

PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS USUARIOS SOBRE EL RÉGIMEN
SUBSIDIADO DE SALUD EN COLOMBIA

MARÍA NUBIA HERNÁNDEZ VÁSQUEZ

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA
FACULTAD DE POSTGRADOS
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA
BOGOTÁ, D.C.
2011

PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS USUARIOS SOBRE EL RÉGIMEN
SUBSIDIADO DE SALUD EN COLOMBIA

MARÍA NUBIA HERNÁNDEZ VÁSQUEZ
No. Estudiantil 1027307

Investigación realizada para optar el título de especialista en Docencia
Universitaria

Directora
MARTHA ARENAS MOLINA
Magistra en Educación Universidad Javeriana

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA
FACULTAD DE POSTGRADOS
UNIDAD ACADÉMICA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA
BOGOTÁ, D.C.
2011

Nota de aceptación:

Aprobado.

Martha Araceli Molina

Firma Presidente del Jurado

Antonio Ferrer L.

Firma Presidente del Jurado

Firma Presidente del Jurado

Bogotá, D.C. 25 de Junio de 2011

CONTENIDO

RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
1. CONTEXTUALIZACIÓN.....	11
1.1 TÍTULO.....	11
1.2 LINEA DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.3 PROBLEMA.....	11
1.4 PREGUNTA.....	12
1.5 OBJETIVOS.....	12
1.5.1 GENERAL.....	12
1.5.2 ESPECÍFICOS.....	13
1.6 JUSTIFICACIÓN.....	13
2. MARCO REFERENCIAL.....	16
2.1 MARCO HISTÓRICO.....	42
2.2 MARCO LEGAL.....	45
2.3 MARCO TEÓRICO.....	47
2.4 MARCO CONCEPTUAL.....	58
3. METODOLOGÍA.....	63
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	63
3.2 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	63
3.3 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.....	63
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	64
5. CONCLUSIONES.....	79
BIBLIOGRAFÍA.....	80
Anexo A. Formato de encuesta.....	83

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Edad.....	64
Gráfica 2. Género	65
Gráfico 3. Nivel Educativo.....	66
Gráfica 4. Ingreso Mensual.....	67
Gráfica 5. Actividad Principal	68
Gráfica 6. Localidad de Residencia	69
Gráfica 7. Afiliación Régimen Subsidiado	70
Gráfica 8. Afiliación Empresa Promotora de Salud Subsidiada	71
Gráfica 9. Definición Régimen Subsidiado.....	72
Gráfica 10. Entidades de Atención en el Régimen Subsidiado.....	73
Gráfica 11. Dinero para Financiación Régimen Subsidiado	74
Gráfica 12. Definición Plan Obligatorio de Salud Subsidiado	75
Gráfica 13. Coberturas del Plan Obligatorio de Salud	76
Gráfica 14. Personas que son Afiliadas al Régimen Subsidiado	77
Gráfica 15. Entidad Responsable del Funcionamiento del Régimen Subsidiado ..	78

RESUMEN

Con el presente trabajo de investigación queremos mostrar el desconocimiento y la desinformación que tienen los usuarios, acerca del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia, partiendo de investigaciones llevadas a cabo por organismos, académicos e investigadores expertos en el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, desde sus inicios en el año 1993, hasta la actualidad.

Como podemos observar con meridiana claridad, tanto el Congreso de la República como el gobierno de turno, para la época de expedición de la Ley 100 de 1993, pretendieron lograr la cobertura universal de la población colombiana en materia de seguridad social, no solo para las contingencias derivadas de su salud, sino que en la precitada norma también se legisló para proteger el derecho a una vejez digna a través del sistema general de pensiones, así mismo, la ley fijo directrices para amparar los eventos generados por y con ocasión de las actividades laborales, a través del sistema general de riesgos profesionales.

Palabras claves: Régimen Subsidiado de Salud, Sistema General de Seguridad Social en Salud, población sin capacidad de pago, acceso a los servicios de salud, Estado, nivel encuesta SISBEN, Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, atención en salud, universalización del aseguramiento, EPSS, Planes de Beneficios, subsidios, UPC, percepción, cotizaciones, programas sociales, regimenes, población pobre y vulnerable, salud.

INTRODUCCIÓN

El régimen subsidiado de salud se encuentra definido en el artículo 211 de la ley 100 de 1993, como “un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad”.

El Régimen Subsidiado de salud, es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud, a través de un subsidio que ofrece el Estado.

Para poder afiliarse al Régimen Subsidiado de Salud, deben tener aplicada la encuesta Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios (SISBEN), la cual permite establecer el nivel en el que se encuentra. Dicha encuesta es la puerta de entrada a los programas sociales que ofrece el Estado para las personas con más necesidades. Dentro de esos programas se encuentra la salud a través del Régimen Subsidiado de Salud, que le permite obtener los servicios ofrecidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S).

La encuesta SISBEN es aplicada a nivel nacional por el Departamento Nacional de Planeación, a través de las Alcaldías Municipales o las oficinas de planeación, para el caso de Bogotá la encuesta la realiza la Secretaría Distrital de Planeación. Hacen parte del Régimen Subsidiado de Salud las personas identificadas en los niveles 1, 2 y 3 de encuesta SISBEN, que no se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo.

Igualmente, pueden afiliarse a este Régimen las personas que hacen parte de grupos especiales como los desmovilizados, indígenas, habitantes de la calle,

niños en protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, incluidos en los listados censales y los desplazados.

No pueden acceder al régimen subsidiado las personas que tienen vínculo laboral vigente, o quienes perciban ingresos o rentas suficientes para afiliarse al Régimen Contributivo, los pensionados o quienes sean beneficiarios de una persona afiliada al Régimen Contributivo o a cualquiera de los regímenes de excepción.

Las alcaldías, las gobernaciones y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, elaboran las listas de los potenciales beneficiarios del régimen subsidiado, clasificados en los niveles 1, 2 y 3 en la encuesta SISBEN y a través de los medios masivos de comunicación, señalan las fechas durante las cuales pueden acercarse a los sitios previamente definidos, las personas que tienen derecho, para que escojan libremente la empresa administradora del plan de beneficios del Régimen Subsidiado.

El POS-S, es el conjunto básico de servicios de atención en salud a los que tiene derecho todo afiliado al régimen subsidiado, el cual debe ser garantizado por las empresas encargadas de administrar los recursos del régimen subsidiado.

La reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud expedida el 19 de enero de 2011 (Ley 1438 de 2011), pretende la universalización del aseguramiento en salud, es decir, los colombianos tendrán que estar afiliados a uno de los dos regímenes existentes en el país, las personas que tienen capacidad de pago serán afiliadas al Régimen Contributivo y la población más pobre y vulnerable, al Régimen Subsidiado. También, establece la unificación de los Planes de Beneficios, en primer lugar, el de los niños y niñas y adolescentes y gradualmente cada dos (2) años será revisado, para ampliarlo.

1. CONTEXTUALIZACIÓN

1.1 TÍTULO: Percepción que tienen los usuarios sobre el régimen subsidiado de salud en Colombia.

1.2 LINEA DE INVESTIGACIÓN: Didáctica.

1.3 PROBLEMA: La mayoría de colombianos desconocen lo que significa el Régimen Subsidiado de salud, como funciona y que derechos les ampara, consideran que es igual al SISBEN, además, creen que es una obligación del Estado o un mecanismo a través del cual se subsidian medicinas que no cubren los planes tradicionales de salud.

Frente a la percepción del servicio, muchas personas lo consideran regular, malo y muy malo. Evidentemente mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud del régimen subsidiado ha sido una de las necesidades latentes que enfrenta el sistema de salud nacional, más cuando este régimen tiene una serie de limitaciones y exclusiones para acceder a los servicios y tratamientos, por cuanto tienen menos garantías en los servicios de salud y el plan de beneficios es inferior al que tienen las personas afiliadas al régimen contributivo o a los regímenes especiales.

Las metas previstas en la ley 100 de 1993, de igualación de coberturas y planes de beneficios, de ingresos y gastos del sistema, se estimaron sobre supuestos de crecimiento de la economía y de capacidad del mercado laboral que no se cumplieron (PIB, empleo, salario real). Se esperaba que cerca del 70% de la población total tuviera capacidad de pago y se afiliara al régimen contributivo, y que el 30% restante fuera beneficiaria del régimen subsidiado. La relación hoy es de cerca 40% régimen contributivo y 60% régimen subsidiado.

Así, la crisis de finales de los años noventa, el posterior aumento del desempleo y de la informalidad a niveles cercanos al 60%, unido a la falta de controles efectivos sobre la evasión y elusión, las fallas de regulación en aspectos relacionados con la operación y comportamiento de los agentes del sistema de salud; así como las debilidades del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, imposibilitaron cumplir las metas previstas. Esta situación generó una presión sobre el financiamiento del sistema, en especial sobre la subcuenta de compensación del FOSYGA, que administra el régimen contributivo, que contaría con menos contribuyentes. Por lo tanto, el financiamiento de los servicios de salud de la población no afiliada al régimen contributivo recae sobre las finanzas públicas tanto del orden nacional como del orden territorial.

Al respecto, el Gobierno nacional ha realizado grandes esfuerzos fiscales para garantizar el derecho a la salud de la población a través del régimen subsidiado. Así, con una inversión de cerca de 3,1 billones de pesos anuales, se han financiado 11,5 millones de afiliados adicionales al régimen subsidiado respecto a la meta prevista para el año 2001. Actualmente ha financiado 23,8 millones de cupos, aunque la meta es contar con 24,5 millones de personas afiliadas al régimen subsidiado.

1.4 PREGUNTA: ¿Qué percepción tienen los usuarios sobre el régimen subsidiado de salud en Colombia?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 GENERAL: Conocer cuál es la percepción que tienen los usuarios acerca del Régimen Subsidiado de salud en Colombia.

1.5.2 ESPECÍFICOS:

- Fundamentar teóricamente el concepto de percepción.
- Conocer en qué consiste el Régimen Subsidiado de salud en Colombia.
- Diseñar instrumentos de recolección de información acerca del Régimen
- Presentar informe de resultados sobre la recolección y análisis de la información.

1.6 JUSTIFICACIÓN: El régimen subsidiado de salud se encuentra definido en el artículo 211 de la ley 100 de 1993, como “un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad”.

Es importante que los usuarios sepan que el Régimen Subsidiado de Salud, es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

También es trascendental que la población conozca que, para poder afiliarse al Régimen Subsidiado de Salud, deben tener aplicada la encuesta SISBEN (Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios), la cual permite establecer en qué nivel se encuentra. Esta encuesta es la puerta de entrada a los programas sociales que ofrece el Estado para las personas con más necesidades. Dentro de esos programas esta la salud a través del Régimen Subsidiado de Salud, que le permite contar con los servicios ofrecidos en el POS-S.

La encuesta SISBEN es aplicada a nivel nacional por el Departamento Nacional de Planeación, a través de las Alcaldías Municipales o las oficinas de planeación,

para el caso de Bogotá la encuesta es realizada por la Secretaría Distrital de Planeación. Es pertinente que los usuarios conozcan que pueden hacer parte del Régimen Subsidiado de Salud las personas identificadas en los niveles 1, 2 y 3 de encuesta SISBEN, que no se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo.

Igualmente, pueden afiliarse a este Régimen las personas que hacen parte de grupos especiales como: desmovilizados, indígenas, habitantes de la calle, niños en protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, incluidos en los listados censales y los desplazados.

Es indispensable hacer saber a la población colombiana que, no tienen derecho al régimen subsidiado las personas que tengan vínculo laboral vigente, o quienes perciban ingresos o renta suficientes para afiliarse al Régimen Contributivo, los pensionados o quienes sean beneficiarios de otra persona afiliada al Régimen Contributivo o a cualquiera de los regímenes de excepción.

Las alcaldías, las gobernaciones y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, elaboran las listas de los potenciales beneficiarios del régimen subsidiado, clasificados en los niveles 1, 2 y 3 en la encuesta SISBEN y a través de los medios masivos de comunicación, señalan las fechas durante las cuales pueden acercarse a los sitios previamente definidos las personas que tienen derecho, para que escojan libremente la empresa administradora del plan de beneficios del Régimen Subsidiado.

El POS-S es el conjunto básico de servicios de atención en salud a las que tiene derecho todo afiliado al régimen subsidiado, el cual debe ser garantizado por las empresas encargadas de administrar los recursos del régimen subsidiado.

La nueva reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud expedida el 19 de enero de 2011, pretende la universalización del aseguramiento en salud, es decir, los colombianos tendrán que estar afiliados a uno de los dos regímenes existentes en el país, las personas que tienen capacidad de pago serán afiliadas al Régimen Contributivo y la población más pobre y vulnerable, al Régimen Subsidiado.

También, la Ley 1438 de 2011 establece la unificación de los Planes de Beneficios, en primer lugar, el de los niños y niñas y adolescentes y gradualmente cada dos (2) años será revisado, para ampliarlo.

Si los usuarios conocieran ¿qué es el Régimen Subsidiado de Salud?, ¿cómo opera?, ¿qué beneficios tiene?, estuvieran bien informados acerca de la importancia que tiene y los servicios que presta, se terminaría el innumerable grupo de personas que no pertenecen a ningún sistema de afiliación (participantes vinculados), quienes siguen considerando que en los hospitales públicos los atenderán de manera gratuita, cuando lleguen a necesitar un servicio de urgencia, no accediendo por ende a los programas de promoción y prevención, permitiendo que el presupuesto asignado para los subsidios sea utilizado por el gobierno de turno, para fines diferentes, coadyuvando la corrupción administrativa.

2. MARCO REFERENCIAL

A continuación son presentados algunos apartes de las investigaciones y estudios realizados por diferentes organismos y estudiosos del tema relacionado con el Régimen Subsidiado en Colombia, sus beneficios, inconvenientes de tipo administrativo y financiero y, alternativas de solución.

TÍTULO: Evaluación del Sistema General de Seguridad social en Salud y del Sistema General de Riesgos Profesionales durante los últimos 10 años.

AUTOR: Oficina de Asistencia Técnica Legislativa del Congreso de la República 2003.

La creación del régimen subsidiado de salud es sin dudarle un gran logro pues hoy agrupa a 11.7 millones de personas pobres, con gran presencia en los municipios pequeños y pobres, que tienen garantizado el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, hay problemas que pueden ser corregidos, como:

- La no democratización de las ARS.
- Las moras en los pagos.
- Dificultades en el funcionamiento de las redes públicas de los municipios pequeños pobres y marginados.

La Ley 100 de 1993 creó la figura de las Empresas Sociales del Estado como estructura jurídica para que operaran los hospitales en forma más eficiente y competitiva. Desafortunadamente la norma estableció requisitos administrativos muy útiles en los grandes hospitales pero que resultan muy costosos de cumplir en los hospitales pequeños y del primer nivel de atención. Existen exigencias de

personal administrativo excesivo para hospitales pequeños y hay procesos de facturación de los servicios muy complejos.

Esta situación amerita una intervención que genere un cambio normativo en beneficio de las redes públicas de los municipios pequeños pobres y marginados, lo cual implica:

- Autorizar redes públicas en municipios pequeños.
- Simplificar las normas de las ESE para municipios pequeños.
- Simplificar requisitos esenciales para municipios pequeños.
- Flexibilizar escalas salariales y crear incentivos.
- Mantener parcialmente subsidios de oferta.

Para el desarrollo de ambas propuestas los cambios implican adicionar, reglamentar o modificar las Leyes 100 de 1993 y 715 de 2001¹.

Se destaca que a raíz de la implementación de la Ley 100 de 1993 se han logrado importantes avances en cobertura de la seguridad social en salud y, a través del régimen subsidiado de salud se ha llegado a un porcentaje significativo de la población pobre. Sin embargo, el sistema de seguridad social aún adolece de problemas graves que es necesario entrar a solucionar si se desea que el sistema logre los objetivos propuestos de cobertura universal, calidad en la oportunidad y aumento de la eficiencia.

Los resultados de la cobertura, equidad y eficiencia en salud sobre la población pobre y vulnerable posiblemente, primero, no hubieran sido mejores sin el modelo de aseguramiento y, segundo, la conciencia de las personas sobre un derecho ha cambiado las relaciones y cercanía Estado – ciudadano.

¹ Evaluación del Sistema General de Seguridad social en Salud y del Sistema General de Riesgos Profesionales durante los últimos 10 años. Oficina de asistencia técnica legislativa del Congreso de la República, octubre de 2003.

En términos de financiamiento y organización institucional, luego del Acuerdo 244 del CNSSS y la Ley 715/01 los resultados muestran mejoras en acceso y prestación. Frente a las funciones de compra (intermediación) y prestación de servicios aún quedan alternativas para mejorar su regulación.

TÍTULO: El futuro de la Salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años

AUTOR: Iván Jaramillo Pérez, 1999.

No existe consenso entre los análisis sobre estos conceptos, pues para unos el subsidio a la demanda se usa cuando se entrega un bono a una persona o a una entidad para su manejo colectivo; para otros este tipo de subsidios existe cuando el Estado cofinancia a los usuarios para adquirir un servicio y se causa al momento de demandarlo y recibirlo en forma gratuita total o parcialmente.

Dentro de la segunda concepción, el subsidio a la oferta se causa cuando se financian entidades y específicamente sus presupuestos de nómina, medicamentos y gastos generales sin que exista una conexión necesaria entre los pagos a factores y los servicios prestados.

Dentro de esta perspectiva, los subsidios a la oferta son entonces transferencias incondicionales del fisco a las entidades públicas que se causan cuando éste aprueba su presupuesto en forma independiente del volumen, calidad y costos de la prestación de los servicios y son conocidos además como auxilios cuando las entidades son privadas².

² El futuro de la Salud en Colombia Ley 100 de 1993 Cinco años después. Cuarta Edición 1999. Iván Jaramillo Pérez.

Una forma de dirimir el conflicto sería establecer que al momento de transferir una capitación a una administradora del régimen subsidiado entonces se está creando un subsidio a la demanda potencial y cuando la administradora paga al proveedor se está generando un subsidio a la demanda efectiva. De todas maneras, un importante aporte del neoliberalismo es indudablemente el desarrollo del concepto de los subsidios a la demanda, con el cual se espera lograr una mejor focalización de los recursos fiscales hacia la población más pobre y vulnerable, así como nuevas formas de participación comunitaria, se promoverá un manejo más eficiente de los hospitales y se hará efectivo el sistema de aseguramiento para que quien provea no corra con riesgos financieros.

TÍTULO: Sostenibilidad financiera del Régimen Subsidiado en Salud.

AUTOR: Departamento Nacional de Planeación, Diana Isabel Cárdenas Gamboa 2000.

Financiamiento del régimen subsidiado: El sector salud en general, el régimen subsidiado en particular, no escapan a los problemas macroeconómicos del país. Factores como el desempleo, el crecimiento salarial por debajo de la inflación, la recesión para los cotizantes independientes del régimen contributivo, la evasión y la elusión de aportes a la seguridad social, han disminuido el crecimiento de recursos de la subcuenta de solidaridad para el régimen subsidiado. Lo que explica en parte la desaceleración de la cobertura en los últimos años.

En relación con las fuentes de la nación, la Ley 715 del 2001 modificó la disponibilidad de recursos, en la medida en que las transferencias para salud deberán seguir la tendencia decreciente de la inflación, en lugar de la tendencia creciente de los ingresos corrientes de la nación, que se venía aplicando. Con esta medida es posible sostener los afiliados actuales, pero la ampliación de la

cobertura por esta fuente se limita a los puntos porcentuales pactados por encima de la inflación.

Por otro lado, sobresale el hecho de que no se está destinando al financiamiento del régimen y los porcentajes estipulados por las leyes vigentes. En el agregado nacional, la mayor participación proviene del FOSYGA, mientras que en el municipal son los recursos de participación en ingresos corrientes de la nación (PICN). Antes de buscar nuevas fuentes o aumentar la participación con destinación a salud, se deben revisar los traslados efectivos de lo destinado por la ley. Otra limitación para el mejor rendimiento de los recursos es que se mantienen en forma simultánea los subsidios de oferta y de demanda, con una competencia por los escasos recursos del sistema. En términos prácticos, esto limita en forma grave el acceso de las personas pobres sin aseguramiento actual.

El financiamiento del régimen debe buscar alternativas diferentes a la de los recursos del Estado. En este sentido, el programa exploró la opción de subsidios parciales, en los cuales la población vinculada al sistema y con ingresos familiares inferiores a \$ 500.000 mensuales, podría asumir entre el 22% y el 48% del valor de la unidad de pago por capitación subsidiada.

El análisis de los costos de transacción de los recursos del régimen mostró que este valor asciende hasta un 6% de su valor total, debido principalmente a la mora en el flujo para llegar a las EPS'S. La ausencia de penalización por mora y los bajos costos de administración del dinero en las entidades financieras, mientras generan rendimientos importantes, son incentivos perversos para un flujo oportuno.

A pesar de lo anterior, es relevante aclarar que en algunos de los casos estudiados la mora en los pagos a las EPS'S no es imputable al ente territorial o al

flujo de los recursos en el ámbito nacional, sino a la propia gestión de las EPS´S en la radicación de las cuentas. Aunque se encontró una gran variación en la responsabilidad de las EPS´S en la norma, con el tiempo estas entidades han mejorado sus procesos.

El hecho de que los recursos financieros del régimen provengan de múltiples fuentes lo convierte en un proceso complejo para la administración municipal y genera mayores posibilidades de uso inadecuado. Esta condición afecta principalmente a los municipios centralizados que dependen del trámite departamental. Al respecto el programa considera que se deben explorar alternativas, como la de un fondo único que los recaude y los distribuya. La complejidad del manejo del régimen subsidiado requiere unos procesos de planeación y de operación financiera óptimos.

La primera condición generalmente ausente, debe abarcar todos los pasos del proceso financiero e iniciar la recepción de los recursos, su manejo eficiente, su redistribución equitativa, la aplicación de incentivos para generar recursos adicionales destinados a la ampliación de la cobertura, así como una adecuada programación de pagos de los entes territoriales a las EPS´S y de éstas a sus redes de prestadores.

La falta de herramientas técnicas que promuevan el mejor desempeño de cada uno de los actores del sistema, es una barrera de importancia para que el régimen subsidiado supere sus grandes retos: el financiamiento y la afiliación de la población de oferta y demanda daría como resultado una situación óptima, desde el punto de vista económico.

Sin embargo, en la actual situación de mercado de aseguramiento, existen problemas desde la oferta y desde la demanda, que hacen necesario identificar

estas falencias para que por medio de la intervención del Estado se le de adecuado manejo.

Una de las grandes conclusiones del estudio es que el peor escenario posible es continuar indefinidamente en un periodo de transición que, entre otros factores, es causa y efecto de la indefinición actual del régimen. Esta situación es evidente en el marco normativo, cuando observamos las normas que lo regulan como un modelo de administración pública, mientras que el marco legal y otras normas lo definen y lo regulan como un modelo de aseguramiento.

Modelo dual para la operación del régimen subsidiado: Se propone implementar un modelo dual que considere las alternativas de operación del régimen subsidiado con ayuda tanto de un modelo de aseguramiento, en todas aquellas regiones donde la configuración del mercado lo permita, como de un modelo de administración, para aquellas regiones de excepción, que no cuentan con las condiciones mínimas para este tipo de operación y con alternativas diferentes de los modelos de prestación.

El desarrollo de cada uno de estos modelos requiere ajustes en la normatividad y en las estrategias de operación, que deben integrarse a la legislación para que se logre el desarrollo correcto e integral deseado.

Focalización de los subsidios: La focalización de población, estrategia para la entrega de los subsidios, debe convertirse en un proceso de certificación de los beneficiarios potenciales y determinar, por medio del instrumento SISBEN, el grado de pobreza de las personas y sus posibilidades de acceso al sistema por otras vías. Una vez clasificados, es necesario aplicar los criterios de priorización de acuerdo con el alcance de los recursos disponibles para subsidios a la demanda. Adicional y paralelamente, el ente territorial debe llevar a cabo su

proceso de planeación, el mantenimiento de la base de datos y el reporte y cruce de información en el ámbito departamental y nacional, para validar la correcta entrega de estos subsidios.

Tanto el sistema de focalización como sus herramientas deben ser ajustados, a fin de responder con mayor exactitud y oportunidad a los requerimientos del sistema, lo que puede requerir la revisión de los criterios actuales de selección de beneficiarios, la periodicidad de la focalización, el cruce de base de datos de SISBEN con los del sector financiero y el régimen contributivo y la responsabilidad del usuario para demostrar sus derechos por primera vez y en forma periódica³.

Aunque estas propuestas pueden implicar el cambio de paradigmas o de costumbres fuertemente arraigadas, se justifica porque el objetivo del sistema es la salud de los ciudadanos y no sus instituciones, ya sean operadores o rectores.

Todas las instituciones del Estado deben responder por la indefinición y por la inestabilidad del marco normativo, que ha dado como resultado un clima de incertidumbre que afecta la operación del sistema; los entes territoriales, además de ver superada su capacidad técnica para un buen desarrollo del sistema, se han visto enfrentados a conflictos de intereses por superposición de funciones frente al usuario, las EPS'S y la red prestadora; las EPS'S, por su parte desarrollaron una cierta capacidad de reacción, pero muchas han fracasado por una débil gestión que se debate entre el aseguramiento y la administración de recursos públicos; los pocos avances de los prestadores para transformarse en Empresas Sociales del Estado y desprenderse de los subsidios de oferta, han afectado la disponibilidad de recursos para el aseguramiento; por último, los usuarios reconocen cada vez

³ Departamento Nacional de Planeación. "Sostenibilidad financiera del Régimen Subsidiado en Salud". Diana Isabel Cárdenas Gamboa. Agosto de 2000.

más las bondades del sistema, pero desconocen sus deberes y obligaciones para con él.

Estas condiciones son muestra de algunos de los problemas del sistema, evidencian la urgencia de tomar decisiones integrales en diferentes campos, para hacer viable la operación.

En primer lugar, tiene que definirse si el régimen subsidiado se maneja mediante un modelo de aseguramiento del riesgo en salud o uno de administración de recursos públicos. No puede seguir siendo una combinación improvisada de los dos y tratar de funcionar en un mismo mercado.

En segundo lugar, es esencial el desarrollo de unos sistemas de información que permitan observar y evaluar el sistema en todos sus ámbitos (normativos, financieros, asistenciales etc.), a fin de ver cómo responden a sus obligaciones y cuáles son las necesidades reales de ajuste, antes de implementar medidas desordenadas, ambiguas o incompletas que contribuyen a desvirtuar el SGSSS.

En tercer lugar, se deben buscar nuevos sistemas y fuentes de financiación para lograr la cobertura universal, con la cual, además de lograr el objetivo social, se da solución a diferentes problemas operativos del SGSSS.

En cuanto a la financiación del sistema, el subsidiado parcial es una alternativa diferente a las ensayadas hasta ahora, con dos componentes interesantes: aumenta la participación y la solidaridad de los beneficiarios en la medida de sus posibilidades y fomenta la cultura de aseguramiento entre la población, lo que puede ayudar a proteger el SGSSS.

TÍTULO: Diez años de la ley 100 de 1993. Seguridad social en Colombia.

AUTOR: Iván Jaramillo Pérez. Noviembre de 2003.

El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado POS-S. Para los afiliados al régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñó un Plan Obligatorio de Salud que en su punto de partida sólo incluyó servicios de salud, y daba así prioridad al primer nivel de atención por un valor equivalente al 50% del POS contributivo. No obstante, en forma progresiva se han venido adicionando los servicios más frecuentes del segundo y tercer nivel, e incluso se ha introducido un “reaseguro” para enfermedades de alto costo⁴.

En el periodo de transición, la población del régimen subsidiado debe obtener los servicios hospitalarios no incluidos en el POS-S en los hospitales públicos del subsector oficial de salud y en los hospitales privados con los cuales el Estado tiene contrato de prestación de servicios.

Con la expedición de la Ley 100 de 1993 no se solucionaron los inconvenientes que venía padeciendo la población más pobre y vulnerable del país, por el contrario, la diferencia entre el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo abrió la brecha para que se incrementaran las barreras de acceso a los servicios de salud, toda vez que, algunas patologías no fueron incluidas en el POS Subsidiado, como tampoco procedimientos e intervenciones, originando una desigualdad que contraria los preceptos constitucionales, viéndose avocados los usuarios a interponer acciones de tutela para que les fueran garantizados ante su imposibilidad económica para costearlos.

TÍTULO: Evaluación Financiera del Régimen Subsidiado de Salud.

⁴ Fasecolda “10 años de la ley 100 de 1993”. Seguridad social en Colombia. Iván Jaramillo Pérez Noviembre de 2003

AUTOR: Federación Colombiana de Municipios. Iván Jaramillo Pérez. Noviembre de 2003.

Presupuesto del Régimen Subsidiado de Salud año 2002. El año 2002 se caracterizó por ser el primer año de la puesta en operación de la ley 715 de 2001 y por el proceso de preparación de la reforma del Régimen Subsidiado que solo se materializaría en el año siguiente mediante los acuerdos 244 de 2003 y el Decreto 050 del mismo año. La ley 715 de 2001 impacto al Régimen Subsidiado de Salud porque entregó todo el manejo de la contratación y la financiación a los municipios, así como la gestión de los programas de prevención y promoción; y exigió la toma de medidas para simplificar y acelerar el flujo de los recursos financieros.

Específicamente para acelerar el flujo de los recursos se eliminó la intermediación de los Departamentos y los contratos tripartitos (según recomendación del estudio de la Universidad Nacional), de otra parte se cambiaron los giros bimensuales por mensuales en el Sistema General de Participaciones y se obligó al manejo de todos los recursos en cuentas separadas mediante los Fondos Locales de Salud creados mediante la ley 10 de 1990. En virtud de las facultades extraordinarias otorgadas por esta ley se expidió el Decreto 1281 del 2002 por el cual se estableció el sistema de pago de intereses de mora y se simplificó el sistema de requisitos para el pago de facturas.

Como consecuencia inmediata de estas medidas la estructura de cobros de las UPC - S a las entidades territoriales se vio reducida en treinta y seis días, pasando de 166 días en cartera a 130 días según se desprende del análisis de los estados financieros de las siete ESS. Además se produjo drástico cambio en el manejo de la prevención y promoción y por esta razón se estableció el giro de los recursos de promoción y prevención a los municipios, que el CNSSS, fijo en 4.01 % de la UPC

– S, y el impacto registrado en los estados financieros de las administradoras significó incrementar los gastos en estos rubros a razón de un + 25% nominal y + 18% real (sin inflación).

Dentro de la reglamentación que se expidió durante el año 2003 se encuentra, el Acuerdo 244 del CNSSS, el cual incorporó ajustes a la operación del Régimen Subsidiado, sobresaliendo entre otras, la conformación de regiones de aseguramiento, ampliación de los grupos de población prioritaria para la afiliación como los recién nacidos hijos de padres no afiliados, población en condiciones de desplazamiento forzado por la violencia y menores de cinco años.

Este mismo Acuerdo modificó el proceso de afiliación y traslado entre las administradoras del Régimen Subsidiado el cual fortalece el derecho a la libre elección y genera mecanismos de control a la asignación de subsidios a la demanda. Así mismo el Ministerio en conjunto con las entidades territoriales ha avanzado en la conformación de la base de datos única de afiliados al Régimen Subsidiado y en la depuración de multicasos (multiafiliados e información por actualizar), que permita alcanzar una información de calidad y confiabilidad para el sistema; constituyéndose, junto con las bases de datos de población priorizada en un instrumento fundamental en el control a la asignación de los subsidios a la demanda.

No obstante los éxitos conseguidos en el Régimen Subsidiado, no se puede ocultar que:

- Entre los afiliados hay un 25% de “colados”, no pobres, según el DNP.
- El Fosyga retiene anualmente recursos de solidaridad, en beneficio de Minhacienda, que podrían financiar 668.386 afiliados más.

- La pérdida de cobertura del Régimen Contributivo disminuyó también la cobertura potencial del Régimen Subsidiado en 692.357 afiliados con recursos de solidaridad.
- En forma agregada se han perdido 1'360.000 cupos potenciales en el R. Subsidiado.
- La expansión del Régimen Subsidiado se ha hecho sobre la base de las participaciones constitucionales de los municipios en los ingresos corrientes, las cuales ponen el 70% del financiamiento del RS y el Fosyga el 30% restante.
- Finalmente hay que advertir del impacto negativo que podría tener el nuevo recorte de las transferencias a los municipios que se está fraguando para cubrir el déficit fiscal y que afectara al Régimen Subsidiado.

La población de 11.444.003 personas continuó asegurada en la contratación que se inició en el año 2003, finalizando el 30 de septiembre del mismo año. En marzo de 2003 se amplió la cobertura en 323.353 afiliados financiados con los recursos del Sistema General de Participaciones destinados por la Ley 715. Al finalizar el año 2003, según el informe al Congreso, se lograrían 200.000 nuevas afiliaciones financiadas con recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga, los cuales se encontraban sujetos a la aprobación de la ley de adición presupuestal que estaba en trámite de presentación a consideración del Congreso de la República⁵.

TÍTULO: Financiamiento del desarrollo. Unidad de estudios especiales.

AUTOR: CEPAL. Secretaria Ejecutiva Santiago de Chile, mayo de 2001.

⁵ Federación Colombiana de Municipios. "Evaluación Financiera del Régimen Subsidiado de Salud" Investigador: Iván Jaramillo Pérez. Noviembre de 2003

Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Las reformas a los sistemas de salud en el mundo, están a la orden del día; los desafíos que enfrentan los formuladores de política en casi todo el país, son bastantes similares: hacer un sistema de salud en el que tanto la financiación como la prestación de servicios de salud sean equitativos; buscar un mejoramiento en la eficiencia tanto en la financiación como en el gasto sectorial; mejorar la calidad de los servicios de salud y lograr sistemas que sean viables y sostenibles financiera y políticamente (Hsiao, 1998).

El sistema de salud colombiano es uno de los que han iniciado el camino de la reforma, desde la sanción de la ley 100 de 1993, mediante la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Uno de los aspectos que más preguntas ha generado, es el de la equidad; en este sentido, aunque la cobertura de aseguramiento se incrementó sustancialmente, encontrándose las mayores ganancias en los quintiles de ingresos más bajos, aún no es claro si el acceso efectivo a los servicios de salud ha mejorado de la misma manera, como consecuencia de la mayor cobertura de aseguramiento, a pesar de que antes de la reforma existía el mismo sistema de aportes proporcionales a los ingresos, y que implicaba una redistribución en la carga financiera entre enfermos y sanos y entre ricos y pobres, el nuevo sistema busca incrementar el efecto redistributivo mediante la creación del punto de solidaridad.

En efecto, una doceava parte del aporte de los empleados para la seguridad social en salud se canaliza vía fondo de solidaridad, (Subcuenta de solidaridad) hacia el financiamiento de la población sin capacidad de pago, lo que se constituye en la innovación más importante del nuevo esquema de seguridad social en salud⁶.

⁶ CEPAL Financiamiento del desarrollo. Unidad de estudios especiales. Secretaria ejecutiva Santiago de Chile, mayo de 2001

No obstante, el financiamiento del nuevo sistema de salud no está garantizando, y no es posible asegurar que en el año 2001, tal como lo prevé la ley 100 de 1993, la totalidad de la población esté en alguno de los dos sistemas de aseguramiento, bien sea en el Régimen Contributivo en caso de los trabajadores formales, pensionados e independientes con capacidad de pago y sus respectivos grupos familiares, o bien en el Régimen Subsidiado en el caso de los trabajadores informales, independientes sin capacidad de pago o desplazados y sus respectivos grupos familiares.

De otra parte, se presentaron problemas con la calidad de la información en el proceso de aplicación del SISBEN, que dieron lugar a que muchas familias no pobres fueran clasificadas como pobres (falsos positivos), y a la inversa, que muchas familias que eran realmente pobres no fueran clasificadas como tales (falsos negativos).

La manipulación en la aplicación de la herramienta con fines políticos también ha influido en los malos resultados. En este sentido, un informe de la Contraloría General de la República (1999) llama la atención sobre las irregularidades en el proceso de identificación y calificación de los pobres, lo que ha permitido que personas no elegibles obtengan subsidios en salud.

TÍTULO: La Crisis hospitalaria

AUTOR: Documento Conpes 3204. Noviembre 6 de 2002.

La crisis hospitalaria ha sido la constante antes y después de la reforma introducida con la ley 100 de 1993. Las principales causas que tienen hoy a la mayoría de los hospitales públicos ante una grave situación financiera son resultado de situaciones y manejos que no pasan sólo por la eventual falta de

financiación, sino por diferencias de gestión financiera y administrativa por parte de estos.

Como consecuencia, los hospitales públicos vienen acumulando grandes pasivos y déficit en los últimos años. Entre los principales pasivos se cuentan las obligaciones laborales que incluyen prestaciones sociales, las deudas con proveedores de bienes y servicios, y las obligaciones financieras, parafiscales e impositivas⁷.

El imponente crecimiento del gasto hospitalario es especialmente grave porque el sector asigna hoy más recursos a los hospitales públicos que antes de la reforma a pesar de que más de la mitad de la población pobre se encuentra hoy afiliada al régimen subsidiado. Esta situación genera un deterioro claro en la eficiencia conjunta del sector hospitalario público que se ve reflejada en el aumento del valor per cápita de los subsidios de oferta, al tiempo que disminuye el número de personas a atender con estos recursos debido a su afiliación al régimen subsidiado.

TÍTULO: Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes 2002 – 2003.

AUTOR: Consejo Nacional de Seguridad Social en salud. Julio de 2003.

Afiliación. Se destaca en esta vigencia la garantía, entre continuidad y ampliación de cobertura, de la afiliación al Régimen Subsidiado de 11.444.003 personas clasificadas por la encuesta del Sistema Nacional de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) en los niveles 1 y 2 y focalizada a través del listado

⁷ Documento Conpes 3204. Noviembre 6 de 2002

censal como es el caso de la población indígena y otros grupos vulnerables, los cuales representan una cobertura del 70% de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), y corresponden al 46.5% de la población total afiliada al Sistema General de Seguridad Social.

Esta población continuó asegurada en la contratación que inició el primero de abril de 2003 y finalizó el 30 de septiembre del mismo año. En marzo de 2003 se amplió la cobertura en 323.353 afiliados financiados con los recursos del Sistema General de Participaciones destinados por la Ley 715.

Al finalizar el año 2003 se estimó que se lograrían 200.000 nuevas afiliaciones financiadas con recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga, los cuales se encontraban sujetos a la aprobación de la ley de adición presupuestal que se presentará a consideración del Congreso de la República⁸.

Con el objetivo de incrementar las coberturas en el Régimen Subsidiado se gestionó la consecución de nuevos recursos para el sistema que permitieran garantizar la sostenibilidad de la ampliación de coberturas en zonas deprimidas, como es el caso de las zonas de rehabilitación y los municipios que cuentan con coberturas por debajo del promedio nacional.

Así mismo el Ministerio en conjunto con las entidades territoriales avanzó en la conformación de la base de datos única de afiliados al Régimen Subsidiado y en la depuración de multicasos (multiafiados e información por actualizar), que permita alcanzar una información de calidad y confiabilidad para el sistema; constituyéndose, junto con las bases de datos de población priorizada en un instrumento fundamental en el control a la asignación de los subsidios a la demanda; se esperaba el ingreso de nuevos afiliados, una vez se aplicara el

⁸ Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes 2002 – 2003 Bogotá D.C., Julio de 2003

procedimiento previsto en el Acuerdo 244 del CNSSS para la solución de los casos de multifiliación por cuanto se liberan subsidios.

TÍTULO: Inconvenientes del Régimen Subsidiado.

AUTOR: Dr. Diego Palacio Betancourt, Ministro de la Protección Social Abril 24 del 2004.

Dentro de este tema encontramos que hay multivinculación o lo que conocemos como multifiliación, que quiere decir por ejemplo que Diego Palacio esta en varias listas de distintas aseguradoras, en el fondo yo no puedo tener acceso a más servicio, lo que estoy haciendo es quitándole la oportunidad a otro colombiano para que venga a ocupar ese puesto demás que yo estoy ocupando en la lista.

Otro problema es la mala calidad de atención que en algunas zonas las aseguradoras están prestando a los usuarios, esto se debe entre otras cosas a que tenemos una población con poca información sobre los derechos que poseen, se presenta otra dificultad y es que en las Alcaldías no han actualizado las bases de datos de los afiliados entonces por ejemplo en un municipio hay 4.000 afiliados y la base de datos que nos envían solo reporta 1.800 a 2000, necesitamos que los Alcaldes muy ayudados por la población nos envíen la información completa para poder hacer los hilos de los recursos necesarios⁹.

Las personas que se trasladan de un municipio a otro, o del Régimen Subsidiado al Contributivo, o viceversa, sin realizar los trámites necesarios para su desafiliación, perjudican no solo al Sistema General de Seguridad Social en Salud,

⁹ Dr. Diego Palacio Betancourt Ministro de la Protección Social Abril 24 del 2004

sino a las personas que no alcanzan a obtener un cupo para ser beneficiarias del Régimen Subsidiado, por tanto, la propuesta es una depuración de las bases de datos y un sistema de información confiable a nivel nacional.

TÍTULO: Eufemismos: la solidaridad para hacer la insolidaridad. Efectos de la solidaridad.

AUTOR: Periódico para el sector de la salud El Pulso. Mayo 11-2004

No podemos engañarnos pensando que el punto de solidaridad es beneficioso para congelarlo y mucho menos para sustituir el *pari passu*, porque con ello se desvirtúa su fundamento redistributivo. La solidaridad que se está haciendo no es con la población pobre sino con el Ministerio de Hacienda, permitiéndole que irrigue otros sectores de la economía, beneficiarios de los impuestos que no recibe salud. Lo que si tiene sentido es mantener el recaudo del punto de solidaridad con el convencimiento de que los dineros sí deben ejecutarse, acordando nuevas posturas económicas que si ven en el sector de la salud un beneficio, permitiendo un mejor nivel de gasto del PIB en salud.

Pero como sabiamente decía Murphy: “lo peor puede empeorar”. Ahora también hay iniciativas para convertir la Subcuenta de promoción y prevención en una Subcuenta de “salud pública”, dejando en hombros del salario cada vez más precario de los trabajadores un asunto que es de carácter eminentemente oficial. Tengo que aclarar, eso sí, que esta no es una iniciativa del gobierno y que es bien intencionada. Infortunadamente, abriría una puerta para que ahora ni siquiera se paguen las campañas directas con recursos fiscales, ni la vacunación, y para que se retiren las escasas fuentes de inversión o funcionamiento dedicadas a los programas.

Hay que advertir que ahora las vacunaciones están financiadas con crédito externo y que hace unos años estaban celosamente consignadas en el presupuesto de la nación. Naturalmente, a muchos les caería de perlas que estas responsabilidades las asumiera la famosa Subcuenta de salud pública. Y si no, ¿para qué una subcuenta con ese nombre? Sería preferible no hacer esta guerra de pobres contra pobres, quitándole los recursos de promoción a los afiliados del régimen contributivo.

Además, el asunto no es novedoso. Con esos fondos ya se han pagado vacunaciones, aunque esas son cosas que no deben ser ni prosperar, porque en general menoscaban la financiación total del sector. La vacunación debería estar asegurada con recursos distintos de los aportes parafiscales.

Y por supuesto, vale la pena preguntarse: ¿Cómo es posible imaginarse el retiro del servicio en salud oral del POS luego que los empleados pagan todo lo suyo, lo de los que ganan menos, lo de los pobres, y a veces lo de salud pública, mientras se sustituye el *pari passu* con sus aportes y luego además se congelan los fondos de solidaridad?¹⁰.

No va a tardar mucho para que los empleados y las mismas EPS comiencen a pedir su doceava de vuelta, luego de que: a) los incrementos de copagos y cuotas moderadoras no alcancen para cubrir los costos de la transición epidemiológica y demográfica, que está en aumento y empeorará, y b) el efecto de la apertura económica regional que se avecina, nos expondrá al abaratamiento del empleo formal asociado a la competencia indirecta con la mano de obra china, en donde el salario mínimo apenas sobrepasa \$180.000 pesos colombianos.

¹⁰ Periódico para el sector de la salud. El Pulso Eufemismos: la solidaridad para hacer la insolidaridad. Mayo 11-2004

Además de estos existen otros argumentos de orden jurídico que no es mi intención presentar, pero que pueden consultarse. En resumen, hay que tomar este tema con calma, evaluando si el nivel impositivo es adecuado, si estos recursos pueden ejecutarse y sobre todo, el punto de solidaridad se debe justificar como tal, evitando que la idea de la solidaridad se desnaturalice y pierda su legitimidad.

TÍTULO: Unificación y ampliación de los Planes de Beneficios.

AUTOR: Corte Constitucional, Sentencia de Revisión T 760 de 2008.

La Corte estima que después de 15 años de haber sido expedida la Ley 100 de 1993, es constitucionalmente inadmisibles que no se haya previsto superar la desigualdad entre el plan subsidiado y el contributivo y que esta diferencia es más gravosa para los menores de edad. El Estado ha desconocido el derecho a la salud de las personas beneficiarias del régimen subsidiado, por cuanto no existen actualmente programas ni cronogramas que muestren un esfuerzo para avanzar en ese sentido.

En consecuencia, se ordenará a la Comisión de Regulación en Salud unificar los planes de beneficios para los niños y las niñas del régimen contributivo y del subsidiado, teniendo en cuenta los ajustes necesarios a la UPC subsidiada de los niños y las niñas para garantizar la financiación de la ampliación en la cobertura. En caso de que para esa fecha no se hayan adoptado las medidas necesarias para la unificación del plan de beneficios de los niños y las niñas, se entenderá que el plan obligatorio de salud del régimen contributivo cubre a los niños y las niñas del régimen contributivo y del régimen subsidiado (ver apartado 6.1.2.1.).

También se ordenará a la Comisión de Regulación en Salud que adopte un programa y un cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes

de beneficios del régimen contributivo y del régimen subsidiado teniendo en cuenta: (i) las prioridades de la población según estudios epidemiológicos, (ii) la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y las demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente (ver apartado 6.1.2.2.). Dicho cronograma deberá contemplar la unificación para la fecha en la que indique el mismo regulador, salvo razones imperiosas e insuperables específica y cuidadosamente sustentadas.

Periódicamente deberá presentar un informe a la Defensoría del Pueblo con la periodicidad que allí mismo se señale que deberá incluir: (i) un programa; (ii) un cronograma; (iii) metas medibles; (iv) mecanismos para el seguimiento del avance y (v) la justificación de por qué se presentaron regresiones o estancamientos en la ampliación progresiva de la protección del derecho a la salud¹¹.

En la Sentencia proferida por la Corte Constitucional, previa revisión de un sinnúmero de casos de acciones de tutela interpuestas por los usuarios tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado, evidenció el “irrespeto” al derecho de salud por parte de las aseguradoras, los prestadores y demás actores del sistema, por lo que con base en los tratados internacionales en el precitado fallo elevó la salud a la categoría de derecho constitucional fundamental, protegiéndolo de tres formas:

La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad;

¹¹ Sentencia de Revisión T 760 de 2008. Corte Constitucional. Año 2008.

La segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado;

La tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna.

TÍTULO: El sistema actual de salud, entre el crecimiento y la corrupción.

AUTOR: María Teresa Ronderos. 2007.

Cuando se aprobó la ley que hace más de una década dio origen al sistema de salud colombiano, se hacían bromas acerca de cómo el único que entendía la enrevesada estructura que emergió era el entonces Ministro de Salud, Juan Luis Londoño (creador del actual sistema de salud colombiano fallecido en un accidente aéreo el 11 de febrero de 2003, cuando repitió ministerio en el gobierno de Álvaro Uribe).

A pesar de lo complicado, el sistema una mezcla del modelo privatizado de Chile con los tradicionales esquemas colombianos de subsidios cruzados está funcionando. Tiene problemas, pero en los últimos cinco años, bajo el mandato de Álvaro Uribe, su cobertura ha aumentado de 23 a 36 millones de colombianos (un 86% de la población), y en un año ha conseguido que 5,5 millones de personas hagan sus aportes a salud y a pensiones por Internet, en un país donde la penetración de la Web no es muy alta.

En Colombia la atención médica de la gente está cubierta de dos maneras. Los empleados formales o ciudadanos independientes "con capacidad de pago" que devengan el equivalente a un salario mínimo de unos 200 dólares o más pertenecen al llamado régimen contributivo. Eso quiere decir que ellos y sus empresas aportan al sistema un porcentaje fijo de sus ingresos. Con ese dinero se cubre un plan básico de salud para un aportante y su familia, y también se ayuda a financiar a los más pobres. Bajo este régimen contributivo hay actualmente 16,3 millones de colombianos, un 38% de la población del país.

Si la persona no tiene como pagar una cuota permanente, la otra manera de quedar cubierta por el sistema de salud es perteneciendo al régimen subsidiado. En este caso, el gobierno central les gira a los municipios el dinero para cubrir un número determinado de personas, y esos municipios contratan una empresa prestadora de salud (EPS) a la cual se afilian los más pobres para recibir los servicios. Es decir, la persona no hace los pagos al sistema, sino que el gobierno local los hace por ella con dineros girados por el gobierno nacional.

El gobierno ha calculado que atender una persona cuesta en promedio 15 dólares mensuales (es un promedio, ya la suma varía según sexo, edad y zona geográfica). Además de la solidaridad de los que contribuyen entre sí, el sistema contempla solidaridad entre esos contribuyentes y subsidiados. Por eso el Fosyga además gira 1,5% de lo que recibe para subsidiar a aquellos que no pueden aportar al sistema porque son muy pobres.

Parece poco, pero en realidad representa unos 500 millones de dólares al año. De esta manera, los de mayores ingresos contribuyen a subsidiar a los de menores ingresos. Sin embargo, ese dinero no es suficiente para prestarle servicios básicos de salud a toda la población más pobre. Para cubrir a los 20 millones de afiliados

que tiene hoy el régimen subsidiado, el gobierno debe girar a los gobiernos locales unos 2.200 millones de dólares adicionales que salen del presupuesto general. Además, cada gobierno municipal hace sus propios aportes al sistema.

¿Quiere decir esto que el sistema es perfecto? Lejos está de serlo. En el régimen contributivo (el de los que aportan), algunas de las Empresas Prestadoras de Salud son ventajistas y quieren gastar lo mínimo en el servicio y cobrarle al gobierno lo máximo. Por eso, miles de afiliados han tenido que recurrir a la tutela ante los jueces para obligar a su EPS a que les cubra alguna enfermedad complicada o costosa y les de los medicamentos correspondientes. Y muchas EPS, cuando tienen que brindarle al enfermo esa atención, intentan cobrarle al Fosyga los medicamentos al precio más caro posible. El Ministerio de Protección Social ha encontrado casos donde la EPS le recobra el dinero de un medicamento al Fosyga por diez veces sobre su valor en el mercado. El gobierno ha tenido que diseñar una auditoría muy estricta para evitar estos "goles".

Algunas EPS han sido multadas por inventar usuarios que no tienen. Inflan el número de afiliados para cobrar así el dinero que el sistema les da para atenderlos. Por eso el gobierno resolvió meterse en el difícil proceso de obligar a todos los afiliados a reportar sus aportes por planillas electrónicas. El Ministerio tiene acceso a esas planillas y puede, por fin, verificar la información que le dan las EPS. Antes les tenía que creer sus reportes de afiliados y de ingresos; ahora tiene la información directa de cada afiliado sobre el dinero que aportó y puede verificar.

La puesta en marcha del pago electrónico ha sido muy difícil. La mayoría de las personas no tienen acceso a computadoras, y configurar la planilla es complicado. Operadores pueden llenar las planillas de la gente vía telefónica, pero aun así ha habido muchas protestas. No obstante, con menos de un año de operación, el

pasado mes de julio más o menos una tercera parte de los afiliados al régimen contributivo pagaron por Internet. Y la herramienta es crucial para proteger el sistema de fraude.

Los problemas de administración del régimen contributivo consisten sólo pueden evitarse con una fuerte regulación de los actores privados del sistema. Siempre que el gobierno cuente con la voluntad de ejercer esa regulación, y tenga las instituciones para hacerla en forma eficaz, el sistema funcionará relativamente bien.

El régimen subsidiado es otra historia. Como son los gobiernos locales los encargados de administrarlo, el control nacional es mucho más difícil. Y como los usuarios son los más pobres, su capacidad de exigencia y control de la calidad es más limitada. Así, el sistema ha dado para todo tipo de aberraciones. En varios municipios del país se descubrió que las empresas contratadas por gobiernos locales para brindar los servicios de salud habían sido cooptadas por grupos paramilitares o guerrilleros que las usaban de caja menor para financiar su guerra. La ironía no tiene palabras: el gobierno nacional aportaba recursos para la salud, y los gobiernos locales los canalizan para matar gente.

En un intento por ponerle controles al régimen subsidiado, el gobierno ha cerrado muchas prestadoras de salud sospechosas o que no cumplían bien con sus servicios, y ya sólo quedan 34, un número más fácil de vigilar. Ahora, cuando el municipio ha demostrado una mala gestión en salud, el gobierno les gira los recursos directamente a las EPS; si es la EPS la que no funciona, el municipio puede girar los dineros directamente a los hospitales para que atiendan a las personas. A pesar de todo esto, es muy complicado controlar el desvío de recursos. Menos cuando el propio gobierno nacional muchas veces hace la vista gorda ante el despilfarro de recursos de la salud que hacen los políticos locales,

pues requiere de su apoyo para pasar leyes o para que sus partidos ganen elecciones¹².

Con aciertos indiscutibles y dificultades graves aún por resolver, el sistema de salud colombiano tiene además un largo camino por recorrer sólo para asegurar servicios para todo el mundo. Hoy todavía hay 6 millones de colombianos que no tienen ninguna cobertura estable. Ellos pueden ir a hospitales públicos, y allí deben atenderlos, pero son los parias de la sociedad y, en muchos lugares, si no pueden pagar por cada jeringa y cada mota de algodón, reciben un trato francamente hostil. El problema no se arregla sólo con dinero. Se necesita que el gobierno sea mucho más estricto para evitar el despilfarro de los dineros del régimen subsidiado y se olvide de utilizarlo para garantizar respaldo político. De no ser así, se borraría con el codo los impresionantes logros que ha obtenido con la mano: crecimiento veloz de cobertura y una firme regulación del sector privado.

2.1 MARCO HISTÓRICO: A continuación se hará una breve descripción de la forma cómo surgió el Sistema de Seguridad Social en Salud, a la vez, los avances que ha tenido desde la Constitución de 1991, para poder entender su funcionamiento desde el contexto social y normativo.

Juan Luis Londoño (q.e.p.d.) Ministro de Salud del gobierno de Álvaro Uribe Vélez, fue el creador del actual sistema de salud colombiano, fallecido en un accidente aéreo el 11 de febrero de 2003.

¹²María Teresa Ronderos. Bogotá, Colombia. 2007.

El régimen subsidiado de Salud se encuentra definido en el artículo 211 de la ley 100 de 1993, como “un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad”.

A grandes rasgos el sistema de salud en Colombia que precedió al actual se puede distribuir en tres etapas:

La primera de ellas vio sus inicios tras la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de la década de 1950 y en donde prevaleció lo que se ha denominado «modelo higienista». Bajo este modelo, las acciones de salubridad pública se limitaban a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud venían a ser financiadas por los usuarios y por algunas instituciones de caridad.

En 1945 se crea la Caja Nacional de Previsión que se encargaba de atender la salud de los empleados públicos y en 1946, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales.

La segunda etapa, que inicio en la década de 1970 hasta 1989, se desarrolla bajo la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de «subsidios a la oferta». Bajo este régimen los recursos del gobierno central para salud eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos del país. Sin embargo, este sistema no era suficiente para proporcionar una atención integral en salud a la población de bajos recursos.

La tercera y última etapa se inicia en 1990, con la expedición de la Ley 10. Este periodo se prorrogó hasta 1993 con la expedición de la Ley 100 de 1993, bajo los principios de la Constitución Política de 1991.

El Sistema Nacional de Salud surgió como una necesidad de organización administrativa, fueron entonces clasificadas las instituciones y entidades cuya finalidad específica era procurar la salud a la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la enfermedad.

El Decreto 654 de 1974, agrupó a las entidades prestadoras de servicios de salud en tres subsectores, oficial, privado y mixto; fijando a dichas entidades una estructura y forma de funcionamiento.

En el año 1990 por primera vez la salud fue elevada a la categoría de servicio público, convirtiéndose en una obligación del Estado garantizar su prestación y la cobertura con atributos de calidad y oportunidad, estableciendo la atención de urgencias de carácter obligatoria en todas las instituciones públicas o privadas, independiente de la condición económica de la persona que demandara dicho servicio.

Con la expedición de la Ley 10 de 1990, se realizó un nuevo ordenamiento administrativo y financiero del Sistema Nacional de Salud. Dicha reforma fue fundamentada en la necesidad de mejorar los niveles de eficiencia fiscal y administrativa, para la debida utilización de los recursos, pero no se tuvo en cuenta al usuario de dichos servicios.

Antes de 1993, el aseguramiento en el sistema de salud colombiano estaba diseñado para lograr la cobertura de la mayor parte de la población trabajadora.

Sin embargo, en la práctica solo brindaba protección acerca del 50% de los trabajadores asalariados, a través de entidades de previsión social y el Seguro Social, con diferentes esquemas de afiliación, cotización, cobertura familiar y beneficios. Como resultado, la cobertura de aseguramiento en salud de la población total era menor del 20%. Las personas que no tenían ningún tipo de aseguramiento y las familias de los trabajadores sin protección parcial eran atendidas por la red pública con problemas de acceso y oportunidad en la prestación de los servicios de salud.

2.2 MARCO LEGAL: La expedición de la Ley 10 de 1990 dio origen a un modelo descentralizado en la dirección y prestación de los servicios de salud, siendo la Nación el ente rector, normativo, planificador, asesor y cofinanciador.

La Constitución de 1991 en el artículo 48 definió un nuevo ordenamiento jurídico y social en el país, consagrando la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio a cargo del Estado, el cual se debe ser prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Como resultado de lo anterior se inició una reforma que se materializó en la Ley 100 de 1993, con la aprobación del SGSSS. Dicha ley determinó que los ciudadanos deberían estar afiliados al sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, los cuales tenían planes de beneficios diferentes. Así mismo, estableció que el SGSSS debía crear las condiciones para que todos los habitantes del territorio nacional en el año 2001, tuvieran acceso a un POS y para que en forma progresiva se unificaran los planes de salud de los dos regímenes.

La Ley 100 de 1993, por la cual se organizó el Sistema General de Seguridad Social, que tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de las personas y la comunidad para mejorar la calidad de vida, acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que los afectan, como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado con sujeción a los principios antes previstos.

En el año 2007 fue expedida la Ley 1122. Su objetivo según se señala en su artículo primero fue: "...realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud".

En los 17 años que lleva la reforma al sistema de salud (Ley 100 de 1993) los afiliados al régimen subsidiado han tenido disminución en los contenidos del Plan Obligatorio de Salud comparado con los del régimen contributivo, por tanto, se hace necesaria una reforma al sistema de salud que amplíe dichos beneficios. Aunado a lo anterior, millones de cupos de afiliaciones al régimen subsidiado no son ocupados, por falta de divulgación.

La expedición de la nueva reforma al Sistema General de Seguridad social en Salud, Ley 1438 del 19 de enero de 2011, en primer lugar, establece la unificación de los Planes de Beneficios, dando prioridad a los niños y niñas y adolescentes y, gradualmente cada dos (2) años será revisado, para ampliarlo.

Además, la nueva reforma pretende la universalización del aseguramiento en salud, es decir, los colombianos tendrán que estar afiliados a uno de los dos regímenes existentes en el país, las personas que tienen capacidad de pago serán afiliadas al Régimen Contributivo y la población más pobre y vulnerable, al Régimen Subsidiado.

En igual sentido, trata del tema de la portabilidad nacional, lo que significa que los afiliados tanto al Régimen Subsidiado como al Contributivo pueden solicitar la prestación de servicios de salud a nivel nacional con la sola presentación de la cédula de ciudadanía, por ende, las EPS deberán suscribir convenios con todas las IPS para garantizarlo.

2.3 MARCO TEÓRICO: El presente marco teórico se divide en tres partes: En la primera parte, se revisará la teoría acerca de la percepción e imaginarios por parte del teórico como Moscovici. En la segunda parte, se desarrollará la teoría del régimen subsidiado, para conocer en qué consiste, la forma como se puede acceder a él, al igual que sus componentes. En tercer lugar, analizaremos la concepción teórica que señala históricamente el campo de la justicia social, la lógica de las racionalidades y prácticas de las políticas de salud las cuales han sido expresión de relaciones cambiantes entre poder y saber, acorde con el estudio “Evaluación de los efectos de la política de focalización de subsidios en salud y del SISBEN sobre la población vinculada, sin capacidad de pago, de las localidades de Bosa, Fontibón, Kennedy y Puente Aranda de Bogotá”, realizado por el Dr. Román Rafael Vega Romero.

Fundamentación teórica de las representaciones sociales bajo la mirada de Serge Moscovici: En los últimos años dentro de la psicología social contemporánea ha surgido una nueva teoría sobre las representaciones sociales, por lo cual hay un

gran número de investigadores como Moscovici, Jodelet, Abric, Castorina, entre otros, que dedican su tiempo a este tema.

Las representaciones sociales tuvieron sus inicios en la década del sesenta cuando sale a la luz pública esta teoría que estaba dirigida a las personas preocupadas por entender la naturaleza del pensamiento social. Exactamente fue en París en 1961 que su autor, Serge Moscovici presenta la Tesis Doctoral titulada “La Psychoanalyse son image et son public” (“El Psicoanálisis, su imagen y su público”) como culminación de años de estudios teóricos y empíricos. En ella, estudió la manera en que la sociedad francesa veía el Psicoanálisis, a través del análisis de la prensa y entrevistas a diferentes grupos sociales.

Desde entonces este tema causó polémica, los psicólogos sociales de entonces se limitaban a describir categorías individuales sin explicar la constitución social de las conductas. Además, consideraban que lo social era un mero “valor añadido” a los mecanismos psicológicos de naturaleza particular. Por ello, tuvieron que transcurrir diez años para que esta teoría comenzara a ganar seguidores, llegando a ser, años más tarde, una de las obras más citadas en la bibliografía psicosocial europea y luego mundial.

Dentro de las investigaciones actuales de las ciencias sociales es común encontrar el término de “Representación Social”. Hasta el momento ni en la primera obra de Moscovici se evidencia una definición clara sobre este tema ya que como su mismo autor lo dice es un concepto complejo de entender. Al respecto el propio Moscovici expresó: “... si bien es fácil captar la realidad de las representaciones sociales, no es nada fácil captar el concepto...” (Moscovici, 1976, referido por Perera, M., 1999, p. 7). Ello nos apunta a indagar en la complejidad de este concepto. Desde su origen ha surgido elementos sociológicos como la cultura y la ideología así como de elementos psicológicos como la imagen y el

pensamiento, por lo cual su ubicación será entre dos grandes ciencias: la Psicología y la Sociología.

1961 en la obra de Moscovici aparece por primera vez una aproximación a la definición de las representaciones sociales: ... La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación... son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo. Es una organización de imágenes y de lenguaje. Toda representación social está compuesta de figuras y expresiones socializadas. Es una organización de imágenes y de lenguaje porque recorta y simboliza actos y situaciones que son o se convierten en comunes. Implica un reentramado de las estructuras, un remodelado de los elementos, una verdadera reconstrucción de lo dado en el contexto de los valores, las nociones y las reglas, que en lo sucesivo, se solidariza. Una representación social, habla, muestra, comunica, produce determinados comportamientos. Un conjunto de proposiciones, de reacciones y de evaluaciones referentes a puntos particulares, emitidos en una u otra parte, durante una encuesta o una conversación, por el “coro” colectivo, del cual cada uno quiéralo o no forma parte. Estas proposiciones, reacciones o evaluaciones están organizadas de maneras sumamente diversas según las clases, las culturas o los grupos y constituyen tantos universos de opiniones como clases, culturas o grupos existen. Cada universo tiene tres dimensiones: la actitud, la información y el campo de la representación...” (Moscovici, 1961/1979, citado por Perera, M., 2005, p. 43)¹³.

¹³ Moscovici, Serge., “Psicología Social II”. Editorial Paidós, Barcelona. España.

Años más tarde y en una nueva obra el autor afirma que: "...Representación social es un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales. En nuestra sociedad se corresponden con los mitos y los sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; incluso se podría decir que son la versión contemporánea del sentido común... constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común, ligadas con una forma especial de adquirir y comunicar el conocimiento, una forma que crea realidades y sentido común. Un sistema de valores, de nociones y de prácticas relativas a objetos, aspectos o dimensiones del medio social, que permite, no solamente la estabilización del marco de vida de los individuos y de los grupos, sino que constituye también un instrumento de orientación de la percepción de situaciones y de la elaboración de respuestas...". (Moscovici, 1981, en Perera, M, 2005, p. 44).

Basados en las definiciones de Moscovici, se puede decir que la representación social pertenece a un conocimiento de sentido común, que debe ser flexible, y ocupa una posición intermedia entre el concepto que se obtiene del sentido de lo real y la imagen que la persona reelabora para sí. Es considerada además proceso y producto de construcción de la realidad de grupos e individuos en un contexto histórico social determinado¹⁴.

Régimen Subsidiado en Salud: Es aquel que permite la afiliación al sistema general de seguridad social en salud de las personas que no tienen capacidad

¹⁴ Percepciones sobre herramientas tecnológicas aplicadas a la educación que tienen los docentes de ortodoncia de la Universidad Antonio Nariño Sede Bogotá. Dirección de postgrados. Especialización en Docencia Universitaria. Autores: Cifuentes Díaz Marisol, Montes Christian Ariel y Murillo Diego Andrés.

pago. Dicha vinculación se hace a través del otorgamiento de un subsidio total o parcial.

Al régimen subsidiado se pueden afiliar todas las personas que no tienen una relación laboral o capacidad de pago para pertenecer al régimen contributivo y que han sido identificadas mediante la aplicación de una encuesta como potenciales beneficiarios de subsidios sociales (SISBEN). En la actualidad se encuentran como prioritarios los niveles 1 y 2 de SISBEN.

La afiliación otorga automáticamente el derecho a incluir al núcleo familiar básico que está compuesto por el (o la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que hagan parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste.

Las EPSS, son las encargadas de realizar el aseguramiento de la población que se afilie al régimen subsidiado. En este sentido, las EPSS deben encargarse de la afiliación de los cabezas de núcleo familiar y su grupo familiar, asumiendo el deber de administrar su riesgo en salud y de prestar los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado –POSS- directamente (a través de sus IPS) o indirectamente (mediante contratación con terceros).

Las personas afiliadas al régimen subsidiado tienen derecho a recibir un conjunto de prestaciones en salud definidas de manera explícita en el POSS.

Los contenidos son definidos por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y el POSS comprende acciones de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica. En la actualidad, el plan de beneficios de los menores de edad, es igual, tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado.

Cuando el afiliado requiere servicios de salud no cubiertos en el POSS, debe acudir al ente territorial para que se garantice su atención a través de los hospitales de la red pública, con cargo a los recursos del subsidio a la oferta.

En el régimen subsidiado no existe cobertura de prestaciones económicas por concepto de incapacidad por enfermedad general, ni por licencias de maternidad y paternidad, por cuanto la cobertura es financiada con recursos del sistema de seguridad social.

El régimen subsidiado se financia con recursos del Estado y con el porcentaje de cotización (1,5%) de solidaridad que aportan los afiliados al régimen contributivo. Los afiliados deberán pagar en algunos casos, cuotas de recuperación y copagos, los cuales han sido diseñados para racionalizar el acceso a los servicios de salud y para cofinanciar el valor del servicio demandado. El régimen de cuotas de recuperación y copagos aplicable se encuentra señalado en el Acuerdo 260 de 2004 expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y en el Decreto 2357 de 1995 del Ministerio de la Protección Social.

La Unidad de Pago por Capitación UPC, es la prima de seguro que se reconoce a cada aseguradora. Esta Unidad de Pago por Capitación, se establece en función del perfil epidemiológico de la población, de los riesgos cubiertos y de los costos

de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por la Comisión de Regulación en Salud, CRES.

La persona puede escoger libremente la EPSS, a la cual se afilia y puede trasladarse de EPSS, siempre y cuando tenga como mínimo un tiempo de permanencia de un (1) año. En este caso, deberá manifestar su voluntad de traslado a otra EPS-S durante los meses de enero y febrero de cada año, suscribiendo el Formulario Único Nacional de Afiliación y Traslado definido por el Ministerio de la Protección Social. El período mínimo de permanencia en una misma EPSS se contabilizará desde la última fecha de afiliación o de traslado a la EPSS respectiva.

Si la persona se vincula laboralmente, deberá trasladarse a partir de la fecha de ingreso laboral al régimen contributivo, se le reservará el cupo en el régimen subsidiado por un término máximo de un (1) año.

Las EPS tanto del régimen contributivo como del subsidiado, cuentan con una red de oficinas para la atención de los usuarios. Adicionalmente, cuentan con una línea gratuita nacional 018000 las veinticuatro (24) horas de los siete (7) días de la semana, para atender y resolver las inquietudes de los afiliados. La vigilancia y control sobre dichas entidades, es ejercida por la Superintendencia Nacional de Salud.

TÍTULO: Concepción teórica de justicia social bajo la mirada del Dr. Román Rafael Vega Romero.

AUTOR: Román Rafael Vega Romero, médico cirujano, Universidad Nacional de Colombia. Doctorado en Administración – pensamiento sistémico crítico con énfasis en Políticas de Salud, *The University of Hull*, Inglaterra; magíster en Administración de Salud, Pontificia Universidad Javeriana; especialista en

Research Training in Social Research The University of Hull, Inglaterra; perfeccionamiento en Sociología Política; Universidad Nacional de Colombia. Profesor asociado e investigador de tiempo completo en el área de Políticas de Salud de los Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana y Maestría en Política social de la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, Pontificia Universidad Javeriana.

Desde el punto de vista teórico esta investigación se apoya en la concepción que señala que históricamente, en el campo de la justicia social, la lógica de las racionalidades y prácticas de las políticas de salud han sido expresión de relaciones cambiantes entre poder y saber (ver Foucault, 1980a, 1988a, 1988b, 1990, 1991a). En la cultura occidental, estas relaciones han ensamblado complejos de poder, conocimiento y moralidad que en el plano del discurso y de la manera de gobernar lo social (la población, la pobreza, los cuidados de la salud, entre otros), han constituido distintas estrategias globales de intervención tales como la noso-política y la policía social durante los siglos XVII y XVIII, el bio-poder, la bio-política y el Estado de bienestar durante el final del siglo XIX y parte del siglo XX, y el neoliberalismo, a finales del siglo XX.

En primer lugar, interesa destacar que el bio-poder, como una racionalidad normalizante y enraizada en una continua diferenciación entre lo normal y lo patológico, ha sido principalmente una estrategia orientada a la organización y el empleo del poder y del conocimiento científico (medicina, fisiología, salud pública, higiene, demografía, estadística, economía, entre otros) en aras de optimizar el cuerpo de los individuos y de regular la vida (la administración y optimización de los procesos de multiplicación de la vida de las poblaciones), en función del incremento de la productividad del trabajo y de la producción económica como un todo (Foucault, 1990).

Instrumento fundamental de esta política intervencionista ha sido la seguridad social, que emergió como una tecnología de gobierno del estado de bienestar para administrar la política social, los problemas de la pobreza y los riesgos y la inseguridad de la clase trabajadora, como consecuencia de la convergencia entre la forma jurídica del Estado y el bio-poder. La seguridad social ha sido organizada siguiendo distintos modelos que han oscilado entre una completa o parcial inclusión de la población de acuerdo a si el derecho a los beneficios sociales debe estar unido al mundo del trabajo o a la colectividad como un todo (Defert, 1991, Donzelot, 1991, Ewald, 1991).

De acuerdo con Foucault (1988c), la experiencia de la seguridad social europea ha puesto dos retos principales: “seguridad-dependencia”, y eficiencia en los aspectos políticos, económicos y sociales. El problema de seguridad-dependencia ha sido definido en términos de 'dependencia por integración' y dependencia por marginamiento'. Lo primero de la autonomía individual tras la creación de un estilo de vida que refuerza relaciones asimétricas de dependencia de la familia, del sitio de trabajo, de áreas geográficas, o del Estado. Lo segundo se refiere al marginamiento de los individuos ya sea porque ellos no escogen los estilos de vida derivados de ese tipo de seguridad, porque son constituidos como una subclase dependiente del Estado, o porque son excluidos de los beneficios de la seguridad social, generando de esta manera desigualdades cuando la seguridad social no ha llegado a ser un sistema universal. Así, el bio-poder ha constituido los sujetos no sólo como objetos de la regulación científica de la vida y del cuerpo en relación con la producción y productividad económicas, sino también como sujetos jurídicos de derechos sociales (seguridad social y solidaridad social) que resisten la lógica de los mecanismos económicos de producción (Donzelot, 1991).

En segundo lugar, el reto de la eficiencia dio origen al neoliberalismo, forma de gobierno que emergió como una reacción contra las irracionalidades económicas, sociales y políticas del uso de los beneficios del bienestar, y que ha tomado como sus blancos de acción el papel de los expertos (médicos, epidemiólogos, promotores de salud) respecto de sus relaciones con el Estado y los sujetos sociales (Rose, 1996), la concepción jurídica de necesidad, y la concepción estatutaria de los sujetos (Donzelot, 1991).

Los cambios han sido implantados no ya en función de la acción intervencionista del Estado, sino de una racionalidad de lo social fundamentada en relaciones de mercado, disminución de costos, y optimización de la acción social. Así, el neoliberalismo ha sido introducido bajo una estrategia global orientada a controlar los costos de los gastos sociales, y bajo la táctica de devolver autonomía a los individuos y retornar responsabilidades a la comunidad (Donzelot, 1991).

Una de las direcciones tomadas por las políticas sociales neoliberales apunta a poner en práctica procesos estratégicos de toma de decisiones en políticas de salud fundamentados en nuevas tecnologías de gobierno tales como los modelos económicos de resultado (análisis costo-beneficio y costo-efectividad, entre otros), la estricta delimitación o focalización de objetivos para la acción (la selección de grupos de la población, de espacios específicos), la selección de métodos para la clasificación de la población (por ejemplo, el SISBEN), para el cuidado médico (por ejemplo, esquemas integrados tales como cuidados de la maternidad y protección infantil), el refuerzo de la prevención (especialmente en la forma del auto-cuidado de la salud), y la creación de un sistema global de salud que funciona bajo principios gerencialistas y de mercado (Donzelot, 1991; Bunton, 1997, y Osborne, 1997).

La racionalidad neoliberal busca que los sujetos sociales se vean obligados a actuar bajo los principios de optimización de la acción y disminución de sus costos. Mientras en la experiencia europea el Estado de bienestar hizo a los pacientes dependientes del Estado y de los médicos bajo el enfoque de la atención de la salud y de la enfermedad como un derecho de obligatorio cumplimiento, la nueva racionalidad tiende a separar responsabilidades: el Estado y los médicos cuidarán de la enfermedad en términos de sus costos, y el paciente cuidará de su salud. Otra de las expresiones de esta nueva racionalidad es la promoción de la total subordinación de los profesionales y técnicos de la salud frente a los administradores. Esto ha traído como consecuencia una relación entre pacientes, médicos y administradores en la cual gerentes “autónomos” obsesionados con la eficiencia y el manejo de factores de riesgo, con la competencia y la ganancia, y operando con tecnologías computarizadas, no sólo dominan a los médicos y a los pacientes sino que los "cosifican" como objetos del conocimiento (Petersen, 1997).

Procesos racionalizadores como éstos han sido fuertemente criticados por su peligro de ser usados por poderes económicos y políticos no sólo en los aspectos epistemológicos y metodológicos sino también en relación con el papel que las ciencias sociales y los científicos sociales (expertos) han jugado en ese proceso de racionalización frente a la sociedad. Así, por ejemplo, tanto Michel Foucault como la Escuela de Frankfurt han caracterizado a la racionalidad moderna prevaeciente como estrechamente ligada a centros de poder y como “un arma potencial de control sobre el mundo físico y social, como una racionalidad de la técnica y del cálculo, de la regulación y de la administración, que siempre busca formas más efectivas de dominación” (McCarthy, 1998, p. 246; n. del t.).

Además, se ha demostrado también que la racionalidad formal del mercado, centrada en el cálculo optimizador y utilitario de la relación medios / fines de la

acción social, choca con racionalidades locales substantivas de actores sociales como los médicos, pacientes, indígenas y otros grupos sociales, que se apoyan en diversos compromisos de valor también legítimos (Fox, 1991). Estas racionalidades o voces locales podrían, a su vez, constituir nuevos discursos de lo social en donde prácticas de libertad, autonomía y solidaridad, pudieran llegar a ser hegemónicas pero abiertas a una constante reconstitución y reordenamiento de lo social a través de la lucha, el diálogo y la participación (ver Laclau y Mouffe, 1985; Foucault, 1997, y Falzon, 1998).

Este podría ser el caso específico de una concepción pluralista e igualitaria de la justicia social en salud, porque ella pudiera estar cruzada por una diversidad de discursos locales que expresarían diferentes necesidades y clamores fundamentados en los diferentes valores de los actores sociales. De esta manera, lo que pudiera ser demandado como igualdad consultaría no sólo la contingencia de lo que deba ser considerado como medio de salud, sino también las interpretaciones conflictivas de la igualdad, dada la diversidad humana (Sen, 1992). Desde la actual perspectiva discursiva de Sen (1999a) “la cuestión relativa a la asignación de los recursos sociales no puede dissociarse del papel que desempeña la política basada en la participación y (sic) de la importancia de un debate público bien documentado” (p. A5/DIV/9)¹⁵.

2.4 MARCO CONCEPTUAL: En este apartado se definirán los conceptos relacionados con el problema de investigación.

15 Vega Romero Román. Tomado del documento “Evaluación de los efectos de la política de focalización de subsidios en salud y del SISBEN sobre la población vinculada, sin capacidad de pago, de las localidades de Bosa, Fontibón, Kennedy y Puente Aranda de Bogotá”, PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Programas de Posgrados en Administración de Salud y Seguridad Social. Bogotá, 2001

PERCEPCIÓN: Entendida como el primer proceso cognoscitivo, a través del cual los sujetos captan información del entorno, la razón de ésta información es que usa la que está implícita en las energías que llegan a los sistemas sensoriales y que permiten al individuo formar una representación de la realidad de su entorno. El proceso de la percepción, tal como propuso Hermann von Helmholtz, es de carácter inferencial y constructivo, generando una representación interna de lo que sucede en el exterior al modo de hipótesis. Para ello se usa la información que llega a los receptores y se va analizando paulatinamente, así como información que viene de la memoria tanto empírica como genética y que ayuda a la interpretación y a la formación de la representación. Si esto es así, lo que queremos en esta investigación identificar y analizar las percepciones que tienen los usuarios frente al Régimen subsidiado en salud en Colombia.

RÉGIMEN SUBSIDIADO: Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad. (Art. 211 Ley 100 de 1993).

ESTADO: Actúa como ente de coordinación, dirección y control. Sus organismos son : El Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que reemplazó al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) acorde a la Ley 1122 de 2007 y, la Superintendencia Nacional de Salud que vigila y controla a los actores del sistema.

ASEGURADORES: Son entidades públicas o privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado y los prestadores de los servicios de salud. Son las entidades promotoras de salud (EPS) las administradoras de fondos de pensiones (AFP) y las aseguradoras de riesgos profesionales (ARP).

PRESTADORES: Son las instituciones prestadoras de salud (IPS), hospitales, clínicas, laboratorios, etc. que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad.

COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD (CRES): Este organismo, creado mediante la Ley 1122 de 2007, sustituyó al CNSSS como organismo de dirección del sistema de salud. Es una unidad administrativa especial adscrita al Ministerio de la Protección Social y está compuesta por el Ministro de la Protección Social y el Ministro de Hacienda y Crédito Público o su viceministro y por cinco comisionados expertos elegidos por el Presidente de la República.

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (CNSSS): El CNSSS a partir de lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007 que reformó el sistema, fue sustituido en sus funciones más importantes por la CRES, como organismo de dirección asesor del Ministerio de la Protección Social quedando como organismo asesor de este Ministerio. (Ley 1122 de 2007).

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD: Es el organismo que formula, dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del sector salud y del sistema general de seguridad social en salud, además liquida y recauda la tasa que corresponde sufragar a las entidades sometidas a su vigilancia, autoriza la constitución o habilitación de EPS e IPS, y supervisa el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar y de licores; así como a la oportuna, eficiente explotación, administración y aplicación del IVA cedido al sector salud entre otros (Ley 1122 de 2007).

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS): Es el conjunto de servicios de atención en salud a los que tiene derecho un usuario, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, incluye el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar junto al reconocimiento de indemnizaciones en caso de incapacidad por enfermedad y maternidad. La definición del POS esta a cargo de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) (Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007).

SISBEN: El Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) es una herramienta de identificación, que clasifica a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular.

Propiamente el SISBEN es una encuesta desarrollada por el Departamento Nacional de Planeación que consta de 62 variables relacionadas con aspectos como características y propiedad de la vivienda, disponibilidad de servicios públicos, información sobre conformación del núcleo familiar, información laboral, nivel educativo y afiliación al sistema de seguridad social, entre otros. Esta encuesta permite la clasificación en seis niveles de acuerdo con puntajes que van de cero (0) a cien (100) y según la categoría del municipio.

Si una persona ha sido identificada como potencial beneficiario de los programas sociales, es decir que el nivel está entre 1 y 3, podrá acceder a los subsidios que otorga el Estado a través de los diferentes programas, de acuerdo con la reglamentación de cada uno de ellos como:

- Salud: Mediante el subsidio a la demanda o afiliación al régimen subsidiado o mediante subsidios a la oferta es decir atención en la red pública de

servicios para aquellas personas sin afiliación a un régimen de seguridad social.

- Subsidios Empleo
- Adulto Mayor
- Vivienda
- Subsidios condicionados
- Créditos Educativos
- Desayunos Infantiles

COPAGOS: Son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema. Los beneficiarios del régimen subsidiado contribuirán a financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de copagos establecidos según los niveles fijados en la encuesta SISBEN. (Acuerdo 260 CNSSS).

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN: La metodología utilizada es mixta y de carácter explicativo y analítico, partiendo de la descripción de hechos o situaciones, a través de una herramienta de recolección de la información sobre la percepción que tienen los usuarios acerca del régimen subsidiado en salud, validando la información recolectada.

El universo de estudio es una muestra poblacional representativa entre 18 y 50 años de edad de 50 personas que se encuentren afiliadas o no al régimen subsidiado en salud, en las distintas EPSS.

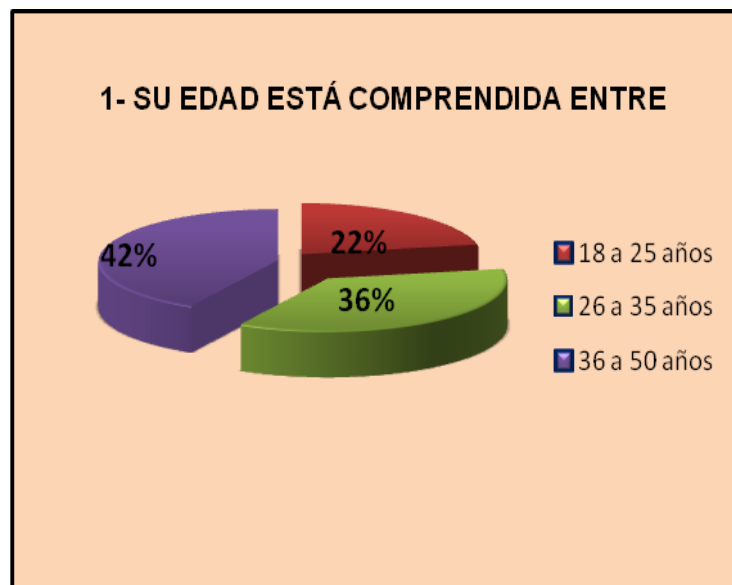
3.2 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN: La investigación se basa en el enfoque explicativo, a partir de la aplicación de la herramienta podemos recopilar información acerca del conocimiento que el usuario tiene sobre el Régimen Subsidiado de salud en Colombia y de esta manera poder explicar la percepción que se tiene en la cotidianidad sobre el objeto de estudio, para poder brindar un informe final sobre la situación frente al conocimiento que se tiene sobre este régimen.

3.3 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN: Para la población de usuarios se realizará un muestreo aleatorio simple, en el que el marco muestral estará constituido por los usuarios que son atendidos diariamente en las instalaciones de la Secretaría Distrital de Salud, de personas afiliadas o no al régimen subsidiado en salud, provenientes de las localidades de Bogotá. Con estos criterios, el tamaño de muestra para la población de afiliados al régimen subsidiado será de 50 personas encuestadas.

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

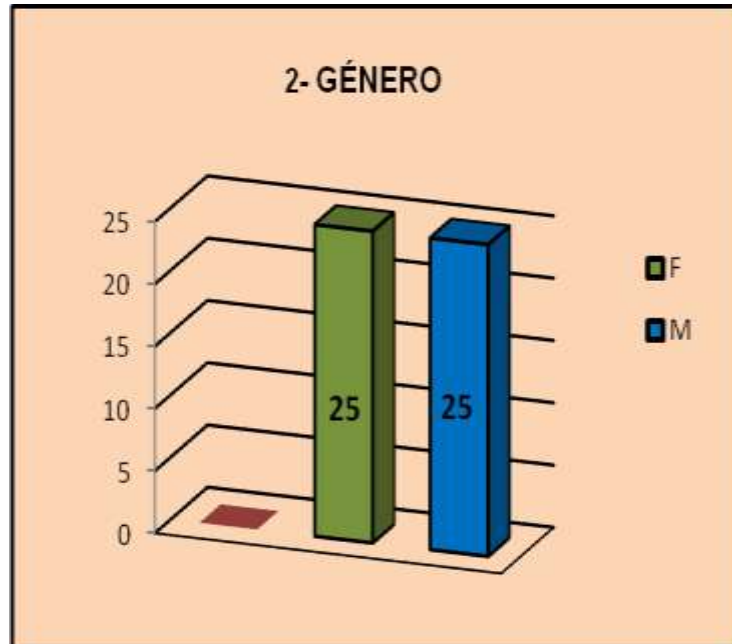
Una vez practicada la encuesta, analizaremos los resultados obtenidos en la muestra de 50 personas que fueron entrevistadas.

Gráfica 1. Edad



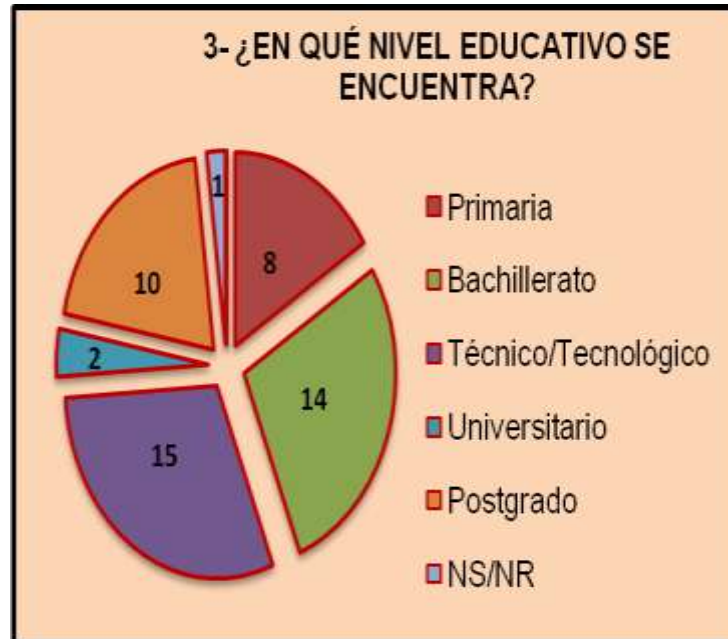
Como podemos observar en la gráfica 1, el 42% de la población encuestada oscila entre 36 a 50 años, el 36% entre 26 a 35 años, mientras que el 22% está entre 18 y 25 años, lo que nos indica que un volumen alto de población económicamente activa, se encuentra afiliada al Régimen Subsidiado.

Gráfica 2. Género



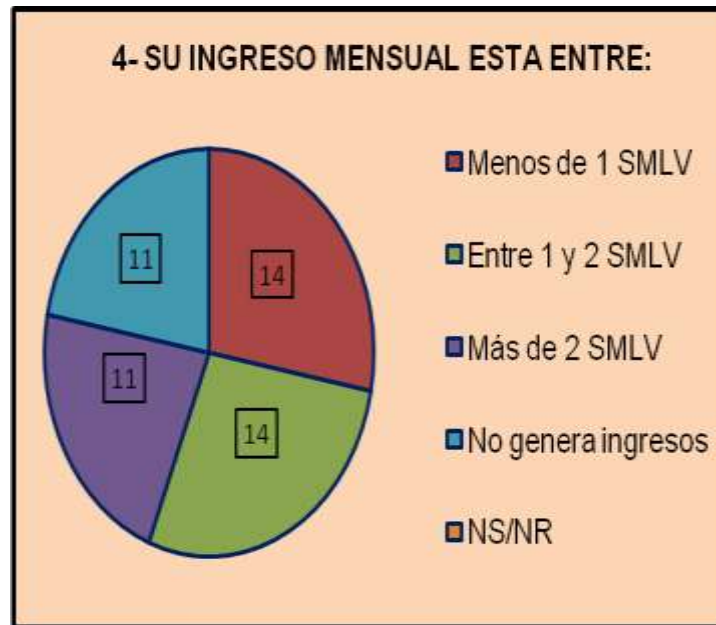
La gráfica 2 nos indica que el porcentaje de hombres y mujeres afiliados al régimen subsidiado es de un 50% por cada género.

Gráfico 3. Nivel Educativo



El 14% de usuarios tienen bachillerato completo y 15% con formación técnica o tecnológica, empero, debido al alto índice de desempleo, no tienen capacidad de pago para afiliarse al Régimen Contributivo, aumentando el volúmen de afiliados al Régimen Subsidiado.

Gráfica 4. Ingreso Mensual



El mayor volúmen de afiliados al Régimen Subsidiado, concomitante con la gráfica anterior, genera ingresos por debajo del salario mínimo legal vigente o de ser el caso, no alcanzan a dos salarios mínimos.

Gráfica 5. Actividad Principal



La mayoría de personas encuestadas no tienen una actividad laboral, los ingresos provienen de actividades informales y algunos pocos tienen vínculo laboral de carácter transitorio.

Gráfica 6. Localidad de Residencia



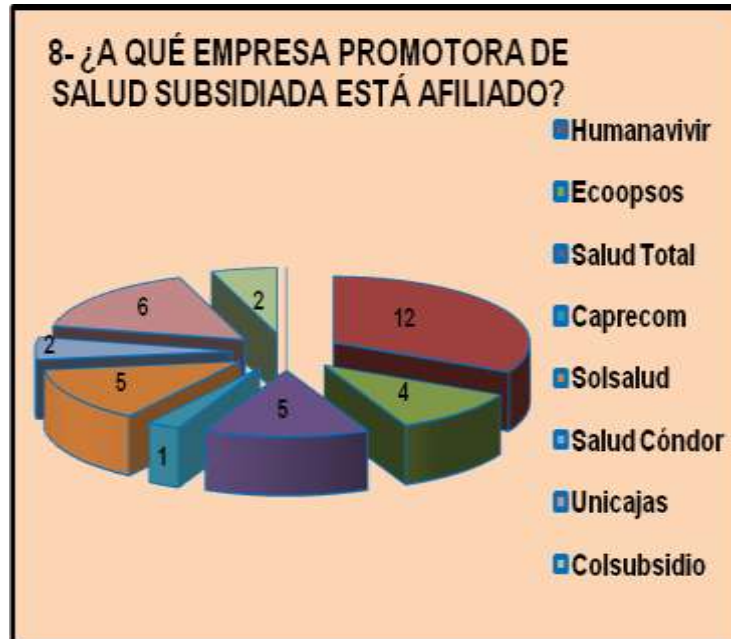
En las localidades de Bosa, Puente Aranda, Mártires, Suba, Santafé, Usme, Usaquén, Ciudad Bolívar y Kennedy se encuentra el mayor número de personas afiliadas al Régimen Subsidiado.

Gráfica 7. Afiliación Régimen Subsidiado



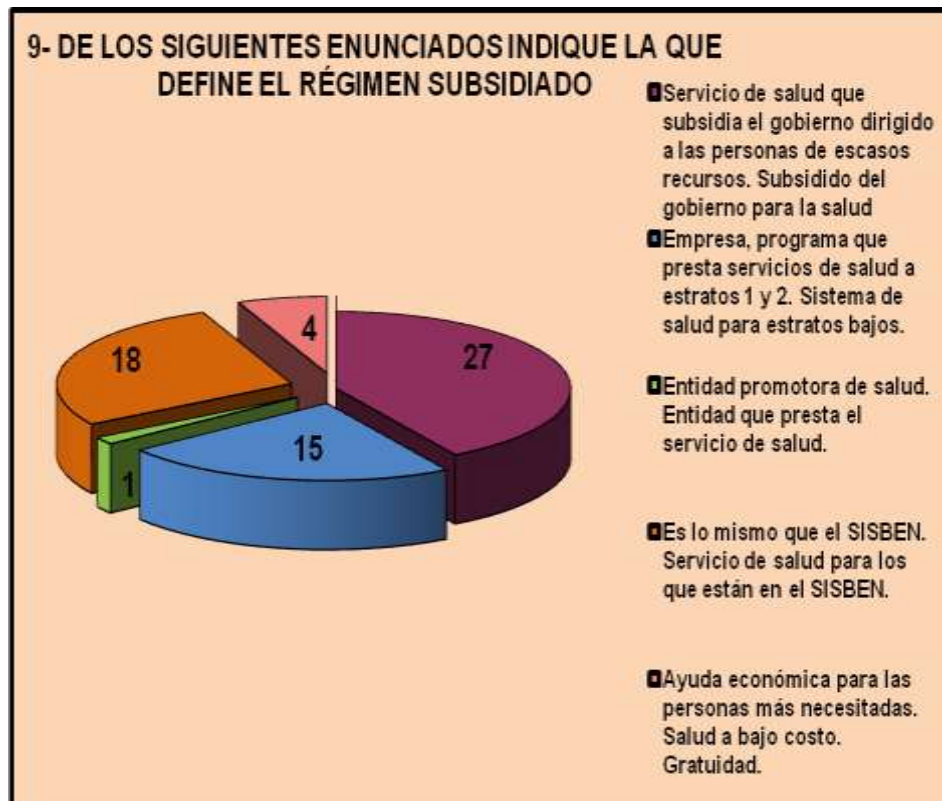
El 37% de las personas encuestadas está afiliada al Régimen Subsidiado, mientras que el 13% aún no han podido afiliarse, por diferentes circunstancias.

Gráfica 8. Afiliación Empresa Promotora de Salud Subsidiada



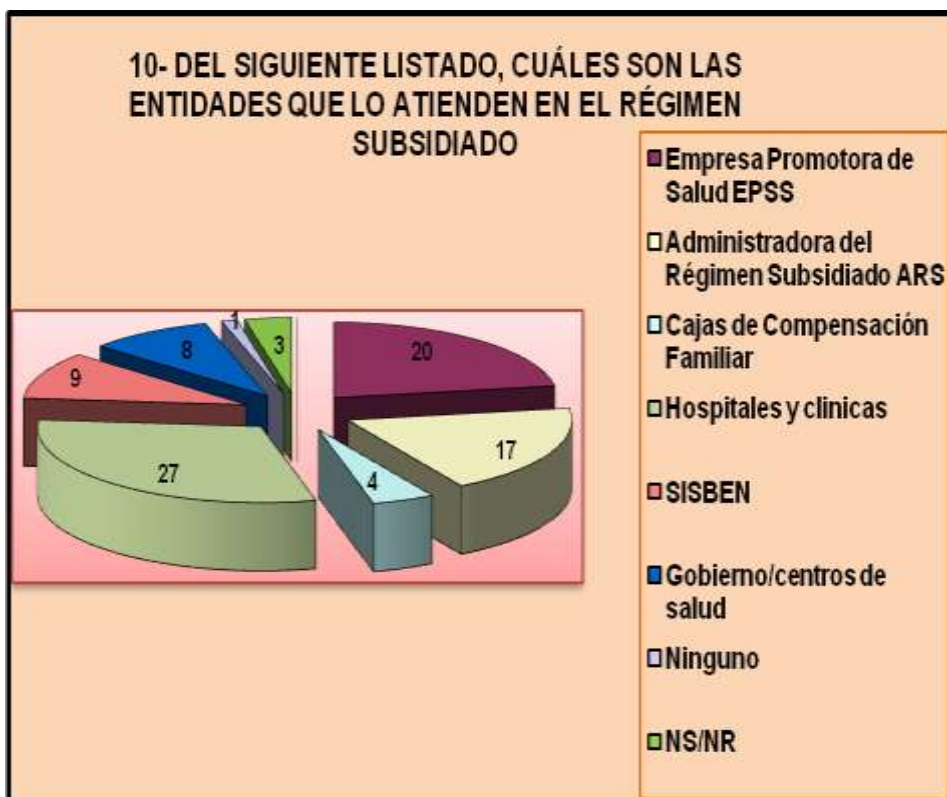
El mayor número de afiliados lo tiene la EPSS Humanavivir, seguida por Salud Total y Solsalud.

Gráfica 9. Definición Régimen Subsidiado



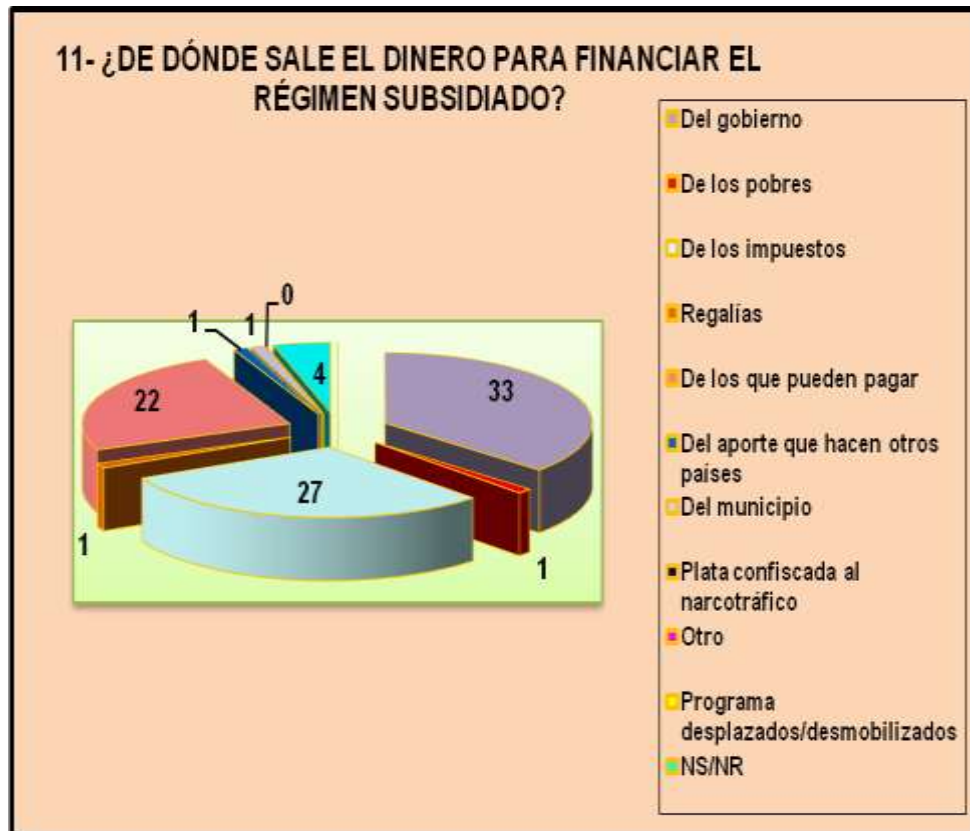
Para el mayor número de encuestados el Régimen Subsidiado es, el servicio de salud que subsidia el gobierno dirigido a las personas de escasos recursos; un subsidio del gobierno para la salud, mientras que otro porcentaje considera que es lo mismo que el SISBEN, o un servicio de salud para los que están en el SISBEN.

Gráfica 10. Entidades de Atención en el Régimen Subsidiado



El 27% de la población considera que quienes lo atienden en el Régimen subsidiado son los hospitales y clínicas, el 20% cree que son las EPSS y un 17% siguen creyendo que son las ARS, denominación que tenían las aseguradoras (EPSS), hasta la expedición de la Ley 1122 de 2007.

Gráfica 11. Dinero para Financiación Régimen Subsidiado



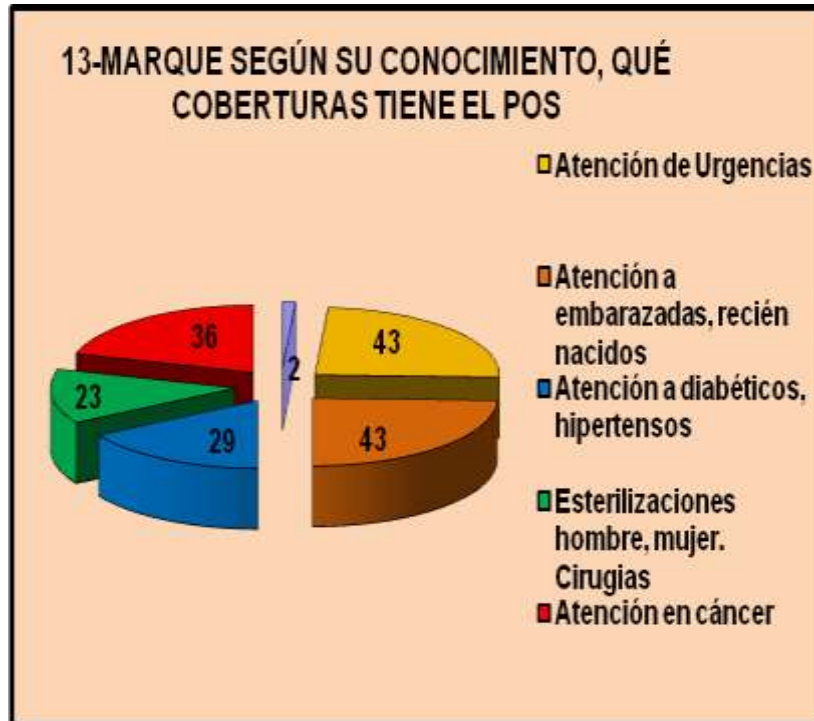
El 33% de la población usuaria considera que el dinero sale del Gobierno, un 27% cree que sale de los impuestos y un 22% considera que sale de los que pueden pagar aportes.

Gráfica 12. Definición Plan Obligatorio de Salud Subsidiado



El 21% considera que el plan obligatorio de salud es el derecho que tienen los afiliados en salud a medicinas y tratamientos, el 18% considera que es una obligación del Estado y el 8% cree que es igual que el SISBEN.

Gráfica 13. Coberturas del Plan Obligatorio de Salud



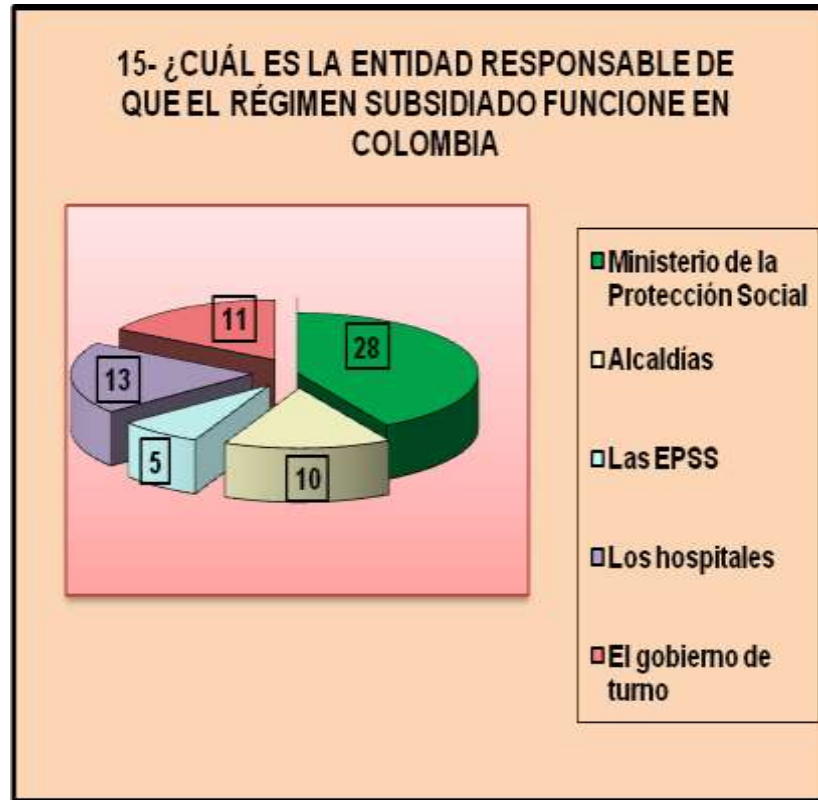
El mayor porcentaje de usuarios considera que el Plan Obligatorio de Salud cubre Urgencias, atención a embarazadas y recién nacidos, enfermedades cancerígenas, atención a enfermos de diabetes e hipertensión, solamente.

Gráfica 14. Personas que son Afiliadas al Régimen Subsidiado



El 41% considera que se afilian al Régimen Subsidiado los que tienen encuesta SISBEN, el 32% cree que se afilian los más pobres o que no tienen trabajo y un 15% que se afilian los niños abandonados en el ICBF.

Gráfica 15. Entidad Responsable del Funcionamiento del Régimen Subsidiado



La población encuestada identifica como entidad responsable de que el Régimen Subsidiado funcione en Colombia, al Ministerio de la Protección Social, otros creen que es el Gobierno de turno o las Alcaldías.

5. CONCLUSIONES

Si bien es cierto, los usuarios del sistema de salud subsidiado gozan de derechos, las personas y entidades que administran y prestan los servicios de salud, deberán propender por garantizarlos en todas las actuaciones administrativas y en la prestación de servicios.

Para lograr la materialización de los derechos de rango constitucional, es importante suministrar información veraz, clara y precisa, omitiendo usar tanto tecnicismo que confunda a los usuarios, brindando continuamente charlas de capacitación tanto a las personas que están vinculadas laboralmente a las entidades integrantes del sistema de salud, como a los usuarios de dichos servicios.

Así mismo, sería pertinente crear mecanismos ágiles para interactuar con los usuarios de manera directa (Chat en línea), dando solución inmediata a las diferentes inquietudes que se generan, para orientarlos adecuadamente, con la finalidad no de disminuir, sino de acabar definitivamente las barreras de acceso a los servicios de salud, mejorando los canales de comunicación y la manera de atender a los usuarios, por cuanto, son ellos la razón de ser de las instituciones de salud.

BIBLIOGRAFÍA

CÁRDENAS GAMBOA, Diana Isabel. Sostenibilidad Financiera del Régimen Subsidiado en Salud. Departamento Nacional de Planeación. Bogotá, D.C., Agosto de 2000.

CHILE. COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LÁTINA Y EL CARIBE. Financiamiento del Desarrollo. Unidad de Estudios Especiales. Secretaria Ejecutiva. 2001. Santiago de Chile.

CIFUENTES, Marisol, MONTES, Christian A. y MURILLO Diego A. Percepciones sobre herramientas tecnológicas aplicadas a la educación que tienen los docentes de ortodoncia de la Universidad Antonio Nariño Sede Bogotá. Bogotá, D.C.

COLOMBIA. CENTRO NACIONAL DE CONSULTORÍA. Evaluación del Régimen Subsidiado en Salud. Bogotá, 2008.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Oficina de Asistencia Técnica Legislativa. Evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema General de Riesgos Profesionales durante los últimos 10 años, 2003. Bogotá D.C.

COLOMBIA. CONSEJO NACIONAL DE PLANIFICACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL. Documento 3204, 2002.

COLOMBIA. CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Informe Anual. Comisiones séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes, 2002-2003. Bogotá D.C.

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia de Revisión T-760 2008. Bogotá, D.C:

COLOMBIA. El Futuro de la Salud en Colombia. Bogotá, D.C. Ley 100 de 1993 cinco años después, 1999. Cuarta Edición.

COLOMBIA. Evaluación Financiera del Régimen Subsidiado de Salud. Federación Colombiana de Municipios. 2003.

EL PULSO. Eufemismos: la solidaridad para hacer la insolidaridad. En: Periódico para el sector de la salud, Bogotá, D.C. 11, Mayo, 2004.

HERNÁNDEZ VÁSQUEZ, María Nubia. Regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud aplicado al sector público de Santafé de Bogotá y contratación de servicios der salud. Monografía para optar el título de Especialista en Derecho Público Abogada. Bogotá, D.C. Universidad Autónoma de Colombia. Facultad de Derecho. 1998.

JARAMILLO PÉREZ Iván. Diez años de la ley 100 de 1993. Seguridad Social en Colombia. Fasecolda. Bogotá, D.C. 2003.

PALACIO BETANCOURT, Diego. Ministro de la Protección Social, 2004.

RONDEROS, María Teresa. El sistema actual de salud, entre el crecimiento y la corrupción. Bogotá, D.C., 2007.

VEGA ROMERO, Román. Evaluación de los efectos de la política de focalización de subsidios en salud y del SISBEN sobre la población vinculada, sin capacidad

de pago, de las localidades de Bosa, Fontibón, Kennedy y Puente Aranda de Bogotá. Bogotá, D.C. 2001.

Anexo A. Formato de encuesta

**UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA Especialización en Docencia
Universitaria**

Percepción que tiene sobre el Régimen subsidiado

Por favor responda las siguientes preguntas:

1. Su edad está comprendida entre:	
18 a 25 años	<input type="checkbox"/>
26 a 35 años	<input type="checkbox"/>
36 a 50 años	<input type="checkbox"/>

2. Sexo:	
F	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>

3. En qué nivel educativo se encuentra:			
Primaria	<input type="checkbox"/>	Bachillerato	<input type="checkbox"/>
Técnico / Tecnológico	<input type="checkbox"/>	Universitario	<input type="checkbox"/>
Postgrado	<input type="checkbox"/>	NS / NR	<input type="checkbox"/>

4. Su ingreso mensual esta entre (SMLV salario mensual legal vigente):			
Menos de 1 SMLV	<input type="checkbox"/>	Entre 1 y 2 SMLV	<input type="checkbox"/>
Más de 2 SMLV	<input type="checkbox"/>	No genera ingresos	<input type="checkbox"/>
NS / NR	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

5. Su actividad principal es:			
Independiente/ informal	<input type="checkbox"/>	Empleado	<input type="checkbox"/>
Ama de casa	<input type="checkbox"/>	Estudiante	<input type="checkbox"/>
Desempleado	<input type="checkbox"/>	Pensionado	<input type="checkbox"/>
No responde	<input type="checkbox"/>		

6. Localidad en la que reside:			
Usaquén	<input type="checkbox"/>	Suba	<input type="checkbox"/>
Chapinero	<input type="checkbox"/>	Barrios Unidos	<input type="checkbox"/>
Santafé	<input type="checkbox"/>	Teusaquillo	<input type="checkbox"/>
San Cristóbal	<input type="checkbox"/>	Mártires	<input type="checkbox"/>
Usme	<input type="checkbox"/>	Antonio Nariño	<input type="checkbox"/>
Tunjuelito	<input type="checkbox"/>	Puente Aranda	<input type="checkbox"/>
Bosa	<input type="checkbox"/>	La Candelaria	<input type="checkbox"/>
Kennedy	<input type="checkbox"/>	Rafael Uribe Uribe	<input type="checkbox"/>
Fontibon	<input type="checkbox"/>	Ciudad Bolívar	<input type="checkbox"/>
Engativa	<input type="checkbox"/>	Sumapaz	<input type="checkbox"/>

7. ¿Está afiliado al Régimen Subsidiado?:	
Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

8. ¿A qué Empresa Promotora de Salud Subsidiada EPSS está afiliado?:

9. ¿De los siguientes enunciados indique según su conocimiento, la que define el Régimen subsidiado en salud?

- | | |
|---|-----|
| a. Servicio de salud que subsidia el gobierno dirigido a personas de escasos recursos. Subsidio del gobierno para la salud. | () |
| b. Empresa, programa que presta servicios de salud a estratos 1 y 2. Sistema de salud para estratos bajos. | () |
| c. Entidad promotora de salud. Entidad que presta el servicio de salud. | () |
| d. Es lo mismo que el SISBEN. Servicio de salud para los que están en el SISBEN. | () |
| e. Ayuda económica para las personas más necesitadas. Salud a bajo costo. Gratuidad. | () |

10. ¿Del siguiente listado, cuáles cree que son las entidades que lo atienden en el régimen subsidiado?

- | | |
|---|-----|
| a. Empresa Promotora de Salud EPSS | () |
| b. Administradora de Régimen subsidiado ARS | () |
| c. Cajas de compensación familiar | () |
| d. Hospitales y clínicas | () |
| e. SISBEN | () |
| f. Gobierno / centros de salud | () |
| g. Ninguno | () |
| h. NS /NR | () |

11. ¿De dónde sale el dinero para financiar el Régimen subsidiado en salud?:

- | | | | |
|-------------------------|-----|-------------------------------------|-----|
| Del Gobierno | () | De los pobres | () |
| De los impuestos | () | Regalías | () |
| De los que pueden pagar | () | Del aporte que hacen otros países | () |
| Del municipio | () | Plata confiscada al narcotráfico | () |
| Otro | () | Programa desplazados/desmovilizados | () |
| NS/NR | () | | |

12. ¿De los siguientes enunciados qué es para usted el plan obligatorio de salud?:

- | | |
|---|-----|
| a. Derechos que tienen los afiliados en salud. Medicinas y tratamientos | () |
| b. Afiliarse a una EPSS | () |
| c. Obligación del estado | () |
| d. Medicamentos / procedimientos | () |
| e. Es igual al SISBEN | () |

13. ¿Marque según su conocimiento, qué coberturas tiene el Plan Obligatorio de Salud subsidiado POSS?:

- | | |
|---|-----|
| a. Atención de Urgencias | () |
| b. Atención a embarazadas y recién nacidos | () |
| c. Atención a diabéticos e hipertensos | () |
| d. Esterilizaciones hombre o mujer. Cirugías. | () |
| e. Atención en cáncer | () |

14. ¿Según su conocimiento qué personas se afilian al Régimen Subsidiado?:	
a. Los más pobres o que no tienen trabajo	()
b. Los que tienen encuesta SISBEN	()
c. A los desplazados y desmovilizados	()
d. A los niños abandonados en el ICBF	()
e. A los de la tercera edad	()

15. ¿Conoce qué entidad es la responsable de que el Régimen Subsidiado en Salud funcione en Colombia?:	
a. Ministerio de la protección Social	()
b. Alcaldías	()
c. Las EPSS	()
d. Los hospitales	()
e. El gobierno de turno	()

Gracias por su participación