cuales se asignaron 73.648 a la EPS pública que creó el municipio, Calisalud EPS⁷ y 10.606 a una Empresa Solidaria nueva, Coomunalud. Los recursos de los afiliados de la Empresa Solidaria provenían de un convenio firmado con el Ministerio de Salud por 350 millones de pesos.

En total se contrató la afiliación de 178.713 personas al régimen subsidiado por un valor de \$11.721 millones⁸. La población afiliada disminuye en aproximadamente 8.000 personas debido a que los recursos no fueron suficientes para continuar con toda la población que venía afiliada a la EPS-T.

- Segundo año de Aseguramiento

Para el segundo año de aseguramiento se amplía un poco la afiliación, sin lograr llegar al número de afiliados inicial bajo la EPS-T.

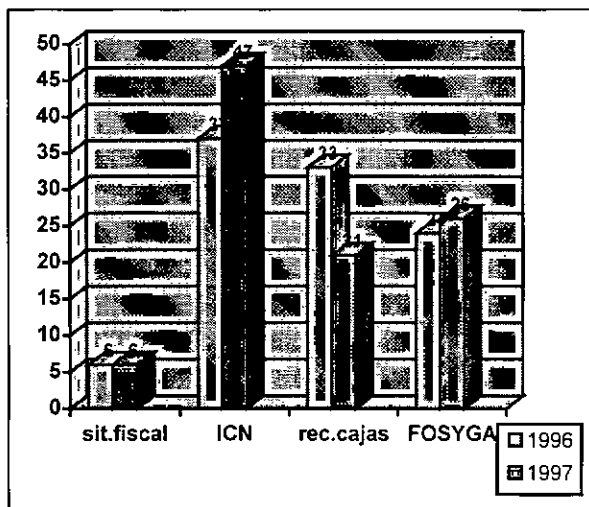
NIVEL I		NIVEL II		NIVEL III		TOTAL AFILIADOS		
encuestados	afiliados	Encuest.	afiliados	Encuest.	afiliados	1995	1996	1997
58.360	58.360	153.334	126.360	221.513	0	186.050	178.713	184.720

⁵ Con recursos propios.

⁶ Bajo el acuerdo 28 se pudo acceder a recursos para el aseguramiento si el municipio convierte recursos propios para subsidios de demanda.

⁷ Creada por medio del Decreto 0768 del 15 de mayo de 1996.

⁸ Los contratos con las Ars para el primer y segundo año de aseguramiento se encuentran en el ANEXO.



Las fuentes de financiamiento para el segundo año de aseguramiento variaron un poco respecto al año anterior. Hubo dos fuentes que incrementaron su participación: los ingresos corrientes de la nación y los recursos del FOSYGA. Los recursos de las cajas disminuyeron.

El situado fiscal por su parte, participó en el mismo porcentaje aportando \$1.182.950.761. Se esperaba sin embargo, que este rubro aumentara su participación dado la transformación de recursos de oferta a demanda que se debió comenzar a hacer en 1997.

2.3. Prestación de Servicios

En este segundo año de aseguramiento las ARS contrataron por capitación algunos servicios del nivel I de atención (promoción, prevención y atención ambulatoria) con la red pública de la Secretaría de Salud FEMS, por un valor de \$5.380 millones de pesos, que representa el 27% de los recursos administrados por las ARS. Los FEMS también atenderán por evento el resto de servicios de primer nivel. En el primer año de aseguramiento, el contrato con la red pública por servicios del nivel I de atención fue por 2.834 millones de pesos, lo que representa el 24% del total de recursos.

A pesar de que la participación de la red pública en el total de recursos del régimen a aumentado, es importante mencionar que las ARS están comenzando a realizar sus propios programas de promoción y prevención y algunos servicios de atención ambulatoria. Esta situación puede afectar a la red pública, especialmente por que las ARS han sentido la incomodidad de contratar con las instituciones públicas, debido a la ineficiencia ocasionada por su excesivo centralismo.

- Atención a vinculados

La población vinculada está siendo atendida en todas las instituciones de salud, con cargo a los recursos de oferta. El Secretario de Salud argumenta que los vinculados están generando un déficit hospitalario bastante grande, lo cual puede generar una crisis muy grande en los hospitales.

2.4. Financiación

La puesta en marcha del régimen subsidiado estuvo acompañada por el ingreso de nuevos recursos al sector salud, los cuales permitieron la afiliación inicial de las personas seleccionadas para el régimen. Para el año 95 ingresan los recursos municipales (ICN) y a partir de 1996 los aportes de las Cajas de Compensación y los dineros del Fosyga.

Entre 1994 y 1997 los recursos del sector salud crecen en un 68.8%.

Evolución De Las Fuentes Municipales En El Nuevo Sistema De Seguridad Social En Salud

FUENTES	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Recursos totales vinculados	100%	100%	100%	81%	71.3%	70%
Rec. rég.Subsidiado con ICN	0%	0%	0%	19%	10%	12%
Rec. rég.Subsidiado de Cajas	0%	0%	0%	0%	10.9%	11%
FOSYGA	0%	0%	0%	0%	7.7%	11%
TOTAL (millones de pesos)	12.082	15.317	16.029	20.341	22.353	27.070

Fuente: Informe del Aseguramiento del Régimen Subsidiado a los Miembros del Confis Municipal, Secretaría de Salud, Diciembre de 1997.

- Transformación de Recursos de Oferta a Demanda

La Secretaría debía transformar recursos del situado fiscal para acceder a cofinanciación del Fosyga N° 2 para afiliar 41.661 personas entre el 15 diciembre/96 y el 31 de marzo/97. Se acordó con el Ministerio la conversión de \$734.000.000 de situado fiscal municipal para acceder a 542.000.000⁹. Sin embargo, dado que la gran parte del situado fiscal se dedica a nómina y ésta por lo general, se le garantiza a los hospitales, se llegó a un acuerdo con los hospitales de la red pública y con Calisalud, la EPS pública, para que estos 734 millones se cruzaran entre ellos.

Es así como los \$734.706.000 del situado fiscal convertido se siguieron pagando en nómina a los hospitales y estos a cambio, debían atender a la población afiliada de Calisalud sin cobrarle hasta cierto monto. En el siguiente cuadro se pueden observar los montos a convertir de situado fiscal correspondientes a cada IPS.

Participación en la Conversión del Situado Fiscal para Cofinanciación del Fosyga N° 2

pesos 1996

Instituciones	Valor s. fiscal convertido a carné	% sit.fiscal	valor a recibir por paquete	valor real a recibir de FOSYGA 2	% a cobrar a las ARS
HUV	411.000.000	4	327.000.000	-84.000.000	-26
HSJD ¹⁰	44.000.000	4	72.000.000	28.000.000	39
Club Noel	7.000.000	3	18.000.000	11.000.000	61
H.Mario Correa	66.000.000	4	77.000.000	11.000	14
Carlos Carmona	29.000.000	4	47.000.000	18.000.000	38
Secretaría Salud	177.000.000	4	383.000.000	206.000.000	54
SUBTOTAL	734.000.000		924.000.000	190.000.000	
Alto Costo				266.000.000	81
Urgencias Nles				41.000.000	
Administración				45.000.000	
TOTAL	734.000.000			542.000.000	

Fuente: Secretaría de Salud.

Para el año 1997, (periodo 1 de Abril/97 a marzo 21/98) la Secretaría convirtió \$1.278 millones de situado fiscal en afiliación, los cuales siguieron siendo entregados para nómina a las instituciones, a cambio de los "bonos de servicios" que ellas deberían

⁹ Estos recursos sirven para afiliar 23.992 personas y 17.669 personas a Calisalud (ver cuadro de contratación para el primer año de aseguramiento).

¹⁰ Por ejemplo, el Hospital San Juan de Dios debe facturar \$72 millones por paquete, pero la ARS solo le paga 28 millones (39%) porque 44 millones son de Situado Fiscal que recibió en 1996; el aseguramiento va del 15 de dic /96 al 31 marzo/97.

entregar a algunas ARS. Esta vez, el convenio no fue solo con Calisalud EPS pública, también con Coopsacoc y Unimec.

**Contratación del Régimen Subsidiado
Periodo 1 de Abril/97 – Marzo 31/98**

Millones de pesos

ARS	Rec.cajas	Nomina SitFiscal	Recursos Fosyga	Recursos Fosyga II	Recursos Fosyga III	Recursos ICN	RecMinis- terio ESS	Recursos Fosyga V	Total Rec Disponible
Coopsacoc		1.009							
Unimec		120							
Calisalud		148							
Otras		0							
Total	5.328	1.278	3.016	205	90	8.700	94	1.000	19.715

Fuente: Informe del Aseguramiento del Régimen Subsidiado a los miembros del Confis Municipal, Secretaría de Salud der Cali, Diciembre de 1997.

Esta situación indica que a pesar de que se realizó la conversión de situado fiscal a recursos de demanda, los hospitales no perciben realmente el desmonte. En el hospital Cañaveralejo, por ejemplo, no se han dado cuenta de la reducción del situado fiscal, ya que tienen su nómina garantizada¹¹.

Lo anterior puede estar afectando los incentivos que la ley busca entregar a los hospitales para que estos operen de una manera mas eficiente. Además, lo que realmente se les está reduciendo es la entrada de rentas propias por el régimen subsidiado, ingresos que anterior a la ley 100 no tenían.

3. Actores

3.1. ARS

◆ Coopsacoc - E.S.S

La creación de COOPSACOC fue impulsada por el nuevo sistema de seguridad social en salud en el marco del Programa de Empresas Solidarias con el apoyo de la Secretaria de Salud de Cali y la Administración Municipal. Inicialmente se identificaron 35.000 personas que constituyen 7.000 familias de la población vulnerable o marginada de las diferentes comunas. Empezaron a trabajar con 20 familias en el proceso de gestión sanitaria, promoción, educación y prevención de las enfermedades. Se logró convocar a 353 líderes representantes de las familias, de los cuales 35 conforman lo que es hoy Coopsacoc.

Coopsacoc fue creada el 31 de agosto de 1994 cuando se le reconoce la personería jurídica No. 2506 por medio del DANCOOP. Luego es certificada como ARS por la Superintendencia Nacional de Salud en 1996. Sin embargo, desde julio de 1995 empezaron a prestar servicios a los 35.000 beneficiarios los cuales contaban con carné del régimen subsidiado otorgado por la Secretaria de Salud Municipal en el papel de EPS transitoria. En 1996 salen los primeros listados de la encuesta del SISBEN y se le asignaron 35.096 afiliados. Esto trajo varios inconvenientes ya que la mayoría de las personas carnetizadas inicialmente no fueron identificadas como beneficiarios del subsidio, alrededor del 90%. Actualmente, el número de beneficiarios asciende a 41.983. Hoy en día es la principal ARS dentro del mercado del régimen subsidiado de Santiago de Cali. En ese momento el total de afiliados es de 41.887 de los cuales 3500 fueron por libre elección, 1.661 por renuncia de Salud Colmena, 4.626 por asignación forzosa y 600

¹¹ Excepto aquellas personas que se retiran.

por asignación forzosa.

Dada la solvencia económica y la correcta administración de recursos de salud, la Superintendencia Nacional de Salud le amplió la capacidad de afiliación a 85.000 personas.

- **Carnetización**

La gran movilidad de la población de Cali causó grandes dificultades en el proceso de carnetización porque dificultó el proceso de ubicación de las personas. Otro gran problema que se presentó fue con la base de datos ya que gran parte de estos no daban información correcta o real. Finalmente, después de seis meses se logró carnetizar a toda la población.

- **Oferta De Servicios, ARS - IPS**

Para el director de Coopsacoc, la oferta de servicios es suficiente. Se han contratado 108 IPS de nivel I de la Secretaria de Salud. Adicionalmente, en cada sector hay un puesto de salud para cumplir con la demanda. En labores de promoción y contratación se destinó el primer año el 5% y en el segundo año el 11%.

Existen varios problemas con las IPS del municipio por incumplimiento en los servicios y en la facturación. Hay algunos que les facturan por medicamentos siendo que ellos únicamente contratan con Distribuciones Ezsa del Pacífico para que se los suministre. Además, en las IPS se cambia el personal con bastante frecuencia por lo que generalmente no están capacitados adecuadamente ni tienen un buen conocimiento acerca del funcionamiento del régimen. Otro problema se da por que la Secretaria de Salud tiene un pésimo sistema de información y como los contratos son directamente con ellos, a veces los hospitales no conocen los términos del contrato. Lo más preocupante para el director de Coopsacoc es que parece que el proceso de transformación de los hospitales está estancado. Es necesario el proceso de descentralización par lograr una mejor eficiencia.

En cuanto al flujo de dinero, en el primer año de aseguramiento hubo atrasos. En el segundo periodo de aseguramiento también hay dificultades especialmente en un contrato grande porque el desembolso no se hizo a tiempo.

Entrevista Director Coopsacoc

- Cuáles son los principales logros que se han obtenido en la implementación del régimen subsidiado?

El principal logro es garantizarle a nuestros usuarios el sentido de pertenencia. Adicionalmente, garantizar la prestación de los servicios contenidos en el POS-S.

- Cuáles son las principales dificultades que se han obtenido en la implementación del régimen subsidiado?

La falta de conocimiento pleno del sistema y la falta de capacitación de los actores enmarcados dentro del proceso.

- Cuáles considera que son sus principales fortalezas como ARS?

Nuestra principal fortaleza es la participación comunitaria.

- Cuáles considera que son las debilidades como ARS?

La principal debilidad es la participación desleal. Uno encuentra que otras ARS no han carnetizado completamente y además, presentan malos servicios.

- Cómo es el comportamiento financiero?
Nos encontramos en un punto de equilibrio.

◆ **Comfandi -Caja De Compensacion Familiar**

COMFANDI es una Caja de Compensación Familiar que cuenta con 31.000 afiliados en Cali, los cuales están afiliados con los recursos propios equivalente al 10% que por ley debe destinar al régimen subsidiado.

• **Proceso de Identificación y Afiliación**

El proceso de afiliación resultó ser un desgaste administrativo para las ARS ya que la mayoría de las personas no estaban informadas a cerca del sistema de salud. Por ejemplo, muchos no tenían conocimiento del régimen subsidiado y del proceso de libre elección. Debido esta falta de información, se han dado varios casos de prácticas ilegales en el mercadeo para conseguir afiliados. Otro gran problema que se presentó en este proceso fue el causado por la deficiente base de datos del SISBEN en cuanto a datos, direcciones y cédulas.

Por otro lado, el derecho a libre cambio después de un año de una ARS a otra por parte de los afiliados ha sido deshonesto entre las ARS. Como no existe un reglamento claro ni información en la comunidad acerca de este derecho, se han cometido varias prácticas irregulares. Para el director del Régimen Subsidiado el proceso de carnetización ha sido tan problemático que el uso de los servicios no debería estar sujeto a un carné sino que debería ser por medio de una base de datos.

• **Oferta De Servicios, ARS-IPS**

Comfandi presta el servicio ambulatorio en el nivel I y realiza las actividades de promoción y prevención., el resto de servicios los contrata con la red pública. En esta contratación no han tenido mayores problemas. Para el director de esta ARS, ésto se debe a que, dado que ellos manejan sus propios recursos, entonces le pagan a las IPS oportunamente, cosa que las otras ARS no pueden garantizar ya que dependen del flujo de dinero que debe entrar de las diferentes entidades.

Entrevista Director Regimen Subsidiado de Comfandi

- **Ha mejorado el acceso de la poblacion pobre a los servicios de salud a partir de su afiliación al régimen subsidiado?**

Sí, claro. El acceso de salud de la población pobre ha mejorado. En cuanto al uso de los servicios, este ha aumentado. Entre 1996 y 1997 el uso de los servicios de salud se ha duplicado. En 1996 el indicador de consultas persona / año fu de 0.4, mientras que para 1997 llegó a un 0.83.

- **Cuáles son los principales logros que se han tenido en la implementación del régimen subsidiado?**

La implementación del régimen subsidiado como política y sistema ha sido muy bueno. Para las IPS el principal logro ha sido encontrar un respaldo con el paciente. A nivel general el logro más importante es el llegar a tantas comunidades con programas de salud.

- **Cuáles son las principales dificultades que se han presentado en la implementación del régimen subsidiado?**

La mayor dificultad es el cambio permanente de la reglamentación. Otro gran problema

es que se ha ido ajustando la UPC en sus contenidos asistenciales y administrativos, generando cada vez más cargas, a expensas de los que no han consultado...y cuando empiecen a hacerlo?

- Cuáles considera que son las principales fortalezas como ARS?

Financieramente, la principal fortaleza es que la plata está acá, la manejamos directamente. Las cajas han sido fuertes en atención a las familias lo cual es una fortaleza ya que hay una imagen fuerte de las cajas a nivel nacional lo que facilita la contratación con las IPS y la mayor afiliación de las personas porque ya nos conocen. Además, llevamos 35 años de experiencia en servicios de salud.

- Cuáles considera que son sus debilidades como ARS?

A veces la imagen afecta porque no se había llegado antes a población de niveles tan bajos, lo que podría llevarlos a pensar de que somos elitistas al compararnos con las Empresas Solidarias de Salud. Legalmente, el aspecto complicado es que si se salen afiliados, por ejemplo, por el derecho al libre cambio, nosotros debemos darle la plata a la otra ARS directamente. Eso puede ser complicadísimo..... nosotros siguiendo a la gente a cualquier ARS a la que vaya para entregarle la plata.

- Qué efecto tiene o representa la competencia para otras ARS?

Con la nueva reglamentación de cambio inducen a que haya prácticas irregulares: la danza de los millones.

◆ CALISALUD - EPS

Calisalud EPS se crea por iniciativa del municipio y de líderes comunitarios. “Era importante que hubiera una institución de carácter estatal que utilizara los servicios de la red municipal” (Secretario de Salud).

El 5 de diciembre de 1996 certificaron a Calisalud para operar como ARS. Salieron tarde al mercado en parte por la indecisión del alcalde, Mauricio Guzmán, porque el municipio debía aportar 1465 millones, es decir, el 10% que exige la Superintendencia de Salud para constituir una EPS.

- Identificación y Carnetización

Encontrar la población fue muy difícil, ya que gran parte de ella es población móvil, no poseen vivienda propia, son arrendatarios o población de invasiones. Un gran problema es que no existe ningún sistema de información que capte este fenómeno migratorio. De las personas que no se encontraron (7%), el municipio les entrega otras personas para que sean ubicadas y carnetizadas.

- Relación ARS - IPS

En cuanto a la contratación con las IPS para la prestación de servicios no han tenido problemas. El flujo de dinero ha sido normal lo que les ha permitido responderle a la red de instituciones a tiempo. Un grave problema en este momento es las IPS no son autónomas, es decir, no se han descentralizado, lo que implica la demora en la toma de decisiones. Adicionalmente, Calisalud ha contratado servicios (por facturación) con instituciones privadas para prever cualquier falencia de la red pública..

Calisalud tiene contratos con 107 IPS mediante facturación mensual. Los contratos con las IPS hechos por capitación son para la prestación servicios de salud del nivel I. Dado que Calisalud no tenía la infraestructura para la prestación de los servicios de promoción

y prevención, se hizo una convocatoria para contratar a las entidades que realizarían estas actividades. En la convocatoria participaron 21 entidades de las cuales se escogieron dos.

- El libre cambio después del año de afiliación

En este proceso se han dado prácticas irregulares. Esto se debe al desconocimiento de la gente lo que ha favorecido la manipulación por parte de algunas ARS. Hubo, además, irregularidades en los procedimientos legales. Las ARS han jugado con la desinformación de la comunidad. Hay una ARS que les quitan el carné de las otras ARS y hacen que las personas firmen los papeles de traslado de ARS sin explicarle a la gente lo que implica. Hay otros casos donde algunas le dieron a las personas leche, regalos, plata (hasta \$25.000 por familia). Esto llevo a que se creara un alto grado de incertidumbre entre la gente. "Esto se ha convertido en una guerra entre ARS". Sin embargo, se debe reconocer que estas irregularidades se originan mas a nivel de los promotores que como políticas de la empresa.

- Comportamiento Financiero

El comportamiento financiero ha sido excelente. Es la primera empresa que tiene retorno de la inversión. Para obtener el retorno de la inversión se creó el programa de seguimiento a la frecuencia de uso. Este control les ha podido predeterminar en forma mensual la programación de promoción y prevención y disminuir el uso de servicios, pues las visitas evitan que las personas asistan a las instituciones.

Entrevista Director Calisalud

- Ha mejorado el acceso de la población pobre a los servicios de salud a partir de su afiliación al régimen subsidiado?

Sí, muchísimo. La gente ya no tiene impedimento para buscar los servicios de salud.

- Cuáles son los principales logros que se han tenido en la implementación del régimen subsidiado?

El principal logro es que se ha facilitado el acceso a los servicios a la población. Además, se ha permitido tener un control para la prestación de los servicios y se ha estimulado a las IPS a que adquieran responsabilidades sobre los usuarios.

- Cuáles son las principales dificultades que se han tenido en la implementación del régimen subsidiado?

La principal dificultad ha sido el exceso de normatividad que ha impedido que el sistema no sea mas dinámico y también ha impedido claridad en la población acerca del uso eficiente.

- Cuáles considera que son sus principales fortaleza como ARS?

Nuestra principal fortaleza es que contamos con una infraestructura pública muy importante. Somos una entidad con participación municipal lo que le da una presentación muy sólida.

- Cuáles considera que son sus debilidades como ARS?

La mayor debilidad es no contar en este momento con la autonomía de las IPS, pues no se han descentralizado. Esto implica demora en la toma de decisiones como, por ejemplo, sobre recurso humano necesario, lo que afecta la prestación del servicio. Es el manejo del recurso humano subordinado a un uso dado de los recursos económicos. Es la lentitud en el proceso de facturación.

- Qué efecto tiene o representa la competencia por otra ARS?

Lo que se pueda afectar es la imagen ya que es una competencia que generalmente no

se desarrolla dentro de unos parámetros éticos. Si la competencia fuera leal y transparente, facilitarían el desarrollo de los procesos.

3.2. IPS

◆ Hospital Cañaveralejo

El hospital Cañaveralejo, de segundo nivel de atención, es un hospital de la red pública de la Secretaría de Salud Municipal. El excesivo centralismo de la red municipal le ha traído muchos problemas dentro del nuevo esquema competitivo, dentro de los que se destacan los inconvenientes con las ARS. Algunos de éstos son:

- los contratos con las ARS son manejados por la secretaría, esto les impide una respuesta rápida ante cualquier situación que se presente.
- las ARS les han quitado parte de las actividades de promoción y prevención, "a este paso en el 98 ya no vamos a tener todos los contratos con las ARS. Yo no creo que ellas nos agüanten mas", comenta la Directora. Ella es consciente de que el éxito de las ARS depende de la prestación de sus servicios, y dado el "amarramiento" de las instituciones públicas, el sector privado se está acomodando mas rápido, por lo que las ARS lo prefieren.

A nivel interno la directora plantea dos grandes dificultades:

- La facturación. El hospital apenas creó un Departamento de Contabilidad en Marzo del 96. La facturación comenzó haciéndose manualmente, y sólo hasta junio del 97 se logró hacer la facturación con tarifas SOAT. Además, las ARS tienen sistemas de información y facturación diferentes, hay distintos requisitos para cada una. Esto ha dificultado enormemente el proceso de facturación y ha generado conflictos con las ARS y con la población¹².
- Dificultad en asimilar la información sobre el nuevo sistema por parte del personal del hospital, que no ha logrado captar el funcionamiento del sistema, ocasionando molestias al usuario.
- La falta de un convenio para la atención a los afiliados del ISS¹³ hace que se atiendan por vinculados¹⁴. Estas personas representan una parte importante del total de personas atendidas. Esta situación es preocupante: el sistema está pagando dos veces por éstas personas.
- Otro inconveniente se presenta con los copagos; cuando la gente no tiene la capacidad de pagarlo, la ARS no le responde al hospital por este porcentaje del valor de la factura.

En general, el cambio de sistema ha sido complejo, especialmente porque el hospital tiene nuevas exigencias en este nuevo escenario pero no se le da el espacio ni las herramientas para adecuarse.

En términos financieros¹⁵, el hospital no se ha dado cuenta de la transformación de

¹² Algunas ARS exigen, por ejemplo, fotocopia del carné y cédula. Las personas desconocen este requisito de su aseguradora; muchas veces la población no tiene la plata o hace la cola sin tener estos documentos listos.

¹³ El cual, según la directora del Hospital, no se ha realizado por la dificultad de la contratación bajo el sistema centralista de la Secretaría.

¹⁴ Actualmente el hospital no atiende régimen contributivo.

¹⁵ Se le solicitó información sobre la evolución de las fuentes de ingresos: situado fiscal, rentas

recursos. El situado fiscal se dedica casi por completo al pago de la nómina y toda se ha garantizado, la única diferencia ha sido que las personas que se jubilan no se reemplazan. La Directora comenta: "Aquí no se ha sentido la transformación del situado fiscal, papá municipio nos ajusta por otro lado".

De los recursos que entran por el régimen subsidiado, se logra cubrir los gastos en que se incurren para atender a esta población (10% del total de personas que atienden). Pero, por lo general hay demora en el pago de las ARS, pagan según el municipio le pague a ellas. "Y qué pasa con los fondos de reserva que ellas debe tener?" se cuestiona la directora. Apenas en diciembre pagaron las cuentas de enero y febrero, solo Calisalud paga a tiempo.

En cuanto al acceso de la población afiliada al régimen subsidiado, la directora piensa que ha mejorado. Antes estas personas no eran atendidas, ahora son las mismas IPS las que los quieren atender, pues ellos implican recursos. A pesar de que parte de la población mas débil está teniendo acceso, existen problemas en la atención por parte de algunas IPS. La población vinculada de los niveles I y II del SISBEN a veces no es atendida. Eso se ha podido observar por las personas que se remiten y retornan al hospital porque no los atendieron.

Sin embargo el uso de los servicios se ha visto un poco limitado por manejos de las ARS. Hay ARS que vienen y escogen los servicios por los que van a responder, se restringe mucho el plan de beneficios. Algunas ARS ponen límites a la facturación, pero por capitación si quieren que se atienda todo. Aunque se debe reconocer que actualmente se está dando mas información y educación sobre el sistema, lo que ha aumentado el uso de los servicios. Entre el 96 y el 97 se puede observar el aumento en la utilización de los servicios.

Otra cosa que se debe tener en cuenta es que el SISBEN no se ha acabado de hacer, solo se han encuestado 700.000 aproximadamente, de una población cercana a las 2.000.000. Además, ha habido algunos problemas en la clasificación, se ha seleccionado gente que en realidad no necesita el subsidio.

◆ Hospital Universitario del Valle

Este hospital, de nivel IV de atención, pertenece a la red departamental de salud. Se transformó en Empresa Social del Estado (ESE) a comienzos de 1997.

El hospital atiende los niveles III y IV, y tiene contratos para estos servicios con las ARS de todo el suroccidente colombiano: Valle, Cauca, Nariño. La mayoría de los contratos son por facturación. Se han presentado algunas dificultades en la relación con las ARS. Muchas de ellas son empresas comunitarias, cuyos directores no están muy bien capacitados, y hay complicaciones en la negociación y términos del contrato.

Otro problema se ha originado en la demora en el pago de los contratos. En algunos casos se ha tenido que involucrar abogados. Debido a que el hospital atiende población

propias y aportes municipales, pero toda esta información está centralizada en la secretaría. Tampoco tenían información sobre la cantidad de personal contratado y su costo.

de zonas tan lejanas, el cobro a estas ARS es aún mas complejo. Esto ha generado problemas de iliquidez, lo cual además de afectar el manejo operacional daña la relación con los proveedores. Con la facturación no ha habido inconvenientes, el hospital había comenzado a trabajar en esto incluso antes de la ley 100, por lo que se tiene un sistema de facturación perfectamente desarrollado.

El mayor problema se ha presentado en el manejo de la población vinculada. El hospital le factura a la Secretaría Departamental los servicios prestados a los vinculados contra el situado fiscal. Sin embargo, los excedentes de esta facturación no los pagan. Esta situación le está generando un problema grandísimo al hospital. En el año 97 el excedente facturado por vinculados es cercano a los \$14.000 millones, y esto no se sabe quién lo va a asumir. "Esto es una falla grande del sistema, no está previsto que pasa con los hospitales que exceden la facturación contra el situado fiscal" (, Administrador del HUV).

INGRESOS DEL HOSPITAL

	1995	1996	1997	variación real 1996 - 1997
1. Rentas Propias	17.176.371	23.707.892	37.569.162	29,94%
Régimen Subsidiado	3.794.803	6.543.398	5.286.142**	-33,76
Vinculados*	1.566.527	3.988.642	13.450.255	176,52
Régimen Contributivo	11.297.771	12.574.467	18.049.812	17,71
Otros	517.270	601.385	782.953	6,76
2. Recursos Demanda	14.377.150	17.393.438	14.959.377	-29,47%
Situado Fiscal		11.674.740	9.301.844	
Rentas Cedidas		5.718.698	2.990.366	
Transf de la Nación			2.667.167	
TOTAL	31.553.521	41.101.330	52.528.539	4,79%

* excedentes de facturación, los cuales no han sido cancelados.

**de los cuales \$2.293 millones están en cuentas por cobrar.

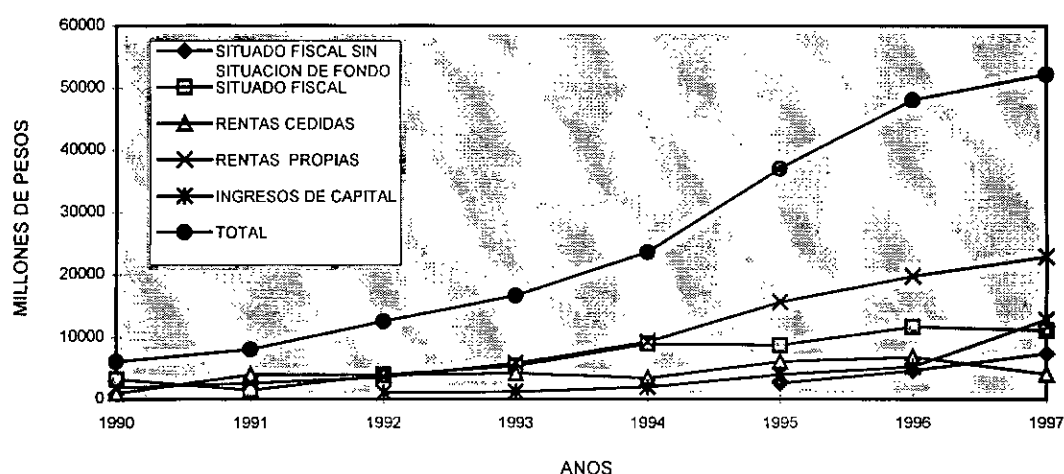
Fuente: División Financiera, Departamento de Presupuesto, HUV.

En el cuadro anterior se puede observar que si los excedentes de facturación por la población vinculada se le pagaran al hospital, el incremento en rentas propias compensaría la disminución del situado fiscal, y el hospital lograría incluso aumentar sus ingresos en 4.79% en términos reales. Sin embargo, dado que el hospital no recibe el valor de este excedente de facturación, es claro que la atención a vinculados le está generando un déficit, pues la venta de servicios al régimen contributivo y al subsidiado no es suficiente para amortiguar la disminución del situado fiscal. Sin tener en cuenta el rubro vinculados, las rentas propias aumentaron solo un 0,3%, lo cual no logra compensar la disminución real de casi 30% en las transferencias.

Sin embargo, en este cuadro no se tienen en cuenta los ingresos de capital, los cuales fueron de \$5.279 millones para 1996 y de \$10.786 para 1997. De acuerdo a la División Financiera del Hospital, la Secretaría Departamental otorgó un crédito interno para compensar la reducción en el situado fiscal, del cual se hace cargo la Secretaría.

También se puede observar, que la venta de servicios al régimen subsidiado ha disminuido entre el año 96 y 97, en un 34%, mientras las rentas propias correspondientes al régimen contributivo se han incrementado en un 18%. De acuerdo a la División Financiera del Hospital Universitario, la disminución en la venta de servicios al régimen subsidiado se puede atribuir a tres aspectos. Primero, los criterios de asignación del carné eran diferentes bajo la EPS-T y las ARS. Durante el periodo transitorio por ejemplo, ellos mismos podían identificar (temporalmente) a los beneficiarios del régimen, lo que hacía que hubiese mas gente afiliada al régimen. Por otro lado, "el Departamento no tiene red de servicios, las ARS sí". Y finalmente, en el periodo inicial de las ARS no hubo contratación por parte del régimen subsidiado.

COMPORTAMIENTO DE INGRESOS CORRIENTES 1990 - 1997 EXCLUYENDO EXCEDENTES DE FACTURACION



◆ Hospital San Juan de Dios

El hospital San Juan de Dios es un hospital privado que se creó hace 245 años. Es un hospital de nivel II y tiene algunos servicios del nivel III. Tiene contratos por prestación de servicios con empresas de casi todo el Departamento, la mayoría son por evento. En Cali tiene contratos con varias ARS. Además tiene contrato con la Secretaría de Salud para la atención a población vinculada, por lo cual recibe situado fiscal y debe presentar facturación. En el año 96 y 97 la facturación por servicios prestados a la población vinculada excedió lo que habían recibido por situado fiscal. Estos recursos adicionales fueron cubiertos con excedentes del FOSYGA, excepto en el año 95.

El situado fiscal se ha reducido, 15% en el 97 y un 25% en el 98, "se supone que la disminución de recursos de oferta es para aumentar los subsidios, pero en términos reales lo que sucede es que la conversión no nos llega. Esto representa un hueco grande, afortunadamente lo hemos podido cubrir porque hemos aumentado el régimen contributivo".

"La aparición del régimen subsidiado fue un buen negocio". Al comienzo, cuenta el director del hospital, hubo una explosión en la demanda de servicios, "había gente que necesitaba y gente que no. Hubo una gran carnetización que en mucho fue política. Hubo

gran asistencia, luego vino el segundo fenómeno, las ARS se quedaban con la plata, no mandaban a nadie". De acuerdo a lo facturado en 1995 y 1996 al régimen subsidiado se había presupuestado que para 1997 se iban a recibir recursos del régimen cercanos a los \$2.000 millones, pero sólo se llegó a \$600 millones aproximadamente. "No sabemos qué pasa con los pacientes".

No hay vigilancia sobre las ARS. "Yo creo que se le están negando los servicios a los afiliados. Si se han presentado casos en el régimen contributivo, de cosas que están incluidas en el POS les dicen que no están, ¿ cómo será en el régimen subsidiado? Yo no creo que sea la promoción y prevención ... ¿cuáles son las grandes campañas?"

El pago de los contratos "ha sido mas bien regular, aunque no han dejado de haber ARS que casi tenemos que ponerles abogado".

Respecto al acceso piensa que "ha mejorado mucho, hay oportunidades para personas que no tenían acceso, pero igualmente se les ha aumentado la tarifa, y las personas no la tienen. Antes no se miraba si tenía o no plata, ahora se hace un estudio de capacidad. Aún se sigue manejando carné del RS en gente con capacidad, se percibe mucha gente con medios y con carné".

4. Interventoría Contratos Ars

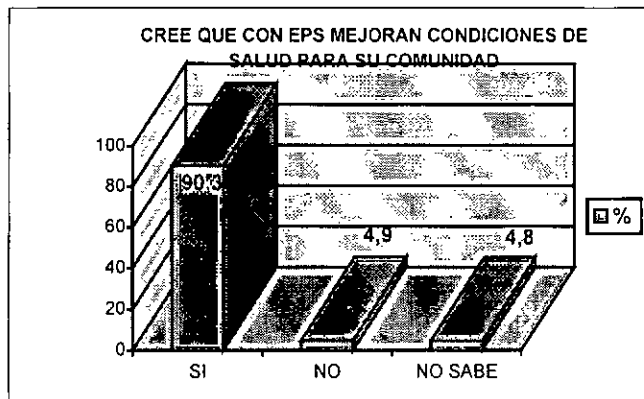
En 1997 se hizo una Evaluación de las Administradoras del Régimen Subsidiado en Cali. La evaluación consta de dos partes. La primera busca conocer aquellas características de los usuarios (valores, creencias y el esquema cognitivo) que influyen la utilización de los servicios de salud. La segunda pretende conocer el grado de utilización de los servicios de salud e identificar posibles causas del nivel de utilización. La ficha técnica para la evaluación cuantitativa es la siguiente:

- Tamaño de muestra: 383 encuestados
- Método de selección de la muestra: Muestreo estratificado con asignación proporcional.
- Nivel de confianza: 95%
- Margen de error: 5%
- Primera evaluación: Febrero de 1997. Constituida por el total de afiliados de las cuatro ARS que prestaron servicios durante el segundo periodo de 1996 (Unimec, Coopsacoc, Comfandi, Comfenalco)
- Segunda evaluación: Junio de 1997. Se agregaron los afiliados a Calisalud y Comunisalud, entidades que iniciaron actividades en Diciembre de 1996.

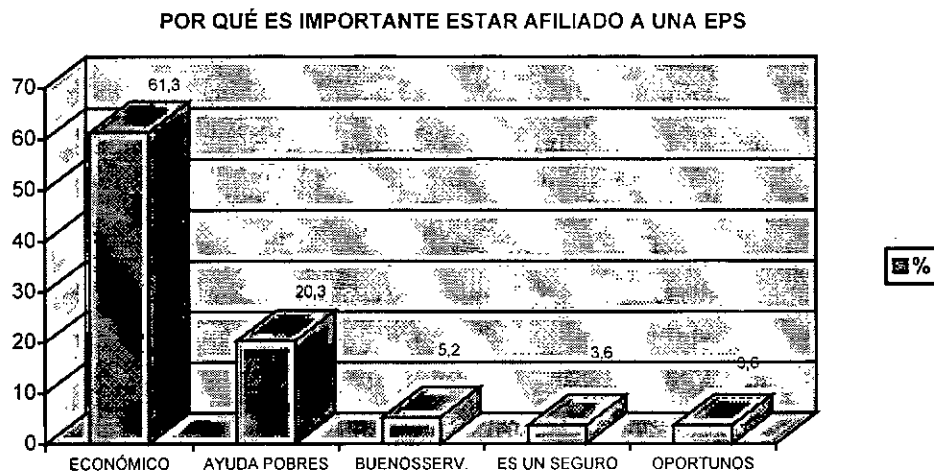
Las conclusiones generales de esta evaluación son¹⁶:

1. La utilización de los servicios ha sido mayor coincidiendo con una mayor carnetización.
2. Los usuarios sienten que se les atiende mejor cuando están carnetizados.

¹⁶ Resumen presentado por el Interventor Heriberto Sánchez Mesa.



3. Los usuarios consideran importante pertenecer a una ARS fundamentalmente por razones económicas.



4. Los usuarios creen que las ARS han contribuido a mejorar las condiciones de salud de la población.
5. Existe un grado de satisfacción con los servicios ofrecidos por sus EPS a tal punto que la mayoría no cambiaría su afiliación actual. Frente a la pregunta "Cambiaría usted su servicio de salud?", el 73.1% respondió que no, el 13.1% no sabe y el 13.3% restante sí lo cambiaría.
6. La mayor dificultad que presenta el Sistema Territorial de Seguridad Social en Salud ha sido la escasa capacidad resolutive de las IPS de la Red Pública, a causa del modelo centralizado actual. Están más centralizadas las decisiones de salud en dependencias de la Alcaldía ahora, que antes de la Ley 10 de 1990. De esto se desprenden situaciones como:
- incumplimiento de las IPS en la prestación de los servicios pactados, especialmente cuando se contrata por el sistema de capitación.
 - la falta de facturación por parte de las IPS lo que lleva a que las ARS retengan pagos y se presenten roces entre estos dos actores del sistema.
 - inoportuna y/o falta de información sobre perfiles epidemiológicos debido a que las IPS no cuentan con la tecnología apropiada para suministrarla.

-en general, los niveles ejecutores no sienten la responsabilidad por cumplir con los contratos firmados por las ARS por cuanto no son ellos quienes los firman, sino la Secretaría.

5. Conclusiones

Cali es uno de los municipios con mayor cobertura de afiliación a nivel nacional frente a la población pobre identificada. En 1995, el 100% de los niveles I y II del Sisben fueron afiliados a la EPS-T y aunque este porcentaje no se pudo sostener, sigue siendo bastante alto, 87.25%.

La alta cobertura¹⁷ frente a la población identificada se debe principalmente a la disponibilidad de recursos con que contó el municipio, los cuales es un alto porcentaje pertenecen a las rentas propias del municipio, dándole una mayor fortaleza al sistema. Los recursos municipales (ICN) han tenido un gran peso en los recursos del régimen, así como los dineros propios de las cajas¹⁸. El Fosyga aunque ha tenido también una alta participación (26% para 1996), no es tan importante comparado con el promedio nacional, donde ésta fuente aporta el 45% de los recursos de afiliación al régimen subsidiado: en el Departamento del Cauca el Fosyga aporta el 67%, en Antioquia el 49%, en Boyacá el 60% y en Casanare el 73%, para dar algunos ejemplos.

Junto con los logros en cobertura, todas las personas entrevistadas creen que el acceso a los servicios de salud ha aumentado a partir de la afiliación al régimen subsidiado. A pesar de que no existen indicadores para demostrarlo, la percepción de los actores locales es que se han generado unas condiciones mas favorables para recibir la atención a los servicios de salud cuando se solicita.

PERSONA	¿PIENSA QUE HA MEJORADO EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD A PARTIR DE LA AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO?
Secretario de Salud	"Sí. Hoy en día tienen un carné, se sienten con un derecho adquirido, sin embargo, con los recursos económicos que hay disponibles podría acceder mucha mas población, si nos olvidáramos de la palabra vinculados".
Administrador del Sisben	"Yo pienso que sí. Porque la gente que no tenía ni para una aguadepanela hoy puede ir a un puesto de salud".
Interventor – Eriberto Sánchez	"Yo sí creo. Pero podía haber sido mucho mejor. El mayor impedimento ha sido la no transformación de la Secretaría".
Calisalud EPS	"Sí, muchísimo. La gente ya no tiene impedimento para buscar los servicios de salud".
Comfandi	"Sí claro. Y el uso de los servicios de salud se ha duplicado entre el 96 y 97".
Hosp. Universitario del Valle	"El acceso ha aumentado, pero se ve que falta mucho por cametizar, no hay igualdad de condiciones".
Hosp. Cañaveralejo- Directora	"Sí, antes las personas no eran atendidas, ahora son las mismas IPS las que quieren atender pues implican recursos".
Hosp. San Juan de Dios	"Sí ha mejorado mucho, Hay oportunidad para personas que no tenían acceso, pero igualmente se les ha aumentado la tarifa y las personas no la tienen. Se percibe mucha gente con medios y carné".

Fuente: Entrevistas directas.

A pesar de los importantes indicadores de cobertura que muestra el municipio, al analizar el proceso de implementación del régimen se encuentran algunas dificultades. El régimen

¹⁷ Sin embargo, el crecimiento de la cobertura ha sido muy poco, para 1996 decreció en un 3,9% y para 1997 solo aumentó en un 3,36%.

¹⁸ Para el primer año de aseguramiento los ICN representaron el 37% de las fuentes, los recursos propios de las Cajas de Compensación el 33% y el Fosyga el 24%. Para el segundo año estas participaciones cambiaron a 47%, 21% y el 26% respectivamente y el situado fiscal aportó el mismo 6%. La proyección para el año 98, para garantizar la continuación del número de afiliados contempla un 43.8% de ICN, un 25.2% de las Cajas de Compensación, 20.9% del Fosyga, 5.8% del situado fiscal y 4.1% de libre inversión.

subsidiado se ha desarrollado de una manera muy particular ya que ha respondido más a las condiciones previas de la organización del sector, a circunstancias políticas y a los intereses propios de los diferentes actores que a los lineamientos entregados por la Ley. Esto ha ocasionado un atraso en la consolidación del sistema de salud municipal que debe enmarcar el régimen subsidiado, lo cual tiene efectos adversos sobre el futuro desempeño del sector, y en particular, del régimen subsidiado.

- La Administración Local

Cali es uno de los pocos municipios del país que ya estaban descentralizados cuando apareció la ley 100, lo que le pudo haber dado ciertos beneficios en el manejo del nuevo sistema de salud, y en especial del régimen subsidiado. Paradójicamente, la organización previa del sector salud, descentralizada del gobierno central pero excesivamente concentrada en cabeza de la Secretaría Municipal parecen haberle creado lastres al desarrollo del régimen subsidiado y obstaculizado de manera importante el desempeño de las instituciones públicas prestadoras de servicios en el nuevo ambiente de competencia y eficiencia económica.

Todas las ARS entrevistadas comentaron la incomodidad de contratar con instituciones amarradas a la Secretaría; esto les está creando una clara desventaja a las IPS públicas frente al sector privado. A pesar de esto, las ARS tienen contratos con la red pública, ya que su presencia en todas las áreas de la ciudad les permite tener una gran cobertura y acercamiento a la población afiliada al régimen subsidiado y de alguna manera, compensar las dificultades que representa su dependencia al nivel central. La modalidad de "remisión" previa a cualquier servicio de un mayor nivel favorece también a estas instituciones públicas. Sin embargo, la cada vez mayor incursión de las ARS en las actividades de promoción y prevención, así como en actividades del primer nivel, puede entrar a desplazarlas de este mercado, y en cierta forma, eliminar su ventaja comparativa. Igualmente la proliferación de IPS privadas de primer nivel atenta contra la predominante contratación con el sector público, ya que pueden ofrecer el mismo tipo de servicios de una manera mas eficiente.

La incapacidad de modificar la estructura concentrada del sector público, principalmente por la posición del concejo municipal ante la transformación de las instituciones públicas en empresas autónomas, ha condenado al sector público de la salud a operar bajo un esquema poco eficiente de prestación de servicios. Cada día estas instituciones se están quedando mas rezagadas frente a las instituciones privadas y al sistema mismo de salud. Lo que debió haber sido un periodo de adecuación al nuevo sistema se ha convertido en un aislamiento de las instituciones a la realidad del mercado en el que, tarde o temprano estarán inmersas.

Sumado a esto, el esquema de transformación de recursos de oferta a demanda adoptado por el municipio¹⁹, en el cual las instituciones prestadoras de servicios siguen recibiendo los recursos históricos de la Secretaría de Salud y dejan de recibir parte de los recursos por venta de servicios al régimen subsidiado no genera los incentivos previstos

¹⁹ En la entrevista al Secretario de Salud (transcrita anteriormente) el dice que la transformación de recursos se debería hacer a través de las Seccionales de Salud, firmando convenios con las instituciones públicas para carnetizar personas con esos recursos. Eso es un poco lo que se está haciendo, diferente a como está establecida la transformación.

para las instituciones públicas y además del centralismo muestra el paternalismo de la Secretaría con su red de instituciones. Las IPS no ven una reducción en su fuente tradicional de ingresos ni tienen la capacidad de tomar decisiones sobre la manera de afrontar los cambios que implica el nuevo sistema; simplemente no están percibiendo estos cambios de la manera correcta. La directora de un hospital de la red pública dice: “Aquí no se ha sentido la transformación del situado fiscal, papá municipio nos ajusta por otro lado”.

Esta forma de transformación de recursos es además una manera de amarrar a las ARS²⁰ a contratar la prestación de servicios con las entidades públicas, pues es a través de los servicios prestados por éstas que se les dan parte de los recursos de afiliación. Inevitablemente aparece la pregunta de por qué el Ministerio permite un mecanismo de transformación de recursos diferente al establecido.

- Afiliación

En la aplicación de los procesos de identificación, selección y carnetización de la población se presentaron fallas, tanto de diseño como de implementación, que definitivamente han tenido un efecto adverso frente al acceso. Muchas personas por las cuales se estaba pagando una UPC se quedaron sin recibir carné, generando dos consecuencias graves: se pagó por alguien que no recibió los servicios del régimen (se dejó de afiliar a otra persona necesitada) y posiblemente se atendió como vinculado.

Además, los procesos de identificación, selección y carnetización se entorpecieron bajo las diferentes acciones emprendidas durante la EPS-T. En el afán por afiliar gente dada la existencia de recursos para el régimen, se realizaron 3 procesos de identificación y selección de beneficiarios y se intentó carnetizar a la población afiliada. Se prestaron servicios solo en el segundo semestre del 96 y finalmente, transcurridos solo unos cuantos meses bajo este sistema, se trasladó la administración del régimen a las ARS. Esto implicó para los usuarios un cambio de carné, de las condiciones para recibir la atención y en general, una institución completamente nueva dentro del sistema, a la cual estaban afiliados. Esta situación sin duda dificultó la implementación inicial del sistema, pues no se generaron unas señales claras ni las condiciones adecuadas para la comprensión de los mecanismos directores del nuevo sistema.

En el mismo sentido, la EPS-T creó unas falsas expectativas al haber afiliado una población mayor de la que realmente era sostenible —aunque se debe reconocer que solo hubo una disminución de poco menos del 4% en el número de afiliados. Tanto el Hospital San Juan de Dios como el Hospital Universitario del Valle percibieron una disminución en la venta de servicios al régimen subsidiado, cuya explicación parece ser esta transición entre las entidades a cargo de la administración del régimen.

A pesar de esto, la venta de servicios al régimen subsidiado parece estar recuperándose²¹ lentamente. Esto sin embargo es uno de los grandes interrogantes del régimen subsidiado... que está pasando con el uso de los servicios? Casi ninguna ARS tiene este tipo de información; de las ARS entrevistadas solo Comfandi tiene un indicador

²⁰ Aunque para el primer año de transformación solo la EPS pública participó en este mecanismo, y para el segundo otras dos.

²¹ Dirección de Presupuesto, HUV.

de consultas persona / año para 1996 y 1997, el cual pasó de 0.4 en 1996 a 0.83 en 1997.

- La información en el Sistema

La falta de conocimiento sobre los mecanismos bajo los que opera el nuevo sistema y las fallas en el flujo de información son uno de los mayores problemas del sistemas porque obstaculizan el desarrollo de cada uno de los pasos requeridos para la implementación y además hace que el sistema se vuelva ineficiente por cuanto los recursos y esfuerzos que se invierten no tienen los resultados esperados y no llegan al final de la cadena: los usuarios.

En la parte de prestación de servicios, se evidencia la falta de conocimiento de los empleados, especialmente del sector público, del sistema en general. Lo anterior afecta directamente a los usuarios quienes se ven sometidos a una atención deficiente y obligados a hacer diligencias innecesarias. También dificulta la relación con las ARS y afecta a la institución misma, que enfrenta dificultades para incentivar el cambio de actitud de los empleados frente a las nuevas circunstancias del mercado de prestación de servicios.

A nivel de la administración municipal, el esquema concentrado del sector salud afecta el desempeño de las instituciones públicas prestadoras de servicios por cuanto el flujo de información no es muy eficiente. El simple hecho de que sea la Secretaría quien realice los contratos de prestación de servicios con las ARS, hace que las IPS no conozcan a cabalidad los términos de la contratación ni las características de los servicios pactados.

- El Futuro

A pesar de los buenos indicadores de cobertura, el municipio no ha sido capaz de aumentar el número de afiliados, ni siquiera de sostenerlo respecto al primer semestre de aseguramiento bajo la EPS-T (1996). Para aumentar la cobertura se depende de nuevos recursos, especialmente del Fosyga.

Además, solo un 10% de la población de Cali está afiliada al régimen subsidiado mientras el 32% de la población se encuentra como vinculada al sistema. La población vinculada es especialmente preocupante para los hospitales. El caso del hospital Departamental es una muestra de ello, ¿ con qué recursos se va a cubrir el excedente de facturación de la población vinculada?

A pesar de que se espera que parte de esta población sea absorbida por el régimen contributivo, al tener en cuenta que solo el 45% de la población NBI está afiliada al régimen subsidiado, se puede deducir que la afiliación a éste también debe aumentar. ¿Existirán los recursos para esto?

Referencias:

Informe del Aseguramiento del Régimen Subsidiado a los Miembros del Confis Municipal, Diciembre de 1997.

Informe de Gestión 1995-1996, secretaría de Salud de Cali.

Quehl, Scott; Coll, Xavier, Toward Increased Efficiency and Equity in the Health Sector. Can Decentralization Help?, June 29, 1993.

Entrevistas:

Enrique Alvarez Giraldo, Secretario de Salud Municipal

Arley Grisales, Administrador del Sisben

Ricardo Gallego Londoño, Gerente General Calisalud EPS

Alvaro Maya, Director Régimen Subsidiado Calisalud EPS

Eriberto Sánchez, Interventor de la Secretaría de Salud Pública Municipal

Alfredo Izquierdo Barona, Director Coopsacoc ESS

Director del Régimen Subsidiado Comfamiliar

Yudy Ballesteros, Administrador Hospital Universitario del Valle

Director Hospital San Juan de Dios

Directora Hospital Cañaveralejo

6. Anexo

CONTRATACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO PRIMER AÑO DE ASEGURAMIENTO JULIO 1/96 - JUNIO 30/97

ARS	Tiempo de Cobertura	N° de Afiliados	Valor del Contrato
Coopsacop	1 Julio/96-30 Junio/97	36.757	3.333.744.380
Comfenalco	1 Julio/96-30 Junio/97	12.005	1.075.948.125
Comfenalco	1 Julio/96-30 Junio/97	1662	154.303.963
Comfandi	1 Julio/96-30 Junio/97	30.968	2.775.507.000
Unimec	1 Julio/96-30 Junio/97	8.441	784.055.357
Comunisalud	hasta 31 Oct/96		37.812.500
Comunisalud	1 Nov/96-31 Marzo/97	10.606	448.112.875
Coopsacop	15 Dic/96-31 Marzo/97	4.626	143.114.096
Calisalud	15 Dic/96-31 Marzo/97	22.594	691.886.000
Calisalud	15 Dic/96-31 Marzo/97	23.992	734.706.000
Calisalud	15 Dic/96-31 Marzo/97	17.699	542.000.000
Calisalud	15 Dic/96-31 Dic/97	9363	1.000.000.000
TOTAL		178.713	11.721.190.296

Fuente: Informe de Aseguramiento del Régimen Subsidiado a los Miembros del Confis Municipal, Secretaría de Salud, Diciembre de 1997.

CONTRATACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SEGUNDO AÑO DE ASEGURAMIENTO ABRIL 1/97 - MARZO 31/98

ARS	Tiempo de Cobertura	N° de Afiliados	Valor del Contrato
Coopsacop	1 Julio/97-31 Marzo/98	36.757	3.169.514.942
Comfenalco	1 Julio/97-30 Junio/98	12.005	1.419.300.249
Comfenalco	1 Julio/97-30 Junio/98	2.101	248.392.322
Comfenalco	1 Julio/97-31 Marzo/98	1.662	143.312.399
Comfandi	1 Julio/97-30 Junio/98	30.968	3.661.215.336
Unimec	1 Julio/97-31 Marzo/98	8.441	727.857.976
Comunisalud	1 Abril/97-31 Marzo/98	10.606	524.333.970
Coopsacop	1 Abril/97-31 Marzo/98	4.626	1.202.137.070
Calisalud	1 Abril/97-31 Marzo/98	22.594	2.560.916.930
Calisalud	1 Abril/97-31 Marzo/98	23.992	2.719.373.240
Calisalud	1 Abril/97-31 Marzo/98	17.699	2.003.093.155
Calisalud	15 Dic/96-15 Dic/97	9.363	1.000.000.000
Calisalud	1 Julio/97-31 Marzo/98	2.806	238.546.669
Coopsacoc	1 Julio/97-31 Marzo/98	600	51.737.328
Coomunisalud	1 Julio/97-31 Marzo/98	500	43.114.440
total		184.720	19.715.846.026

Fuente: Informe del Aseguramiento del Régimen Subsidiado a los Miembros del Confis Municipal, Secretaría de Salud, Diciembre de 1997.

ENTREVISTA SECRETARIO DE SALUD

- Usted como Secretaría de Salud, que impresión tiene del SISBEN como mecanismo de identificación?

“ Pésimo, de lo mas malo que puede haberse inventado en Colombia. No hay derecho a que para que un colombiano tenga derecho a los servicios de salud, tenga que hacérsele una encuesta, con el solo hecho de tener cédula de ciudadanía le debe permitir a uno a acceder a los servicios de salud, subsidiados o no subsidiados. No es justo que lo sometan a una encuesta cuando los recursos son ficticios. Los recursos realmente no existen en su totalidad; bajo el método del ministerio de salud, los recursos no existen sino para un porcentaje muy pequeño de la población. Un ejemplo concreto, de esos 186.000 caleños yo te aseguro que el 80% no van a ir donde el medico este año. Y entonces de ese grupo de vinculados que son 440.000 en Cali, de ese grupo de caleños por lo menos el 20% necesitan ir al médico. No hay derecho, a que el SISBEN trabaje sobre un 80% de la población “sana”, sobre población que no se va a enfermar...que lindo, pues las empresas se quedaron con la plata. Claro, el 67% de la plata se quedó en manos de las ARS, porque se trabajó con población sana y población que nunca se encontró, entonces ese mecanismo debe desaparecer, debe aparecer un mecanismo en el cual el hecho de que yo porte una cédula de ciudadanía me de derecho a ser atendido en una determinada IPS que me corresponda, y por tener cédula de tal número a tal número responda una ARS, porque es que a uno lo llenaron de carnés en la billetera, uno ya no sabe cuál sacar y las instituciones ni saben a quién cobrar. Olvidémonos de la encuesta, porque hoy me hacen una encuesta y mañana no me encuentran, además con la encuesta se puede mentir. Además, como es eso que le hace a uno encuesta el DANE y luego le hacen a uno el SISBEN, dos encuestas orientadas a lo mismo?

Lo que me preocupa del SISBEN es que entonces el que no clasifica en I y II se fregó, el que está haciendo un esfuerzo por estudiar en una universidad o por meterle ladrillo a la casa, no merece recibir subsidios... eso es lo que genera factores de violencia en este país.

Ahora, que la ley lo dice, listo hagámosle, yo cumplo la ley y yo le hago para adelante al sistema, pero si tu me preguntas mi concepto sobre eso, yo te digo lo que pienso. Pero ante la ley, como esta planteado el sistema, tiene que haber un mecanismo para identificar a quien entregarle los recursos.

- Cómo se podría entonces identificar la población mas pobre?

Así como el ISS no tiene ni idea a quién tiene y funciona, a las malas, pero funciona, lo único que tendría que tener la gente claro es que cuando trabaja se está dentro de una EPS cualquiera, y entender que aquel que no trabaja definitivamente es un subsidiado. No tienen por que haber tres tipos de población, deben haber dos, el que trabaja y el que trabaja subsidia al que no trabaja.

Si un municipio logró cubrir el nivel I y II del SISBEN, puede empezar a subsidiar al nivel III, pero lo debe asumir el municipio, pero entonces un municipio no va a hacer el esfuerzo de meter nivel III si el Estado lo va a dejar a uno solo. Lo que deben hacer es una forma de concurrencia en la cual el Estado le da al municipio la plata que le falta para cubrir a su población pobre. El sistema debe obligar al trabajador informal a que cotice a una EPS, ese es el culpable verdadero del problema que tienen las IPS de niveles I, II y III. Porque ese es el que va a llegar a urgencias a decir que es pobre, que no tiene un peso. Pero como el sistema no lo había captado, entonces no paga un peso, porque ellos allá si saben como defenderse ante una trabajadora social. Entonces ni es justo que las instituciones de salud tengan que pagar porque el sistema no es perfecto.

Ahora todo el mundo dice que es que la ley 100 es nueva, sí, pero quién dijo que no había derecho a modificarla de entrada si había algún problema. Hay que modificarla, cómo? Sencillo, si vimos que el SISBEN no era el método, porque mire lo que pasó en Ibagué, donde gente con carro y celular está accediendo, gente con propiedad raíz, eso es grave, se le está quitando el derecho a gente que realmente lo necesita, a mí me parece eso desastroso. Eso es lo que hay que perfeccionar del sistema: una gran base de datos, así como se manejan las cédulas, que me

permita a mí saber qué cédulas están metidas dentro del sistema, hacer una visita de control físico o de gobierno a esos informales y obligarlos a que coticen al sistema y sino con la policía recogerlo.. hay que tener medidas policivas. No hacer el SISBEN, el resto simplemente por el hecho de no tener empleo ni formal ni informal, deben tener el subsidio.

El NBI es perfecto para clasificar al sistema, todos los recursos del Estado deberían repartirse de acuerdo al NBI, por ejemplo los recursos que se reparten de ley 60 (ingresos corrientes de la nación) son perfectos, de acuerdo a la pobreza, al número de población.

- **TRASLADO A ARS**

"El traslado a las ARS fue muy brusco, tosco y muy rápido, sufrió todos los traumas posibles de cuando tienes un carro viejo, y de una le tienes que montar toda la carrocería bonita del carro nuevo pero el motor sigue siendo el mismo, es lógico que no ajusta por ninguna parte y ese carro no empieza a andar como debe ser. Porque le entregamos una plata a las ARS a cambio de nada, ellos cogieron esa plata, la metieron al banco, empezaron a producir y las instituciones empezaron a cobrar como a los 9 meses, y eso que cobraban no mas un pedacito. Y como les sobraba plata, comenzaron a gastársela, hasta que apareció la ley 344, donde hay una artículo que les limita los gastos, porque el sistema fue muy cruel con las EPS-T, porque no hay derecho que a unos servicios de salud como el de Cali, que venía entregándole toda la plata a las instituciones, apareciera una ley y dijera ustedes son muy malos administradores, préstenme esa plata y se la entrega a unas entidades que se llaman ARS, que ellos si la saben administrar. Entonces que nos tocó hacer en Cali, como yo vi que la cosa se me venía encima así de duro, entonces creé una cosa que se llama EPS pública, de origen municipal, que hoy en día se llama CALISALUD EPS. Esto fue una idea de aquí, de darse cuenta que las ARS son un negocio el berraco, se están quedando con toda la plata, entonces por qué un municipio como Cali, que tiene una buena capacidad de afiliados no puede crear una EPS que sea rentable? Hoy en día Calisalud EPS es una de las entidades mas rentables del país. Dentro de ese "modelo económico abierto" al que nos metió el ministerio, había que garantizar de alguna manera que la plata retornara a nuestras instituciones. Calisalud al ser del estado, apoya las instituciones públicas de los niveles I, II y III. Tiene contratos con las IPS de dos maneras: el nivel I lo contrata vía capitación y los niveles II y III vía facturación. Si uno le dice eso a una EPS privada, ellos dicen que a ellos los regula la Superintendencia, Hoy en día tenemos un gran problema en la ciudad de Cali, del 100% de la plata que se les entrega por ingresos corrientes de la nación, situado fiscal y del FOSYGA, las ARS "se quedan con el 67% de la plata guardada sin saber que hacer", eso es grave, eso no es un muy buen resultado para el país.

- **Por qué no les llega la plata de la ARS a las instituciones?**

Por varios motivos. Uno, no toda la población que se sisbeniza se vuelve a encontrar. Dos, porque la gente no tiene cédula, y el sistema rechaza a los que no la tienen. Tres, porque resulta que la población que se beneficia no siempre es una población que tiene derecho a recibir el subsidio. Hay gente que no dice que tiene seguro social, y cuando le preguntamos al seguro social nos dice que no tiene la información actualizada, entonces es imposible hacer el cruce y hay gente doblemente beneficiada. "Entonces me pregunto yo, hasta cuando va a parar este círculo vicioso, esto es difícil de pararlo. Otro motivo, la facturación que hacen nuestras IPS no es la mejor, son IPS públicas donde a duras penas tienen un computador, donde facturan manualmente, donde no están fortalecidas institucionalmente. Es muy difícil pedirle a estas instituciones que facturen bien, y las ARS les ponen cantidades de trabas para poderles pagar una factura. La diferencia con la Secretaría cuando operó como EPS-T es que por ser entidades públicas se partía del principio de la buena fé, ni el director del hospital ni el secretario de salud tenían ningún afán de lucro en el régimen subsidiado, era simplemente garantizar un funcionamiento adecuado de las instituciones que prestan servicios de salud y garantizar que realmente se hicieran otra serie de actividades con las cuales nosotros los obligabamos por el contrato a garantizar ese tipo de prestaciones de servicio

- Se está incrementando el déficit hospitalario por el desmonte de la oferta?

Dado que la población que está utilizando los servicios es del sector informal y no clasifica en el nivel I y II, son los que están generando la facturación que no hay quien responda por ella en las instituciones de salud, en este momento la preocupación no son los 186.000 caleños subsidiados, sino los vinculados.

La secretaria hace contratos a las IPS por atención a vinculados y ellos tienen que facturar con cargo a ese contrato. No se trata de que les regalen la plata a las instituciones sin que alguien responda por la facturación a vinculados. Quitémosles toda la plata y lo que facturen paguémoselos.

Eso sería otra manera de hacerlo, que el estado no entregue plata pero que toda factura que entreguen las IPS se las paguen. El hospital departamental, por ejemplo pasó ya en facturas la plata que el estado le daba por situado fiscal y rentas cedidas, entonces quién le va a dar la plata? Está quebrado, lo que pasa es que no es un hospital de esos acostumbrados a salir a llorar.

Todo nivel I y II están cubiertos, Pero ahí hay algo preocupante, mientras que en Cali que tiene 2.000.000 de habitantes clasificaron el 10%, en ciudades como Barranquilla que tiene menos población clasificaron el doble de la población en niveles I y II, 400.000 personas aproximadamente. Y no es que no tengamos población pobre, lo que sucede es que el SISBEN tiene unas falencias de información, y es que resulta que es típico en la costa tener casas de madera, lo que no es típico en el interior del país. Aquí en Cali la gente se esfuerza por construir su casa en material, pero viven bajo condiciones paupérrimas, Debería existir una diferenciación del SISBEN de acuerdo al territorio donde se aplique, debería ser regional y tener un puntaje diferente en cada zona. Para el caso de Cali, 48 puntos no es nada de acuerdo a las necesidades que tiene esta ciudad, debería abarcar a todos los que estén por debajo de 58, que serían como 400.000 personas, esa es la necesidad mínima que necesitamos en el SISBEN. La prueba está en que con los recursos que tenía el municipio, sin pedirle un peso a Bogotá entraron los 186.000.

- Para qué ha servido el régimen?

“Para mucho, para decirle a un colombiano que antes no tenía la oportunidad de ir a un servicio de salud, mire, usted con ese carné tiene una póliza que le cubre por unos servicios, para eso a servido el régimen; en este caso, el 10% de la población de Cali, para qué más a servido? Para que la familia del trabajador que se encontraba en el régimen contributivo se vinculara al sistema, o sea, que de 1 persona pasó a tres mas, porque en el régimen contributivo la proporción es de uno a tres. Entonces en este momento podemos decir que tenemos una gran población en el régimen contributivo, un 10% de la población en el régimen subsidiado y la población vinculada para los cuales no están muy claras las reglas de juego, porque le dicen a las instituciones públicas ustedes tienen que seguir subsidiando a estas personas que no tienen plata y les cobran el 30% de la tarifa SOAT. Pero eso no es así de fácil, la población pobre no tiene para pagar el 30%, según un estudio del Hospital Departamental de Cali, sólo pagan el 3%. Entonces la realidad es muy diferente a las expectativas que tenía el ministerio de salud y todos los organismos del Estado de que la población pobre que no tenía carné iba a sacar el 30% de su bolsillo.

Y fuera de eso, la ley 344 los obliga a desmontar subsidios de oferta de una manera muy drástica, entonces a que se va a ver enfrentado Colombia en un año, no es ahorita, pero en octubre del 98 se va a vivir la crisis hospitalaria mas tenaz que haya vivido Colombia, porque ese desmonte obligado del subsidio de la oferta nos está metiendo en un cuello de botella, es que la población no tiene con que pagar, las ARS se están quedando con la plata y no se la están entregando a los hospitales, y fuera de eso, el gobierno nacional en ningún momento está permitiendo que exista un mecanismo por el cual esa transformación de los recursos del Estado se haga a través de los servicios de salud. Un ejemplo, por qué diablos no hay una cláusula en ese articulado de la ley 344 donde diga que esa plata que tienen que transformar del situado fiscal y de rentas cedidas, por qué motivos esa plata no la hacen a través de un convenio que se firma con los servicios de salud y no necesariamente a través de una ARS. Qué bonito sería que yo le dijera al hospital, deme 1.000 millones del situado fiscal y yo se los devuelvo siempre y cuando me permita que yo con esa plata

carnetice gente de la ciudad. Ellos estarían seguros de que la plata les va a volver.

- Ha mejorado el acceso de la población pobre a los servicios de salud a partir de su afiliación al R.S?

Si ha mejorado. Hoy en día tienen un carné, se sienten con un derecho adquirido, sin embargo, con los recursos económicos que hay disponibles podría acceder mucha más población, pero dándole un giro al sistema, si nos olvidáramos de la palabra vinculados y entendiéramos que dentro de los vinculados hay un personal con capacidad de pago. El día que encontremos esa llave y podamos abrir esa puerta, el grupo de vinculados va a desaparecer casi por completo, y entonces ya no trabajaremos por encuesta sino por cédula.

- Ha habido un cambio (aumento, disminución o recomposición) en el uso de los servicios de salud por parte de la población pobre? Si no, cuáles son las barreras u obstáculos?

Sí, ya se habla más de la promoción de la salud. Pero no ha sido solo por la aparición del régimen subsidiado sino porque se han hecho campañas educativas masivas en promoción de la salud, realizadas en su mayor parte por la secretaría.

Municipio de Buenaventura - Departamento del Valle del Cauca

1. Caracterización del municipio

1.1. Descripción del municipio

Buenaventura es el principal puerto del Pacífico, por donde se mueve el 60% de la carga total nacional. Tiene una población de 281.565¹, de la cual el 83% es urbana.

El municipio está dividido en 12 comunas en el área urbana y en 19 corregimientos en el área rural.

- Indicadores sociales municipio

NBI: 46.8%

Tasa de escolaridad de secundaria (12-17 años): 50.10%

Tasa de analfabetismo: 7% (19.892 personas)

- Estructura económica: PIB por ramas de actividad: 45% comercio, 35% servicios, 10% explotación de recursos naturales, 10% manufactura y construcción.

1.2. Oferta de servicios de salud

Puestos salud: 12 urbanos, 24 rurales

Hospitales: 3 (Bahía Málaga (I y II nivel), Puerto Merizalde (I nivel) y el urbano (I y II nivel)

Centros de salud: 2

CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD

CAUSA	%	TASA 100.000
1 ATAQUE CON ARMAS DE FUEGO Y EXPLOSIVOS	17	81
2 INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	12	57
3 ENF. CEREBROVASCULAR AGUDA MAL DEFINIDA	4	22
4 ACCIDENTE DE TRÁFICO DE VEHÍCULO DE MOTOR	4	22
5 HEMORRAGIA INTRACEREBRAL	4	19

1.3. Administración Local

El municipio de Buenaventura fue certificado en 1995 por medio del acuerdo 12/95. La Secretaría de Salud, creada desde 1991, fue la institución que lideró el proceso de descentralización apoyada por el Departamento.

Para la actual Secretaria de Salud la descentralización ha traído beneficios, como es el poder acceder a recursos que antes no se tenían, por ejemplo el situado fiscal. Sin embargo, también ha implicado algunas desventajas, como el hacerse cargo del nivel I de atención y asumir el costo de los médicos y promotores que atienden estos servicios. "Por hacer eso se deja de lado la inversión en proyectos" (Secretaria de Salud).

Adicional a esto, la administración municipal (1993-1997) enfrentó problemas de corrupción que desencadenaron en una compleja situación financiera y administrativa. El alcalde del municipio estuvo preso por malversación de fondos, hubo pignoración de

¹Bayona, Alberto. Proyección de Población 1985-2000, Secretaria de Salud Departamental

recursos locales y a los empleados les dejaron de pagar durante varios meses. Esta situación afectó las finanzas del sector salud, y en especial del régimen subsidiado al municipio no cumplir los contratos de afiliación con las ARS.

Respecto al seguimiento y asesoría que se ha prestado a lo largo de la implementación de este nuevo sistema, la Secretaria comenta que es el Departamento quien ha estado mas de cerca, "El ministerio... sólo nos aprieta, no hay asesoría. Ha habido mucha dificultad con la falta de comunicación con el Ministerio.<...> Ha tenido mas importancia el Departamento, aún nosotros siendo descentralizados" (Secretaría de Salud). En cuanto a la Superintendencia, dice que la información le llega primero a las ARS que a la misma Secretaria Municipal.

2. Implementación del Régimen Subsidiado

2.1. Identificación y Selección

Las primeras encuestas del SISBEN se realizaron en 1994 por medio de estudiantes que fueron capacitados por una comisión de la alcaldía. La encuesta se aplicó a los barrios mas deprimidos. En 1996 se realizaron encuestas en los puestos de salud y en casetas comunales. Los presidentes de las Juntas de Acción Comunal participaban en este proceso como validadores de los datos que las personas entregaban. Sin embargo, la administradora del SISBEN reconoce que las personas encuestadas dieron mucha información falsa.

Actualmente se realizan encuestas por demanda, aunque se están entrevistando para meterlos al programa como vinculados, porque no hay cupos para afiliación. Solo se afilian niños menores de 1 año. "Viene hasta gente de Cali solicitando que los afilien".

PERSONAS IDENTIFICADAS EN
LOS NIVELES I, II Y III DEL SISBEN
A DICIEMBRE DE 1997

AÑO	ZONA URBANA				ZONA RURAL			
	I	II	III	Total	I	II	III	Total
1993				8				5
1994				28,534				8
1995				32,481				21,661
1996				27,775				5,018
1997				60,551				9,780
TOTAL	127,665	14,665	6,565	149,349	23,267	11,826	1,379	36,472

FUENTE: Municipio de Buenaventura

En las entrevistas realizadas con la Secretaria de Salud y con la Administradora del Sisben se percibe que dicha oficina ha trabajado bajo unas condiciones muy difíciles de escasez de recursos y falta de apoyo de la administración central. Paradójicamente la Secretaria piensa que Buenaventura es de "los municipios modelo en la aplicación del SISBEN, se montó con lujo de detalles", a pesar de que ella misma reconoce las dificultades porque ha atravesado por problemas con las direcciones, por falta de nomenclaturas y porque hay mucha movilidad entre las personas encuestadas. "La estructura en sí debían mejorarla. La encuesta va muy enfocada a la vivienda, muy sesgada. No preguntan sobre la seguridad social" (Secretaria de Salud).

No se realizó ninguna verificación técnica del SISBEN, "ahora en el transcurso del camino se están encontrando los errores". Hay personas con doble afiliación: se encuentran en el

régimen contributivo y en el régimen subsidiado. “Falta educación y conocimiento sobre el sistema. A veces nos damos cuenta por casualidad. Además, con el Seguro Social ha sido un problema” (Secretaria de Salud).

La administradora piensa que el SISBEN debería trabajar con la Oficina de planeación, pero a ellos “no les interesa. El SISBEN ha trabajado solo”, sin el apoyo del alcalde que no ha estado muy interesado. La Secretaria de Salud realizó la afiliación, “eso se lo quitaron al SISBEN, lo dejaron como digitador y encuestador. No lo hicieron partícipe de nada. Pidieron la base de datos, no se sabe ellos como sacaron aquellos, supuestamente la gente de nivel I” (Administradora del SISBEN).

La oficina del SISBEN se encuentra mal equipada: hay un solo computador y una impresora. Hay contratados 2 digitadores y la administradora del SISBEN, y dos encuestadores que les pagan por comisión². “Se trabaja prácticamente con las uñas”. Tanto el recurso humano como físico son muy insuficientes: todos los días hay largas filas de gente que va a solicitar que les hagan la encuesta, ya sea porque nunca se las realizaron o porque solicitan una corrección. Las personas por lo general acuden cuando alguna persona de la familia está enferma y no tienen con qué cancelar la cuenta en el hospital. La gente que solicita que les hagan la encuesta debe cubrir los gastos de transporte de los encuestadores y hasta los gastos de alimentación.

2.2. Afiliación

2.2.1. EPS-T

La Secretaría de Salud Departamental operó como EPS-T, a pesar de que ya el municipio estaba descentralizado y operaba la Secretaria de Salud Municipal. La razón principal para que la Secretaria de Salud Municipal no asumiera esta función fue que apenas se estaba fortaleciendo operativa y administrativamente.

La EPS-T emitió los carnés y la Secretaria Municipal los entregó. La Secretaria comenta que hubo muchos problemas con al entrega; entre un 20 y 30% de los carnés se quedaron sin entregar. La prestación de servicios se contrató con los centros y puestos de salud y con el hospital de Buenaventura.

2.2.2. ARS

La convocatoria para las ARS se realizó a finales de 1995, y se presentaron 4 empresas para administrar el régimen subsidiado. A cada ARS se le asignó una población por ubicación geográfica, es decir, asignando las familias de determinadas comunas a una misma ARS. Se le dio prioridad a la ESS.

En 1997, se volvió a abrir la inscripción de ARS para la realización del nuevo proceso de afiliación que permitía el traslado de las personas a otras ARS. En esta ocasión se presentaron dos ARS más. “Siempre hubo mucho cambio, Caprecom perdió mucho usuario” (Secretaria de Salud). Actualmente existen 31.274 personas afiliadas, lo que representa tan solo un 17.6% de la población identificada en 1997. La distribución de los afiliados entre las ARS se muestra en el siguiente cuadro:

² A los empleados el SISBEN les debían tres meses de sueldo a diciembre del 97.

CONTRATOS REALIZADOS ENTRE ABRIL 1997 Y NOVIEMBRE 1997

A.R.S	Beneficiarios	Monto total de los contratos
Ess buenaventura	10.321	743.195.014
Saludcoop	6.887	495.919.390
Unimec	7.018	505.352.447
Caprecom	7.048	507.512.795
Total	31.274	2.251.979.646

2.2.3. Financiación del Régimen Subsidiado

En el aspecto financiero existen dos puntos que se deben resaltar: i) los problemas en el flujo de dinero y ii) la financiación futura de la afiliación. En el primer caso, la siguiente descripción por parte de la Secretaria de Salud evidencia la complejidad de la situación: "Se han presentado problemas (en la financiación) porque la Nación envía muy tarde los recursos; el FOSYGA de este año llegó apenas en Noviembre. El situado fiscal lo envía el departamento, apenas está llegando (diciembre de 1997). LOS ICN se deberían girar directamente al fondo local, no a la tesorería de la alcaldía " (Secretaria de Salud). Dado que los recursos del municipio se encuentran pignorados no se puede disponer de los recursos que llegan a la tesorería.

El problema financiero se transfiere a las ARS y a los hospitales. En estas instituciones se observan trabas en el flujo de dinero en ambos sentidos. Por un lado, las ARS no le pagan a los hospitales los servicios porque a ellas les incumplen los contratos de afiliación. Por el otro, el hospital recibió del Departamento los recursos de oferta que debían ser transformados a recursos de demanda (situado fiscal) y debía "pagárselo" a las ARS en servicios. "El año pasado (1996) se hizo un acta de concertación para que el hospital le pagara a las ARS directamente. No lo hizo" (Secretaria de Salud).

En cuanto a la futura financiación del régimen, las proyecciones realizadas por la Secretaría de Salud Municipal no son muy alentadoras en cuanto a un aumento en el nivel de cobertura³. La composición de las fuentes de financiación de la afiliación del régimen subsidiado no cambia entre 1997 y 1998, y el número de afiliados se mantiene constante.

Otro aspecto que es importante tener en cuenta es la proyección en los recursos del Situado Fiscal destinados al subsidio de la demanda. Se supone que este rubro debería aumentar entre los años 97 y 99 dada la disminución estipulada en el decreto 2491 de los recursos de oferta. En términos reales⁴, este monto sólo aumenta en un 1% para cada año⁵, lo que dificulta la financiación de una ampliación de cobertura del régimen subsidiado.

La Secretaría de Salud piensa que el acceso a los servicios de salud ha mejorado mucho, "ahora la gente accede más, los usa más".

³ Ver cuadros en el Anexo.

⁴ Con un 17.7% de inflación en 1997 y un 16% para 1998.

⁵ Sin embargo, se debe tener en cuenta que no se sabe el origen de los datos del situado fiscal total que reciba el municipio, el cual bien puede ser que disminuya dada la situación fiscal del país. Esto sin embargo estará mostrando la dificultad en la obtención de los recursos que se tienen proyectados para el régimen subsidiado.

3. Actores

3.1. Administradoras del Régimen Subsidiado

◆ ESS de Buenaventura

Esta empresa solidaria se creó bajo el Programa de Empresas Solidarias. Inicialmente convocó a familias de bajos ingresos para seleccionar, por cada grupo de 20 personas, un líder comunitario, que formaría parte de la Empresa. Inicialmente la cooperativa tuvo 1004 asociados⁶.

Con el inicio de la administración del régimen subsidiado por parte de las ARS la Secretaría de Salud le "asignó" a cada ARS una población por comunas. Esta asignación hizo que se quedaran muchas familias asociadas a la empresa por fuera de la población afiliada por ésta al régimen subsidiado, "... por darle participación a las otras ARS no se tuvo en cuenta el derecho de libre elección". Ahora, dentro del proceso de libre cambio, la ESS está en la tarea de retomar estas personas

Las actividades de promoción y prevención las realizan ellos a través de un equipo extramural, conformado por 10 agentes educativos, en su mayoría bachilleres que recibieron una capacitación. "Ellos llenan una ficha familiar; la idea de esto es alentar a las personas para que acudan al hospital". Destinan aproximadamente un 20% de sus recursos a estas actividades. "La promoción debemos hacerla con mas fuerza; eso es lo que nos va a ayudar en la balanza de medicamentos".

Han tenido algunos problemas con el hospital local, básicamente porque la prestación de servicios es deficiente. El hospital además ha tenido muchas dificultades financieras y ha estado en huelga varias semanas; esto afecta la calidad de los servicios que presta. Se va a comenzar a contratar servicios con instituciones privadas, especialmente para la consulta externa pues el hospital no está dando abasto. La Secretaría de Salud ha intercedido mucho a favor del hospital en la contratación de servicios por parte de las ARS, argumentando que no se puede "desamparar" al hospital local. "Sin embargo, a pesar de que el argumento es válido, estamos en un libre mercado". FRASE DE QUIEN??

Un aspecto que ha dificultado la relación con las IPS en general es la demora en los pagos de la Empresa "porque el municipio prácticamente no ha aportado ni un solo peso desde julio del 96; hemos estado trabajando con los dineros que aporta la nación". Del contrato de Julio /97 a Marzo /97 (\$772 millones) el municipio les debe \$260 millones. "La Secretaría contesta que no es tesorera ni alcalde. No hubo voluntad política por parte de la administración municipal para que los beneficiarios del régimen subsidiado tuvieran un buen servicio". Los dineros provenientes del FOSYGA sí se entregan puntualmente. Sobre los recursos del ICN que corresponden al régimen subsidiado comenta: "hablan de pignoración, impedimentos 1A, y sobre todo nos aducen que la nómina de salud es muy alta y que no les alcanza" (Director ESS).

"Uno ve que la gente recibe el beneficio directo, pero falta mas compromiso de la administración, los alcaldes no se han apropiado como tiene que ser". "Está bien que con esto del régimen subsidiado estamos aprendiendo todos, detalles que se tienen que ir implementando sobre la marcha". Pero resalta la importancia de que la administración

⁶ La cuota fue de \$2000.

municipal tenga mucha mas organización.

Sobre el acceso, cree que es mayor; " si se les ha mejorado, aunque la gente es muy quejosa, <...> cuando usted los sensibiliza empiezan a hablar de los beneficios que han recibido . Hay gente que tiene mas facilidad y entonces hacen mas uso de los servicios de salud. Ya por cualquier gripa o cualquier cosa asisten. Eso sería prácticamente imposible si el programa no existiera".

La principal dificultad que han tenido en la implementación del régimen subsidiado "es el billete. Lo otro es cuestión de ir aprendiendo, como esto es una novedad. El mercado mismo tampoco es que haya respondido muy bien, por ejemplo, con los programas para computadores, no existe un plan único contable".

En la parte financiera no han generado utilidades. "La debilidad nuestra está ahí. Acaban de embargar hasta los carros de la alcaldía... cuando el socio de uno está así. El embargo a la alcaldía es por \$4.000.000. El alcalde estuvo preso por nómina paralela".

Como empresa solidaria, el director piensa que el trabajo directo con la comunidad y la participación han sido un gran logro. Plantea que el otro tipo de empresa no hace el mismo trabajo, por su composición. Por ejemplo, no tienen equipo extramural. Sin embargo, ve como debilidad que la figura legal es la cooperativa, pero en realidad las personas no se han apropiado de ella, "...como cooperativa somos débiles, muy débiles".

◆ **Comfamar ARS**

Comfamar es una Caja de Compensación que administra los recursos propios que por ley le toca entregar para el régimen subsidiado (5% de sus ingresos). Comfamar opera como Caja de Compensación desde hace 10 años, durante los cuales ha prestado servicios a su población afiliada; la ARS solo se creó en el año 96 y cuenta actualmente con 711 personas afiliadas, de las cuales están todos carnetizados.

Con el hospital local se realizó un convenio para facturar con base en las tarifas SOAT mas el 15%. El hospital local se demora en pasar las cuentas de cobro. Pero en general, creen que las relaciones son buenas.

Comfamar a su vez tenía un contrato con la ESS para prestarle las actividades de promoción y prevención, sin embargo este contrato fue suspendido por falta de pago. Con el municipio también han tenido problemas de incumplimiento de los contratos por afiliación; la Caja embargó al municipio por falta de pago.

La directora de la ARS dice que son agresivos en actividades de promoción y prevención. Destinan el 10% de sus ingresos a la promoción y prevención; y piensan que ha sido muy efectiva su labor pues se ha visto reflejada en una disminución en el uso de la IPS y en la reducción en la demanda de los servicios del hospital.

La Secretaría de Salud está pidiendo que se contrate con ellos el nivel I, incluyendo la promoción y prevención. Hasta el momento ninguna de las ARS lo está haciendo de esta manera. La directora piensa que ellos son muy buenos en esta área.

Para la directora de la ARS el acceso de la de la población pobre a los servicios de salud

ha mejorado a partir de su afiliación al régimen subsidiado, “eso es lo mejor de la ley 100”. Sin embargo, comenta que la ley 100 tiene muchos vacíos, por ejemplo, para los casos de los pacientes con SIDA ella se pregunta: “¿Hasta donde tenemos que cubrir? ¿Se quita ese subsidio a partir del año 2000? ¿Qué pasa con los procedimientos que no están contemplados en el POS?”

Otra gran dificultad en la implementación del régimen subsidiado ha sido el retraso en el pago de los contratos por afiliación. Reconoce también que ha habido varios logros en la implementación del RS: “primero la cobertura, 2) el pensar mas en la prevención y tener una concepción del individuo como un todo y 3) la necesidad de controlar la calidad de los servicios que se prestan.

Para Comfamar la competencia no genera efectos importantes: Unimec no presta atención médica y la ESS no es tan fuerte en promoción y prevención. “En Buenaventura somos lo mejor, especialmente en promoción y prevención”.

“La descentralización del municipio no se ha sentido mucho, especialmente por la situación económica. La gente prefiere venir acá que ir a los centros de salud”.

3.2. Instituciones Prestadoras de Servicios

◆ Hospital Departamental de Buenaventura

Cuando se realizó la visita al Hospital de Buenaventura éste se encontraba en paro desde hacía varias semanas. La mayor parte de los empleados estaban en la entrada y se estaban prestando muy pocos servicios. Entonaban una canción que decía: “a dónde va la plata que llega al hospital? El hospital estuvo 4 meses en paro durante 1997.

Este hospital se transformó en Empresa Social del Estado en 1996. Respecto al cambio el director comenta: “En este momento mientras aprendemos los resultados no han sido muy favorables. Pero el día que tengamos implementado un sistema gerencial, esto tiene que ser bondadoso. Es la única alternativa de lograr un cobertura del 100%. En el Valle se trabajó muy duro con el sistema anterior, y no llegamos ni al 50% de cobertura”.

El hospital atiende 31.000 usuarios del régimen subsidiado, 170.000 afiliados al régimen contributivo y 180.000 vinculados, para un total de 280.000 aproximadamente. El hospital tiene contratos para la prestación de servicios con las ARS y EPS que operan en Buenaventura. La mayoría de estos contratos son por facturación con base en la tarifa SOAT mas el 10%-15%. La razón por la cual se cobra un valor superior a la tarifa base para la facturación es que “la situación de Buenaventura es diferente a la del resto del Valle del Cauca” (Dr. Guzmán: Director Hospital). Esta situación está aprobada por la Secretaría Municipal y la Dirección Departamental.

Han tenido muchas dificultades con el pago de los servicios contratados, excepto con unas pocas EPS.. Sin embargo, el paro no es solo consecuencia del retraso en los pagos de las ARS y EPS, es también una situación que viene desde mucho tiempo atrás.

La población vinculada recibe los servicios de nivel I, II y III, con cargo a los recursos de transferencias de la nación (Situado Fiscal, Fosyga, Rentas Cedidas), “somos muy malos facturadores todavía”. La atención a la población vinculada es un aspecto delicado; los

recursos de oferta se han reducido, "pero esto era supuestamente para aumentar la cobertura en el municipio y esto no se ha dado".

Se han realizado inversiones importantes en infraestructura: adecuación y mantenimiento reparativo de áreas, inversión en terraza de media pensión, mantenimiento reparativo de la planta física en aspectos hidráulicos y eléctricos, entre otros. La necesidad de realizar estas inversiones se originó a raíz de un catastro del estado físico del hospital, el cual reveló grandes deficiencias en las instalaciones. Además dada la localización del hospital y las condiciones sociogeográficas de la población que atiende se ha visto la necesidad de inyectarle algunos recursos al hospital. Según el director, este hospital debería cubrir hasta un nivel III de atención por estar localizado en un puerto. Estas inversiones se han realizado con recursos del Departamento, del Proyecto BID-Plan Pacífico y de entidades privadas.

Sobre la transformación de recursos de oferta a demanda el director piensa que tiene que darse. "Si cumplen (con los pagos) eso sería un esquema benéfico". Cree que el hospital puede sobrevivir, con la reducción de los recursos de oferta, por venta de servicios, si les pagan como se establece en los contratos, tanto el municipio como con las ARS.

INGRESOS DEL HOSPITAL
pesos corrientes

	1994	1995	1996	1997
Rentas propias (venta servicios)				
Rég Subsidiado		920.950	2.074.893	703.809
Vinculados	372.000	488.818	475.414	381.426
Rég Contributivo	583.453	995.588	1.532.614	1.436.531
Otros	42.997	56.443	124.424	75.325
Recursos de Oferta				
Sit Fiscal y otros	1.477.799	2.385.512	2.412.573	2.523.650
Giros				
Transf. Departamental	878.1770	1.283.862	1.340.755	1.081.555
Nómina				
Recursos Municipales				
Inversión Social				
Subsidios				
Libre Inversión				
FOSYGA				
Cajas de Compensación				
TOTAL	3.354.419	6.171.273	7.942.673	6.202.096

FUENTE: Hospital departamental de Buenaventura

En el anterior cuadro se puede observar que los recursos de oferta disminuyeron de una manera importante. En términos reales el situado fiscal se redujo en un 11% de 1996 a 1997 y las transferencias se redujeron en un 31,5%. No obstante esta reducción se ha visto compensada por la venta de servicios de tal manera que el presupuesto del hospital se ha prácticamente duplicado en los últimos 3 años.

El director opina que son muy pocos los departamentos que han logrado implementar la ley 100 y toda su reglamentación. "Ha habido una contaminación jurídica. Antes teníamos la jurisprudencia por la espalda y ahora la tenemos por el frente. Hay una intoxicación". Plantea que se debe buscar otro esquema de desarrollo de la ley, debe haber una simultaneidad entre la norma y la implementación. "Antes de producir la norma se debe

probar”.

Sin embargo, el Doctor Guzmán enfatiza con alguna inquietud, que es muy pronto para realizar una evaluación de la ley, pues no se ha logrado aún avanzar lo suficiente en su aplicación para sacar conclusiones y comenzar a modificarla. “Me preocupa que comencemos a evaluar la ley 100 sin haberla traído”.

Respecto si a partir de la afiliación al régimen subsidiado ha mejorado el acceso a los servicios de salud el Director comenta: “Yo sí creo, la ley 100 en su contenido filosófico es enorme, pero hay que mejorar los aspectos operacionales”. Menciona tres puntos claves:

- mejorar la transferencia de los recursos de oferta a demanda
- que los municipios cumplan con los contratos (pago)
- que las ARS paguen oportunamente

◆ **Entrevista con la Trabajadora Social del Hospital**

Lilia Carabalí lleva trabajando varios años en el hospital, por lo que ha podido vivir las diferentes situaciones por las que ha atravesado el hospital y ha estado presente en la implementación de la reforma del sector salud en el municipio. Las ideas expresadas en esta parte son prácticamente una transcripción de pedazos de la entrevista, por esta razón el texto está escrito en primera persona.

-El Sisben ha identificado a muchas personas, pero son muy pocos los carnetizados. Además hay gente afiliada al régimen subsidiado que tiene recursos, “eso se manejó de una manera muy irresponsable”. Para haber hecho la selección se debió haber utilizado gente que conociera la comunidad, pero emplearon estudiantes que no estaban bien capacitados y que en muchas zonas no fueron hasta las casas porque les daba miedo ser atacados.

Dentro de la población afiliada hay por ejemplo, gente con pensión de Colpuertos⁷, ellos no utilizan los servicios de este hospital porque tienen el servicio completamente gratuito en la institución de salud de Colpuertos, inclusive con todos los medicamentos y con viáticos si tienen que ser remitidos.

En el hospital la atención a vinculados y afiliados al régimen subsidiado es igual, se les presta los mismos servicios. Por lo general no se les da medicamentos a ninguno de estos dos tipos de usuarios, a veces por el contrario, a ellos les toca ir a comprar algunos implementos porque el hospital no los tiene. La diferencia es que algunas ARS tienen contratos con algunas farmacias para el suministro de medicamentos, o algunas que tienen su propia farmacia. Sin embargo no todas las ARS les reconocen los medicamentos a los afiliados.

El hospital se transformó en ESE en 1996, pero uno sigue viendo los mismos problemas, seguimos con las mismas dificultades. Como empresa el hospital debe facturar muy bien, pero las personas que trabajan aquí no han entendido eso, y no se ha avanzado mucho. La transformación del hospital en ESE no debió haber sido tan alegre, se ha debido empezar a capacitar a los empleados con anterioridad. Eso no cambia de la noche a la

⁷ Empresa de Puertos de Colombia (empresa pública).

mañana, no es tan fácil.

El hospital está intervenido por el Ministerio hace 5 meses. Pero yo pienso que el problema del hospital es mucho mas de fondo, se necesita gente realmente comprometida con el proceso. La politiquería le hizo mucho daño al hospital, entraba y entraba gente... la ley 100 ha tenido su poquito.

El acceso ha aumentado muchísimo, la demanda de servicios se ha incrementado. Pero en cuanto a la calidad hemos tenido muchos problemas, el hospital ha entrado en una crisis impresionante, falta demasiado con qué trabajar, se acaba el algodón, las suturas, las placas de rayos X.

La gente se siente feliz, hablan divinidades por esa oportunidad que se les ha dado. Pero a las personas no se les orientó bien sobre sus derechos; no saben lo que tienen que exigir y dónde lo tienen que exigir. Las ARS no han hecho eso adecuadamente.

No se siente el respaldo de las ARS. Los afiliados que mas protegidos se sienten son los de la ESS. Otro problema es que hay cantidades de gente que ni ha recibido el carné, y el hospital no tienen la base de datos con las personas afiliadas a cada ARS.

4. Conclusiones

El municipio de Buenaventura se encuentra en una situación financiera delicada lo que ha repercutido en un mal manejo económico en el sector salud y específicamente en el régimen subsidiado. Adicional a esto, la implementación del régimen se ha dado bajo una gestión deficiente por parte de la Secretaría de Salud, quien no ha sido capaz de manejar el sector salud de una manera autónoma y organizada.

La tasa de afiliación de Buenaventura no es muy alta, en los niveles I y II hay 177.423 personas identificadas en las zonas urbana y rural; de éstas solamente 31.274 personas están afiliadas, lo que representa tan solo un 17.6% de la población identificada en 1997. En el Departamento del Valle (sin considerar la capital) el 55% de la población NBI está afiliada al régimen, lo que situaría a Buenaventura bastante por debajo del promedio departamental.

- Aumento de cobertura?

Hasta 1997, la financiación del régimen subsidiado depende en gran parte de los recursos del FOSYGA, que representaron el 50% para 1997, contrarrestado con solo un 1% de esfuerzo propio. Las proyecciones de cobertura, bastante optimistas frente a los resultados logrados, descansan sobre el supuesto de una alta participación del Fosyga (82% promedio entre 1998 y el 2000), mientras los recursos de transformación de recursos de oferta son muy pocos. Se pone en duda la factibilidad de un aumento en cobertura significativo bajo estas condiciones.

- Flujo de Dinero

Los problemas en el flujo de dinero han afectado significativamente la implementación del régimen subsidiado: impide la planeación financiera, afecta las relaciones entre los agentes del sistema, entre otros. La responsabilidad final parece recaer en la administración municipal quien, en parte por sus problemas financieros, inicia la cadena de incumplimiento en el pago de los contratos.

- Sisben

A diferencia de otros municipios del país, las personas entrevistadas en Buenaventura no aducen los problemas del Sisben a sus criterios técnicos de identificación y selección de personas pobres, sino mas bien a fallas en la implementación, a la falta de recursos y la falta de apoyo a la oficina del Sisben por parte de la administración municipal.

Actualmente se realizan encuestas por demanda, sin embargo, la escasez de recursos es tal que las personas que la solicitan deben pagar los costos del transporte y hasta por la alimentación. Además, no existen recursos para nuevas afiliaciones por lo que las encuestas se realizan para identificar a la población, pero van a "entrar" como vinculados al sistema.

- Hospital Local

El hospital de Buenaventura se caracteriza por un muy mal estado financiero, por constantes huelgas que reflejan la insatisfacción de los empleados y actualmente se encuentra intervenido por el Ministerio de Salud. Además, hay una alta rotación en la dirección lo que dificulta una orientación continua en el manejo del hospital. A pesar de todos estos problemas, el hospital se transformó en ESE en 1996. Esta sin embargo, parece haber sido mas en el papel que en la parte real. Según la trabajadora social, la

situación sigue siendo igual desde la transformación. Los empleados se han resistido mucho al cambio, por lo que siguen siendo muy malos facturadores, afectando directamente sus ya deprimidas finanzas. Ella comenta: "La transformación del Hospital no debió haber sido tan alegre, se ha debido empezar a capacitar a los empleados con anterioridad".

El hospital estuvo en huelga durante varios meses en 1997. Aunque su precaria situación financiera es anterior a la reforma, la demora en el pago de los contratos de las ARS la ha afectado enormemente. La situación del hospital afecta a los usuarios directamente, pues muchas veces no existen los implementos para prestar la atención que se requiere, y al usuario, ya sea afiliado al régimen subsidiado o vinculado, le toca ir a comprar los materiales para recibir el servicio.

Por otro lado, al director le preocupa la reducción en los recursos de oferta sin un aumento en la población afiliada al régimen subsidiado a quien le puedan vender servicios. Actualmente la mayor parte de la población que atiende el hospital es vinculada, los cuales llegan a 180.000, en el régimen contributivo se encuentran 170.000 y en el régimen subsidiado tan solo 31.000. Además al hospital llegan personas provenientes de muchos otros municipios que deben ser atendidas contra el situado fiscal.

A pesar de este panorama poco alentador, el director es positivo frente a la reforma del sector salud. Piensa que existen muchos problemas en la implementación que en parte se deben a que el desarrollo de la reforma se ha basado en la expedición de una gran cantidad de normas y decretos que desconocen la parte operativa y que tienen confundidos a los actores. Además, los problemas en el flujo de dinero afectan enormemente el desempeño de las instituciones y por lo tanto, del régimen.

- El acceso

A pesar de todos estos problemas las personas entrevistadas creen que el acceso de la población pobre a los servicios de salud ha mejorado a partir de su afiliación al régimen subsidiado. La trabajadora social, que es probablemente la persona que mas contacto tiene con la población afiliada, ha percibido la satisfacción de los afiliados con el sistema.

Sin embargo, recalca la importancia de informar mejor a las personas sobre el sistema en general y sobre los derechos que tienen por estar afiliados. Ni la Secretaría de Salud ni las ARS han hecho una labor educativa que permita que las personas entiendan el sistema y por esto se desaprovecha las bondades del régimen subsidiado.

Entrevistas:

Alicia Rosero, Secretaría de Salud

Rosario Quiñones, Directora Comfamar

Eucaris Díaz, Director Régimen Subsidiado Comfamar

Alberto Guzman, Director Hospital Departamental

Alexis Burgues, Gerente Cooperativa ESS

Lilia Carabalí, Trabajadora Social

Representante del Programa BID-Plan Pacífico

5. Anexo

MUNICIPIO DE BUENAVENTURA
CÁLCULOS ECONÓMICOS DE CONTRATACIÓN 1997
PARA 12 MESES CON UPC-S VIGENTE

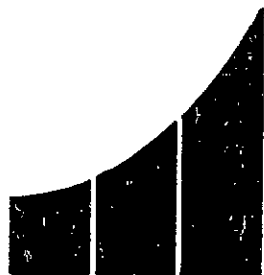
TOTAL AFILIADOS		31.274	
			UPC-S VIGENTE 108.464
70% AFILIADOS		21.892	2.374.493.888
ICN	1.162.842	Destinados a 10.721	
FOSYGA 1	1.237.248.848	Destinados a 11.407	
30% AFILIADOS		9.362	1.017.630.941
SIT FISCAL	519.651.024	Destinados a 4.791	
FOSYGA 2	475.284.224	Destinados a 4.216	
ESF PROPIO	15.076.496	Destinados a 139	
VALOR CONTRATOS	3.392.103.136	TOTAL AFILIADOS 31.274	TOTAL UPS-S X AFILIADOS 3.392.103.136

FUENTE: Municipio de Buenaventura

PROYECCIÓN DE CÁLCULOS
ECONÓMICOS DE CONTRATACIÓN 1998
para 12 meses según acuerdo 55

TOTAL AFILIADOS		31.274	
			UPC-S VIGENTE 113.345
70% AFILIADOS		21.892	2.481.348.740
ICN	1.215.196.125	Destinados a 10.721	
FOSYGA 1	1.292.926.415	Destinados a 11.407	
30% AFILIADOS		9.362	1.063.425.459
SIT FISCAL	543.035.895	Destinados a 4.791	
FOSYGA 2	477.862.520	Destinados a 4.216	
ESF PROPIO	15.730.575	Destinados a 139	
VALOR CONTRATOS	3.544.751.530	TOTAL AFILIADOS 31.274	TOTAL UPS-S X AFILIADOS 3.544.751.530

FUENTE: Municipio de Buenaventura



FEDESARROLLO

FUNDACION PARA LA EDUCACION SUPERIOR Y EL DESARROLLO

FEDESARROLLO es una entidad colombiana, sin ánimo de lucro dedicada a promover el adelanto científico y cultural y la educación superior, orientándolos hacia el desarrollo económico y social del país.

Para el cumplimiento de sus objetivos, adelantará directamente o con la colaboración de universidades y centros académicos, proyectos de investigación sobre problemas de interés nacional.

Entre los temas de investigación que han sido considerados de alta prioridad están la planeación económica y social, el diseño de una política industrial para Colombia, las implicaciones del crecimiento demográfico, el proceso de integración latinoamericana, el desarrollo urbano y la formulación de una política petrolera para el país.

FEDESARROLLO se propone además crear una conciencia dentro de la comunidad acerca de la necesidad de apoyar a las Universidades colombianas con el fin de elevar su nivel académico y permitirles desempeñar el papel que les corresponde en la modernización de nuestra sociedad.