

**ACCESO AL SISTEMA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO Y LOS
DETERMINANTES QUE GENERAN INEQUIDAD EN LA COBERTURA DEL
ASEGURAMIENTO PARA LA CIUDAD DE BOGOTA 1994-2006.**

*Edith Fernanda Toro Jiménez
Gina Paola Espinosa Rodríguez*

UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD DE ECONOMIA
BOGOTA D.C.
2009

**ACCESO AL SISTEMA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO Y LOS
DETERMINANTES QUE GENERAN INEQUIDAD EN LA COBERTURA DEL
ASEGURAMIENTO PARA LA CIUDAD DE BOGOTA 1994-2006.**

EDITH FERNANDA TORO JIMENEZ
GINA PAOLA ESPINOSA RODRIGUEZ

Trabajo de grado como requisito para optar para el
Titulo de Economista

Dr. Carlos Arturo Meza Carvajalino
Director del Trabajo de Grado

UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD DE ECONOMIA
BOGOTA D.C
2009

NOTA DE ACEPTACIÓN

Dr. Carlos Vanegas
Jurado

Dr. Carlos Arturo Meza Carvajalino
Director del Trabajo de Grado

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

Simón Bolívar.

“Un Estado es, ante todo, una organización que provee de bienes públicos a sus miembros”

Mancur Olson.

Agradecimientos

En primera instancia queremos agradecer a Dios, por permitirnos lograr nuestros objetivos, por darnos los instrumentos necesarios para desarrollar nuestras cualidades; la sabiduría, la paciencia y la fortaleza para enfrentarnos a los retos que se nos presentan a diario. Por permitirnos seguir creciendo como personas y como profesionales.

En segunda instancia, un agradecimiento muy especial para nuestros padres y hermanos, por ser ellos el principal apoyo para llevar a cabo todos nuestros sueños, por caminar junto a nosotras para hacer realidad este proyecto.

Finalmente agradecemos a los docentes que han colaborado en este trabajo, al Doctor Carlos Arturo Meza Carvajalino, por ser la persona que nos guió para el desarrollo de este trabajo y al profesor Carlos Vanegas, por su colaboración y consejos.

RESUMEN

El nuevo sistema de seguridad social en salud colombiano, creado con la Ley 100 de 1993, tiene como objetivo garantizar y universalizar el acceso equitativo a la atención en salud para toda la población, principalmente sobre aquellos individuos que no pueden hacer uso de los servicios de salud por razones económicas. Se busca que realmente quien necesita los servicios de salud pueda hacer uso de ellos y satisfaga sus necesidades. En este sentido, aunque la cobertura en salud se incrementó significativamente con la reforma en salud, se evaluará si el acceso efectivo a los servicios de salud ha mejorado de la misma manera.

En esta investigación se analizó el acceso al sistema de salud para la población afiliada al régimen subsidiado del Distrito Capital. Por medio de un análisis descriptivo, que permitió conocer los resultados de las políticas implementadas por la Secretaría Distrital de Salud para la ciudad de Bogotá en cumplimiento de los principios expuestos por la Ley 100 de 1993.

Palabras clave: reforma del sector salud, acceso a los servicios de salud, equidad, cobertura, población pobre.

Summary

The new system of social security and health in Colombia, created with the one hundred law from 1993 year, it has as objective to guarantee and universalize the fair access to attention in health for all population, mostly for those people that can't do use of health services because economic reasons. It's really try who needs the health service can do use of them and satisfies his necessities. In this way, even though the covering in health increased significantly whit the health reform, it will be evaluated if the effective access to health services, have improved in the same way.

This investigation analyzed the access to health system for population joined to subsidized regimen of capital district. Across from a descriptive analysis that allowed to know the results of the policies implemented by district secretary of health for Bogotá city in fulfillment of the principles exposed by the one hundred law from 1993 year.

Key words: Reform from health sector, health services access, justness, covering, poor population

INDICE

Introducción

CAPITULO 1 EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

1.1 La salud como un bien público	15
1.2 Antecedentes históricos de la reforma colombiana en salud.....	18
1.3 Descripción general de la reforma en salud en Colombia. Ley 100 de 1993.....	22
1.4 Desarrollo de la ley 100 de 1993 en salud en el Distrito Capital..	26

CAPITULO 2 EL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD

2.1 El plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S).....	32
2.2 Inspección, vigilancia y control del sistema de salud en el régimen subsidiado.....	33
2.3 Cobertura de aseguramiento en salud para el régimen subsidiado en la ciudad de Bogotá.....	33
2.3.1 Necesidad y uso de los servicios en salud.....	38

CAPITULO 3
EL SISBEN COMO HERRAMIENTA DE FOCALIZACIÓN

3.1	Sistema de Selección de Beneficiarios – Sisben.....	41
3.2	La efectividad del índice Sisben.....	42
3.3	Cobertura de la afiliación por medio de las encuestas del sisben.	42
3.4	Errores en la focalización.....	43
3.5	¿el régimen subsidiado permite acceder a los servicios de salud sin ninguna dificultad?.....	44

CAPITULO 4
LOS HOSPITALES PÚBLICOS Y EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD EN BOGOTA

4.1	El hospital como organismo público.....	49
4.2	Demanda potencial de los afiliados al régimen subsidiado y la población no vinculada a las EPS-S.....	50
4.3	Oferta total de las EPS-s y entidades estatales hacia el régimen subsidiado de salud.....	52
4.4	Oferta de los servicios de salud en Bogotá por parte de los organismos distritales.....	55
4.5	Comparación entre oferta de servicios de salud por parte de los organismos distritales	

y la demanda del régimen subsidiado.....57

CAPITULO 5

Conclusiones..... 59

Bibliografía.....61

Anexos

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1. SECTOR SALUD - NACION DISTRITO.....	29
CUADRO 2. REGIMEN SUBSIDIADO EN BOGOTA PARA LA POBLACION AFILIADA POR AÑOS.....	34
CUADRO 3. MOTIVOS DE NO USO DE SERVICIOS DE SALUD, SEGÚN LOCALIDAD.....	40
CUADRO 4. DISTRIBUCION DE LA POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO POR METODOLOGIA Y NIVEL DEL SISBEN, AÑO 2006.....	44
CUADRO 5. POBLACION PROYECTADA SEGÚN CENSO 2005.....	51
CUADRO 6. PROYECCION DE LA POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO EN BOGOTÁ.....	51
CUADRO 7. TOTAL PRESTADORES DE SERVICIO DE SALUD AL 2005 EN BOGOTÁ.....	53
CUADRO 8. OFERTA DE CAMAS DE DISPONIBLES EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCION EN HOSPITALES...56	
CUADRO 9. DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN GENERAL DE BOGOTA CON RESPECTO AL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD.....	57

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1. ASEGURAMIENTO EN SALUD POBLACION AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO BOGOTA 1997- 2008.....	35
GRAFICO 2. AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO. DISTRIBUCION POR SEXO, BOGOTA 2003 – 2008.....	36
GRAFICO 3. POBLACION AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO POR LOCALIDADES EN LA CIUDAD DE BOGOTA EN EL AÑO 2005.....	37
GRAFICO 4. PERCEPCION SOBRE SALUD SEGÚN SEXO EN LA CIUDAD DE BOGOTA.....	38
GRAFICO 5. USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LOCALIDAD Y SEXO.....	39
GRAFICO 6. DISTRIBUCION DE LA POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO SEGÚN NIVEL DE SISBEN, BOGOTA. 2006.....	45
GRAFICO 7. DISTRIBUCION DE LA POBLACION AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO, NIVEL 1 Y 2 DEL SISBEN Y SEXO 2006.....	46
GRAFICO 8. DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN GENERAL EN BOGOTA CON RESPECTO AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD.....	58

INDICE DE ESQUEMAS

ESQUEMA 1. CLASIFICACION DE LA POBLACION EN EL SGSSS.....	26
---	----

INTRODUCCION

La reforma en salud en Colombia se produce en un contexto caracterizado por cambios mundiales que han globalizado la economía y han orientado los países hacia la modernización de los Estados y a la puesta en marcha de nuevas políticas sociales. Por tal motivo, la creación del Sistema General de Seguridad de Seguridad Social en Salud pretende conseguir la cobertura universal en salud. Bajo dos regimenes de aseguramiento: el contributivo y el subsidiado. El aseguramiento deberá garantizar la distribución equitativa de los subsidios y la accesibilidad efectiva a los servicios de salud, sobre la base de un Plan Obligatorio de Salud, progresivamente igual para todos y ofrecido en condiciones de calidad y eficiencia. Esta evaluación se expondrá en el primer capitulo, resaltando los principios y objetivos que confiere la ley para que la población acceda al sistema de salud.

En el capitulo dos se hace un análisis del régimen subsidiado, que definió la Ley 100 de 1993 por la cual se debe garantizar acceso sin exclusión alguna a la población más vulnerable; este régimen de salud se financia con aportes de la nación, de los entes territoriales, del punto de solidaridad del régimen contributivo y de las transformaciones de las cajas. Además, se estudiara el desarrollo de las políticas implementadas por el Distrito destacando los avances en cobertura del aseguramiento para la ciudad de Bogotá. En el tercer capitulo se describe el papel que desempeñan las entidades territoriales en la selección de sus afiliados por medio del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) y se examinara si este instrumento de focalización a resultado un elemento eficiente para suplir las necesidades en salud de la población pobre. La reforma en salud establece un mercado competitivo, donde el eje del sistema debe velar por el acceso efectivo al Sistema de Seguridad Social en Salud a través del aseguramiento. Por ello para cumplir a cabalidad con estos objetivos, el Estado delega parte muy importante de sus funciones a las empresas aseguradoras.

En el capítulo cuatro se estudiara el cambio institucional que sufrieron los hospitales, y la estructuración de sus funciones, conforme lo exigía la reforma en salud. En esta ciudad se puede medir el efecto de la descentralización y el impacto del mercado en los procesos de aseguramiento y prestación de servicios. Para cumplir con estas metas, desde 1990 la Secretaria Distrital de Salud se ha reorganizado en diferentes aspectos; los hospitales públicos se han convertido en Empresas Sociales del Estado, al asumir la inclusión de las aseguradoras tanto del régimen contributivo como subsidiado.

El vigente sistema de salud transformó el papel de los hospitales públicos, delegando responsabilidades a la Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), para que se especialicen en la prestación de servicios asistenciales de carácter personal contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Bajo este nuevo escenario se obliga a los hospitales que presten sus servicios a las personas que lo necesiten conforme sus necesidades. Por tal razón, será necesario evaluar las distintas unidades de prestación de servicios del Distrito Capital. Por ello, Bogotá es sin duda el mejor escenario para poner a prueba la operación real de las leyes 10 de 1990, 60 y 100 de 1993.

Por otra parte, es significativo destacar que Bogotá en su calidad de Distrito Capital concentra el fenómeno del desplazamiento e inmigración de comunidades con alto riesgo de enfermar que esperan ser afiliados al régimen subsidiado, por tal razón aunque las políticas de aseguramiento estén aumentando la población entrante en la ciudad por razones de violencia u otras circunstancias hacen pensar que la administración pública no esta cumpliendo con los propósitos establecidos desde un principio. En este contexto, cabe mencionar que la administración debe seguir implementando mecanismos que faciliten el acceso de la población a los servicios de salud a nivel de ciudad y país. Por ultimo, en el quinto capitulo, se presentan las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO 1

EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA.

El Sistema General de Seguridad social en Salud SGSSS en Colombia, está constituido dentro de unos principios legales, concebidos con el fin de lograr el bienestar social de una determinada comunidad; estas políticas actúan como un mecanismo que busca garantizar a toda la población un progreso en las condiciones de vida. Los sistemas de salud, deben ajustarse de manera permanente conforme lo exijan las necesidades en salud de los individuos y colectivos; asegurando el acceso a la atención en salud de los colombianos con independencia de su condición socioeconómica, protegiéndoles a través de su afiliación al sistema de seguridad social.

1.1 LA SALUD COMO UN BIEN PÚBLICO

Los bienes públicos, son aquellos bienes sociales o colectivos cuyo consumo por parte de cada individuo, no supone una disminución del consumo efectivo de los demás miembros de la sociedad. Esta clase de bienes exhiben dos características que los diferencian claramente de los bienes privados: la condición de no rivalidad y la no exclusión en el consumo. Un bien es de naturaleza no rival, cuando se hace uso de él y sus beneficios no interfieren o no disminuyen la cantidad disponible para los demás consumidores. La no exclusividad de un bien, significa que no se puede impedir que aquellos que no cuentan con una capacidad óptima hagan uso del bien. Según Samuelson (1995) un bien es no excluyente, cuando al producirse se produce para todos.

En consecuencia, existen situaciones en las cuales los individuos se favorecen de un bien público sin haber contribuido a su financiación (free-riders); la gente puede consumirlos sin necesidad de pagar por ellos disfrutando de esta manera de los beneficios que le proporcionan el uso de estos bienes y son otros individuos quienes asumen los costos de producirlo, de modo que al final

el bien no se producirá o se producirá en niveles subóptimos. Por lo cual, se considera que la presencia de los bienes públicos constituye un fallo de mercado; pues por sus propiedades de no exclusión y no rivalidad esta clase de bienes originan externalidades o efectos externos positivos y negativos a los miembros de la sociedad.

Los efectos externos o externalidades aparecen en muchos casos, cuando la acción de una tercera persona afecta a otros individuos obligándolos a sumir un costo ajeno que no tiene compensación, o en otros casos, se perciben beneficios cuando las acciones de un individuo generan bienestar a otros miembros de la sociedad o a un grupo de la economía sin recibir pago alguno por el bienestar generado.

Por ende, un fallo de mercado, aparece cuando el mercado como mecanismo de asignación no es capaz de proporcionar un bien en la cantidad deseada por los consumidores, por lo que se considera pertinente asumir el papel social de los bienes públicos como una responsabilidad del Estado, ya que será la intervención estatal, la que suministre los medios suficientes para producir la cantidad óptima del bien y crear un ambiente propicio para la asignación eficiente de los recursos. Arrow (1963), considera que cualquier análisis de los mercados sanitarios, debe hacerse partiendo de la idea de que los bienes y servicios médicos, se caracterizan por ser limitados y que por ende para hacer buen uso de los recursos que ofrece un bien público como la salud, se hace pertinente la participación del Estado en la regulación de los servicios.

En las condiciones de competencia perfecta, el óptimo sería que los mercados se autorregulen y suministren los bienes y servicios suficientes, para cubrir las falencias de los individuos. Según Stiglitz (2002) los bienes y servicios públicos puros no son los únicos que los mercados proveen inadecuadamente.

La sociedad en su conjunto, considera que el acceso a los servicios de salud es un derecho de todos los individuos que debe ser protegido y garantizado por el Estado. Sen (1998) bajo la perspectiva social, concibe al hombre como objetivo y fin de las políticas públicas, hablar de justicia social, es evaluar las posibilidades de acceso de los individuos más vulnerables, a los denominados bienes públicos. Asumiendo como premisa básica, que los individuos prefieren de manera racional la opción que genere mayor bienestar y que implique menos esfuerzo.

En el mercado, la importancia de que los agentes económicos tomen sus decisiones acorde con sus necesidades, debe también hacerse conciente de que las opciones que elijan están predeterminadas por un mercado con información imperfecta; fallo de mercado que genera anomalías en el comportamiento de los actores, de tal forma que se puede producir selección adversa y riesgo moral.

La selección adversa, es un fallo de mercado consecuencia de la información asimétrica, se presenta cuando en el intercambio uno de los agentes económicos posee información oportuna que el otro agente desconoce. Y el fenómeno de riesgo moral, se entiende como la utilización por parte de los individuos de una cantidad mayor de servicios sanitarios, cuando se tiene un seguro que cuando no se está asegurado. La teoría neoclásica supone que la asignación de los recursos más eficiente, se logra solo si los agentes que intervienen en el mercado, cuentan con información completa sobre los bienes y servicios que pueden adquirir. Como señala Stigler (1961) la información es un recurso valioso que evidencia poder.

1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA REFORMA COLOMBIANA EN SALUD

La Seguridad Social en Salud en Colombia es el resultado toda una evolución histórica y social; que se desarrolla a lo largo de cuatro períodos establecidos entre el pasado siglo y parte del presente, que anteceden al actual proceso de reordenamiento institucional del Sector de la Salud.

El tema de la Seguridad Social surge por primera vez en el Congreso de Angostura en 1819, con el libertador Simón Bolívar, quien plasma en su discurso el siguiente ideal: “El sistema de gobierno más perfecto es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política”. Las bases conceptuales y teóricas del Sistema de Seguridad Social se apoyan en la Ley del Seguro Social Obligatorio; expuestas por Otto von Bismarck de la Alemania naciente de 1883, William Beveridge y Paine; quienes representan, en su propio estilo, las formas de acercarse a la seguridad social. Se considera a Bismarck como el creador del llamado “estado de bienestar” por la concepción a finales del siglo XIX de un sistema de seguro médico que amparaba al trabajador contra accidentes, enfermedades y protección para la vejez; una política proteccionista expresada bajo el esquema del aseguramiento.

La crisis económica de los años 30, evidencia la necesidad del entorno económico de velar por el bienestar de la sociedad, a través de un nuevo planteamiento económico para hacer realidad el derecho a la salud. Esta nueva economía, fue propuesta por Keynes y su intérprete al universo de la sanidad fue William Beveridge en 1942; quien bajo la influencia de un plan que lleva su nombre gesta una oleada ideológica, en materia de Seguridad Social. En su perspectiva, comparte lo expuesto por Bismarck además de considerar, que se es posible pasar de un sistema de aseguramiento, que no solo favorezca al conjunto de personas que aportan, sino también a quienes no lo

hacen. Para el modelo beveridgeano, todo individuo que reciba alguna remuneración del trabajo o del capital, debería aportar una parte de sus ingresos para poder suministrar a todos los individuos de la sociedad un nivel mínimo de servicios. Paine, considera que además del aseguramiento y la solidaridad en salud, la equidad lleva a una mejor distribución del ingreso entre todos los miembros de la sociedad.

Posteriormente, Colombia retoma la idea de Seguridad Social, como un esquema de asistencia pública que tiene sus raíces en los finales del siglo XIX y que se le denomina “Modelo Higienista” (1886-1947), en él, el proceso Salud – Enfermedad, es asumido como el resultado de la exposición a condiciones ambientales inadecuadas, pero que puede ser controlado a través de medidas higiénicas. En el inicio de esta etapa la salud ocupó un espacio en las constituciones de la época bajo el esquema de “asistencia pública” para los incapacitados para trabajar y como “salubridad pública” en la actividad industrial y profesional. Hacia 1945 se creó la Caja Nacional de Previsión Social que atendía la salud de los empleados públicos y que dio origen a la aparición del sistema de seguridad social en Colombia. Luego en 1946 se crea el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (hoy Instituto de Seguros Sociales) que atendía a los empleados del sector privado formal; también para este mismo año se funda la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Higiene para Colombia. Finalizando este periodo en 1947 con la creación de la Organización Panamericana de la Salud.

Entre 1948 y 1970 el concepto de Salud Pública se integra a las perspectivas del desarrollo mundial. Para la década de los 50 se presentan cambios institucionales muy importantes para el país; en 1953 el antiguo Ministerio de Higiene se convierte en el Ministerio de Salud Pública, acontecimiento que se presenta acorde con la tendencia salubrista de la época.

Durante los años 60, Colombia emprendió el camino de la planificación para el desarrollo socioeconómico desde el Estado, contexto que se adquirió en el marco de los pactos internacionales establecidos en la Alianza para el Progreso. En este modelo, la salud sería asumida como una inversión pública, articulada por el Estado y no como un gasto. Para entonces, el entorno sociopolítico del país estaba influenciado por los dos partidos políticos que conformaban el Frente Nacional.

La tercera etapa de la historia de la seguridad social en Colombia, corresponde a los años 70 y 80, época en la cual se inicia una serie de cambios de mucha trascendencia para el país. En la década de los setenta, se organiza jurídicamente el sistema de salud y comienzan un proceso de transición que tiene sus inicios con la creación del Sistema Nacional de Salud establecido por el Decreto de Ley 056 de 1974, se define como el conjunto de organismos, instituciones y entidades que tenían como finalidad específica velar por la salud de la población; mediante un diseño estructural que se componía por tres subsectores: el oficial, el de seguridad social y el privado; en todo independientes. Además se establece un diseño tripartito (estado-empleadores-empleados) de financiación para la prestación de los servicios de salud a la población trabajadora formal (PNUD, 1198 citado en Meza, 2004). Este periodo también incluyó una reorganización del Instituto Colombiano de Seguros Sociales en 1977; con los Decretos de Ley 1650, 1651, 1652 de 1977, convirtiendo a la entidad en el actual Instituto de Seguros Sociales.

Durante los años de permanencia del modelo, la lógica de la caridad siguió primando; razón que creó la necesidad de introducir reformas acordes con un nuevo modelo basado en la eficiencia, la competencia y la descentralización. En consecuencia, se expidió el Decreto 77 de 1989 y la Ley 10 de 1990. Esta ley, básicamente otorga a los municipios y departamentos las competencias y responsabilidades, en cuanto al manejo de los recursos destinados a la salud.

El ambiente sociopolítico de comienzos de la década de los noventa, exigía un reordenamiento institución, capaz de transformar el modelo de salud que hasta el momento se desarrollaba; un modelo de carácter nacional con predominio absoluto de lo público por un esquema más equitativo en la prestación de los servicios sanitarios. Los cambios institucionales que experimento el sistema de salud pública en Colombia, se constituyen en los preámbulos de la Constitución Política de 1991; según la cual, se establecen las bases fundamentales para crear un Estado social de derecho. En este nuevo esquema se definirán los marcos jurídicos para que se fundara la Ley 60 de 1993 con la cual, se otorgaron de manera más precisa y clara los recursos que debían ser asignados a los territorios, con los que pudieran desempeñar de forma eficiente las labores pertinentes al área de la salud.

No obstante, el reciente panorama legislativo de la salud, no fue suficiente para reestructurar el esquema institucional de la Seguridad Social propuesta por la Ley 10 de 1990, y que luego fue complementada por la Ley 60 de 1993. En consecuencia, uno de los principales argumentos en los que se sustentó el afán de reformar nuevamente el sistema de salud, fue la necesidad de buscar un sistema más equitativo, solidario y eficiente. En este sentido, se quería consolidar un servicio único de salud integrado, que garantizara bienestar social.

A partir de 1993, se inició la introducción de un modelo de aseguramiento público, altamente descentralizado, proyecto que buscó adaptar la salud al libre mercado, estimulando la competencia y delimitando sustancialmente la responsabilidad del Estado por medio de la delegación de funciones administrativas al sector privado. La Ley 100 de 1993 desarrollo los principios constitucionales de eficiencia, calidad y equidad; y definió formalmente la organización y funcionamiento del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Posteriormente, se presentan algunas modificaciones de carácter normativo y técnico en la ley 100 de 1993, estas modificaciones están plasmadas en la sancionada ley 1122 de 2007, que reforma la reforma. La Ley 1122 de 2007 es el resultado de un proceso político que se agudizó desde el 2003, como una alternativa que proporcionara respuesta a las inconformidades que diferentes sectores manifestaban acerca del desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en particular sobre temas como cobertura, acceso, calidad de los servicios, flujo de recursos, futuro de las entidades públicas y mecanismos de contratación entre administradores y prestadores.

1.3 DESCRIPCION GENERAL DE LA REFORMA EN SALUD EN COLOMBIA. LEY 100 DE 1993

En Colombia la reforma del Sistema Nacional de Salud (SNS) se definió con la puesta en marcha del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuyo resultado fue la Ley 100 de 1993 «por la cual se crea el sistema de Seguridad Social Integral» estableciéndose una nueva legislación sobre Seguridad Social en el país.

El nuevo diseño en el sistema de salud se presenta como un ente transformador, orientado en tres direcciones: la desmonopolización de la Seguridad Social en Salud para los trabajadores del sector privado al ofrecerles la opción de elegir la entidad que les preste el servicio de salud; la figura del sector privado como alternativa adicional al Instituto de Seguros Sociales (ISS) y la aparición de un sector subsidiado que se sustenta en la creación de un Fondo de Solidaridad y Garantía, que brinda aseguramiento a la población pobre del país.

La Ley 100 de 1993 constituye un cambio de perspectiva hacia la demanda, la privatización y liberación del mercado con el fin de facilitar el cumplimiento de

los programas de salud. Bajo este nuevo esquema las empresas se enfrentan, entonces, a una competencia en salud; una competencia por la mejor calidad de servicios.

Como lo expone Jaramillo (1999), el nuevo diseño en salud propone una reorganización administrativa y financiera que permita lograr la cobertura universal, crear un régimen que beneficie a la población mas vulnerable sin capacidad de pago, fomentar las relaciones competitivas entres sus agentes, la libre elección del usuario, garantizar la promoción, vincular al sector privado en el sistema de salud, impulsar un mecanismo de compensación y solidaridad, además de un control de los costos, reformar los hospitales públicos y descentralizar la salud pública.

El Sistema de Seguridad Social en Salud se rige por un conjunto de principios constitucionales, respaldados por el Estado y contemplado en la Ley 100 de 1993. Estos preceptos orientadores son:

- **Eficiencia.** Es el mejor uso social y económico de los elementos suministrados por la administración, para que la utilidad y beneficios a la que la seguridad social esta orientada sean suministrados en óptimas condiciones, pertinente y suficiente.
- **Universalidad.** Es la inclusión con garantía de todos individuos de la sociedad en los servicios de salud, sin discriminación por raza, sexo o posición económica.
- **Solidaridad.** Es el apoyo mutuo que se brindan los miembros de una sociedad con el fin de lograr un beneficio para cada uno de ellos. La protección del más fuerte hacia el más frágil.

- **Integralidad.** Es la cobertura de todas las eventualidades que afectan la salud.
- **Equidad.** Consiste en la prestación oportuna y con igual calidad y acceso a los servicios de salud. Independientemente de su capacidad de pago. La equidad en salud puede ser analizada desde distintos puntos, los más relevantes en el SGSSS son: la equidad en el cubrimiento de riesgos, en la cobertura, en el acceso efectivo y en la entrega de medicamentos.

Uno de los elementos más importantes del sistema tiene que ver con la equidad que se reconoce constitucionalmente como la oportunidad de los individuos en especial la población pobre a ser protegidos y ha hacer valer sus derechos. La Ley 100 de 1993, el Sistema General de Seguridad Social se compromete a “proveer gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia independientemente de su capacidad de pago”.

- **Obligatoriedad.** Los individuos deben afiliarse al SGSSS ya sea por medio de una relación empleado - empleador, esto, para la población que cuentan con un contrato de trabajo o por parte el Estado se debe posibilitar la afiliación a la población mas vulnerable que no cuente con un vínculo laboral o con capacidad de pago.
- **Libre elección.** el usuario que este vinculado al SGSSS, tiene derecho a la libre escogencia entre las distintas entidades administradoras y prestadoras de servicios de salud. En función del prestigio, la calidad o accesibilidad geográfica que se ofrece a los afiliados.
- **Participación social.** Todos los individuos de una sociedad son aptos para pertenecer al SGSSS, por consiguiente se estructura un espacio para la

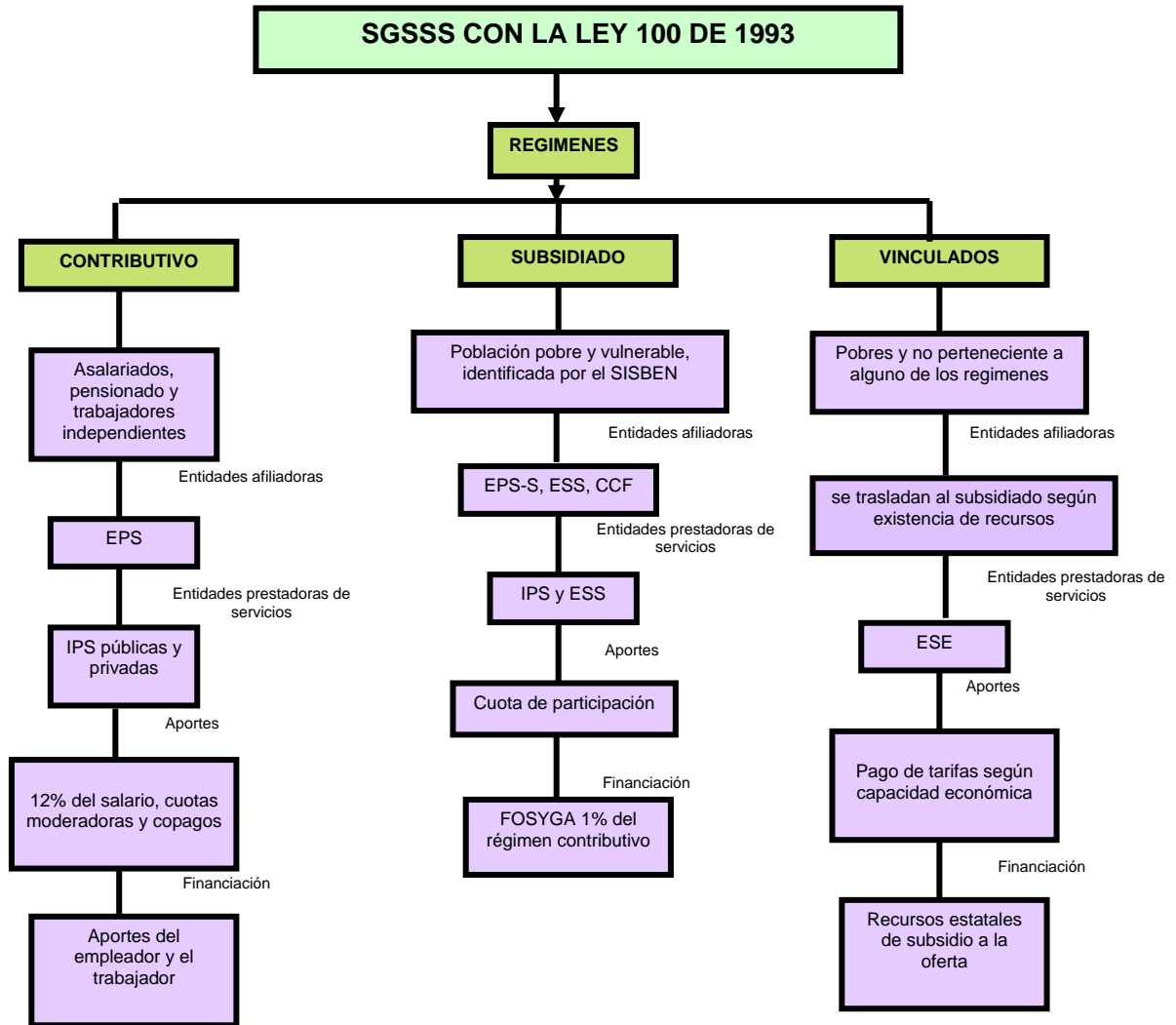
participación, organización y control de las instituciones que componen el sistema de salud.

- **Calidad.** La ampliación en cobertura no garantiza explícitamente calidad. Por ello, para velar por el mejoramiento en la prestación de los servicios se crea el sistema de garantía de la calidad.

La reforma del sistema de salud, se fundamenta sobre un modelo de competencia regulada, entre aseguradoras, delimitado por un ingreso per cápita conocido como la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y un producto igual para los dos regímenes el Plan Obligatorio de Salud (POS). La reforma en salud, estructura dos regímenes perfectamente definidos: el contributivo y el subsidiado. Pero también, se evalúa las personas no cubiertas por ninguno de los regímenes quienes se convierten en vinculados al sistema.

El sistema de aseguramiento en salud colombiano ofrece dos formas para acceder al SGSSS en calidad de afiliado; a través del régimen contributivo o por medio del régimen subsidiado, según la capacidad de aporte. Esquema 1.

ESQUEMA 1. CLASIFICACION DE LA POBLACION EN EL SGSSS



Fuente: Cuadro diseñado por las autoras con base en la Ley 100 de 1993.

1.4 DESARROLLO DE LA LEY 100 DE 1993 EN SALUD EN EL DISTRITO CAPITAL

La estrategia de salud para Bogotá, se desarrolla dentro de un marco legal ya definido por la Ley 100 de 1993.; Ley que estable las bases para un modelo de salud descentralizado en la provisión de servicios y de libre competencia en el

proceso de aseguramiento social. La Secretaría Distrital de Salud se comprometió con la ciudad a garantizar el acceso a los servicios de salud a la población más pobre y vulnerable, para lo cual ha fijado algunos objetivos encaminados hacia la identificación de los posibles beneficiarios de los subsidios y la creación de un entorno que permita un acercamiento entre las personas y el sistema de seguridad social en salud, en el contexto del aseguramiento.

El plan de salud de la capital del país, exige un esquema institucional capaz de fortalecer las políticas de salud pública, objetivo que se espera lograr por medio del diseño de un plan de atención básico en salud, una reestructuración de los organismos que dirigen el sistema de salud, transformando en primera instancia los hospitales en Empresas Sociales del Estado; con iniciativa y objetivo de prestar un servicio basado en la eficiencia y calidad. La reforma en salud, para Bogotá establece el papel a desempeñar de las secretarías locales de salud como entidades o dependencias diferentes a los hospitales, puesto que los hospitales han evolucionado en un proceso de autonomía y descentralización.

La reforma buscaba dar solución a la insuficiente cobertura en la salud que se presentaba en la ciudad hasta este momento, a través de múltiples formas de acceso tanto para los grupos de afiliados y no afiliados, que estructuran el esquema de salud para Bogotá. El régimen contributivo conformado por trabajadores y pensionados del sector público y privado con su unidad familiar y por trabajadores independientes con capacidad de pago y su núcleo familiar; dentro de estos pueden identificarse los grupos que están en los regímenes especiales. Los del contributivo y los que tiene planes complementarios de salud o seguros.

Los afiliados al régimen subsidiado, están constituidos por la población sin capacidad de pago que se hace beneficiario del sistema de salud a través del

su clasificación en el Sisben; además de prevalecer la población clasificada como no afiliada que en razón de su incapacidad de pago, también tienen derecho a la atención en salud que prestan las instituciones públicas y privadas que sean controladas por el Estado, mientras logran ser vinculadas al régimen subsidiado.

Entre otros proyectos específicos, se encuentra la necesidad de implementar las políticas de un régimen subsidiado, a través de la sisbenización de los habitantes de escasos recursos de la ciudad, orientados a generar avances significativos en equidad y cobertura en el aseguramiento para los habitantes de Bogotá.

La obligación social con la población más vulnerable que ha sido excluida del aseguramiento en salud, perjudica de manera especial a los niños y ancianos que no cuenta con un respaldo que vele por su bienestar. Aun cuando la Constitución Política de 1991, le dio un estatus especial de derecho a la cobertura y atención en salud a la población infantil, este es el grupo poblacional que mayor grado de desprotección presenta (Castañeda, 2004).

Universalizar el acceso a los servicios de salud, por parte del Distrito, es uno de los objetivos que prima en las políticas de salud pública de la ciudad de Bogotá. Se busca que realmente quien necesita los servicios de salud pueda hacer uso efectivo de ellos y satisfaga sus necesidades.

Para Bogotá los resultados de la reforma en salud, según la Secretaría Distrital de Salud se empiezan a evidenciar hacia el año 2000, con una cobertura en salud para el Régimen Contributivo del 72% de los Bogotanos, 15% afiliados al Régimen Subsidiado y 13% se encontraban sin afiliación. No obstante, el esfuerzo redistributivo que la ciudad ha hecho en materia de cobertura se evidencia un porcentaje mayor de población afiliada al régimen contributivo, mientras la inclusión de los pobres depende de la disponibilidad de los

recursos públicos y parafiscales para financiar los subsidios, y de la clasificación de su tipo de pobreza que se determinara a través de la encuesta Sisben.

CUADRO No 1
SECTOR SALUD - NACION DISTRITO

INDICADORES	Antes de la Reforma (1993)		5 años después (1998)	
	Nación	Bogotá	Nación	Bogotá
%Población total afiliada	24%	30%	60%	81%
%Población pobre afiliada	0%	0%	75%	88%
Número de aseguradores régimen contributivo*	20	2	29	24
Número de aseguradores régimen subsidiado*	0	0	243	18
Recursos públicos total para salud en millones de pesos corrientes de 1998**	1.512.127	171.586	3.654.012	318.753
Recursos de demanda (% del total de recursos públicos para salud)			31%	38%

*Incluye el Seguro Social para los trabajadores del sector privado y las cajas públicas para empleados públicos.

** Tasa de cambio vigente promedio 1998. 1US\$= 1426 pesos

Fuente: Fedesarrollo.

Los logros alcanzados en la cobertura en salud son considerables si se tiene en cuenta que antes de la reforma, la población sin capacidad de pago, considerada como pobre dependía totalmente de la asistencia pública para su atención. Con la Ley 100 se incremento la población afiliada al sistema de salud. Las personas que pertenecían al Sistema Nacional de salud en Bogotá eran solo del 30% y con el cambio institucional aumento un 51% los beneficiarios, teniendo en cuenta que además se centro mucha atención en la población pobre.

Además de los incrementos en cobertura, es importante resaltar el papel que desarrollo la red publica hospitalaria de Bogotá, al transformarse con la Ley

100 de 1993 en Empresas Sociales del Estado, enfrentándose con ello a la sustitución gradual de los subsidios de oferta por los subsidios a la demanda, como resultado de un ambiente basado en la competencia regulada.

CAPITULO 2

EL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD

El régimen subsidiado, nació con la expedición de la Ley 100 de 1993, como un conjunto de normas que buscan vincular los individuos menos favorecidos a través de un sistema de aseguramiento en salud, que les brinde un servicio con calidad conforme sus necesidades y no un mal servicio por caridad. El régimen subsidiado se ha configurado como una política social, que busca mediante la asignación de subsidios construir un esquema que le permita a la población pobre acceder a un plan integral de salud.

Por lo tanto, el régimen subsidiado se encamina a garantizar el derecho a la salud a la población más desprotegida de la sociedad y sin capacidad de pago, quienes se podrán vincular al sistema de salud, a través de una unidad de pago por capitación subsidiada – UPC-S. Para pertenecer al régimen subsidiado de salud, las personas deben ser reconocidas como pobres por medio de la encuesta SISBEN (Sistema de Identificación de beneficiarios de los subsidios); este método de focalización clasifica a la población en 6 niveles, las categorías 1, 2 y 3 son los más pobres. Como beneficiario de este régimen, la persona debe afiliarse a una Administradora del Régimen Subsidiado (ARS), para poder hacer uso de los servicios de salud y contar con los servicios ofrecidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S).

La Secretaría Distrital de Salud determinó que el afiliado en salud bajo el régimen subsidiado tiene derecho a:

- Que le proporcionen los servicios de salud de atención básica en el espacio geográfico donde vive, ya sea barrio o localidad.
- Recibir todos los medicamentos una vez terminada la consulta.
- Recibir la atención necesaria e inmediata en caso de urgencia.
- Recibir toda la atención no incluida en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S), en las Empresas Sociales del Estado.

La administración del régimen subsidiado de salud establece unos entes que deben velar por el buen funcionamiento del sistema; para la financiación y administración del régimen el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y las entidades territoriales, las administradoras del régimen subsidiado (ARS) y las instituciones prestadoras de servicios (IPS).

2.1 EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO (POS-S)

Parte de la evolución normativa del régimen subsidiado tiene que ver con la definición de los contenidos del POS y la Unidad de Pago por Capitación (UPC). La Ley 100 de 1993 establece como regla que el SGSSS debe “regular el servicio público de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención”; con equidad y calidad, independientemente de su condición socioeconómica. Pues, todas las personas beneficiarias del régimen subsidiado tienen derecho a recibir la atención necesaria en salud para mantenerse integralmente sanas. Estas acciones están contempladas en el POS-S y son dirigidas a toda la población que tiene un carnet que lo acredita como beneficiario del sistema.

Para llegar a concluir y suministrar las ayudas necesarias a la población más vulnerable, se utiliza como instrumento de acercamiento y provisión de servicios entre el individuo identificado como pobre y el sistema de salud a los subsidios. Como lo indica Fresneda (2003), el modelo instaurado por la Ley 100 se dirige a ofrecer no sólo un mayor suministro de servicios sino además un aseguramiento universal; dando prioridad en el aseguramiento a la población más necesitada, por medio de la asignación de subsidios.

El plan obligatorio de salud subsidiado contiene:

- Programas y servicios sobre promoción de la salud.
- Programas y servicios orientados a la prevención de enfermedades.
- Cubre las acciones de recuperación.

- Atención de enfermedades de alto costo.

2.2 INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA DE SALUD EN EL REGIMEN SUBSDIADO

El sistema de salud debe garantizar y velar por los derechos sociales de los individuos que aportan económicamente y de aquellos que se hacen partícipes por medio del régimen subsidiado; los órganos de control encargados del buen funcionamiento y operación del sistema están: la Superintendencia de Salud, la Contraloría, la Personería, la Procuraduría, además de los distintos niveles en protección social (Ministerio y direcciones departamentales y locales).

2.3 COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD PARA EL REGIMEN SUBSDIADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA.

Las personas que cumplan con los criterios fijados por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS), como posibles beneficiarios del régimen de subsidios, se inscribirán ante la Dirección de Salud correspondiente, la cual calificara su condición de beneficiario del subsidio según los puntos obtenidos en la encuesta Sisbén.

Según (Veeduría Distrital, 2000), cerca de 32 ARS competían en Bogotá por la afiliación a sus entidades de más o menos un millón de potenciales beneficiarios. No obstante, la base de datos del Sisbén del Distrito Capital de Bogotá alcanza 2.9 millones de personas registradas entre los años 1994 y 1997. Teniendo en cuenta que una vez realizada la encuesta del Sisbén, las personas con puntaje inferior de 48 pueden acceder al Régimen Subsidiado. En Bogotá el límite de corte se amplió a 53, teniendo como precedente las falencias de la encuesta para medir la pobreza urbana.

Con base en los datos suministrados por las ARS y Fedesarrollo, la ciudad aumentó su cobertura en salud para el régimen subsidiado en un 88% sobre su población pobre con Necesidades Básicas Insatisfechas NBI, en el año de 1998 como se observa en el cuadro 2.

**CUADRO 2:
RÉGIMEN SUBSIDIADO EN BOGOTA**

POBLACION AFILIADA POR AÑOS	
1996	699.933
1997	910.474
1998	915.502
1999	994.546
2000	966.982
2001*	1.069.000

2001* META PROYECTADA

FUENTE: OBSERVATORIO DE LA VEEDURÍA DISTRITAL, 2000.

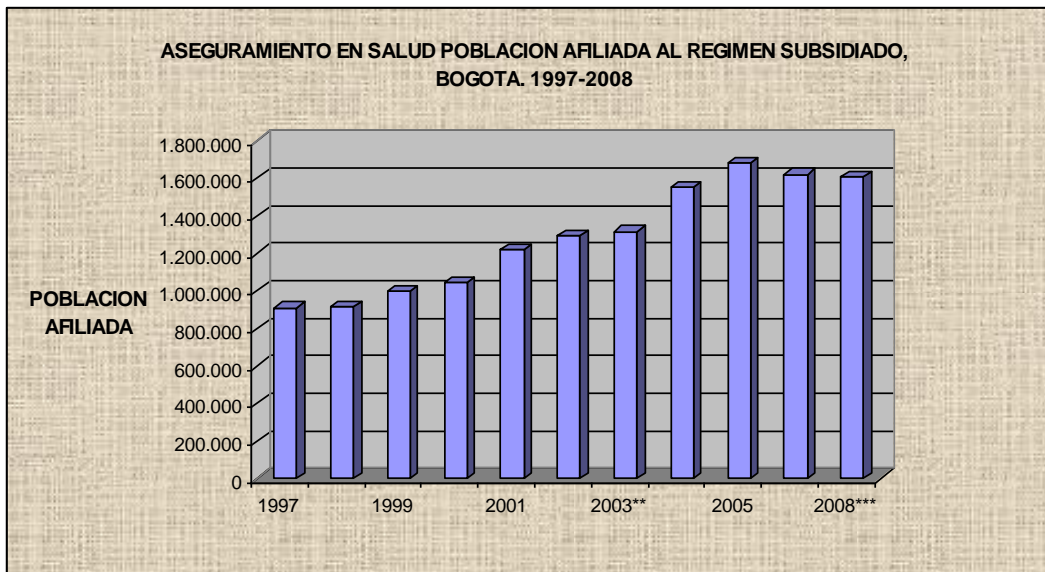
La evolución en materia de cobertura en salud para el Régimen Subsidiado que presentó la ciudad de Bogotá en los primeros años, después de la reforma en el sistema de salud, muestra importantes logros, considerando además que aunque las políticas fueron eficientes, aun no son suficientes para cumplir con la demanda en salud, pues la misma Veeduría Distrital reconoce que existen errores en los métodos de focalización de los subsidios para la población mas vulnerable. Según el Observatorio de la Veeduría Distrital creado en Octubre del año 2000, las deficiencias radican en que:

- Existen personas y familias registradas más de una vez, con diferente puntaje en la encuesta Sisbén.
- La información suministrada por la población no esta georreferenciada.
- El registró de los datos personales de los individuos en la base de datos esta incompleto y con errores.
- Se presentan asimetrías sobre las variables de pobreza.

- No se conoce la cobertura real y efectiva del Sisbén sobre el total de los pobres.

Consecutivamente, la capital del país sigue presentando considerables resultados en materia de cobertura, como lo describe el gráfico 1.

GRÁFICO No 1



*Noviembre de 2000

** Marzo de 2003

*** Abril de 2008

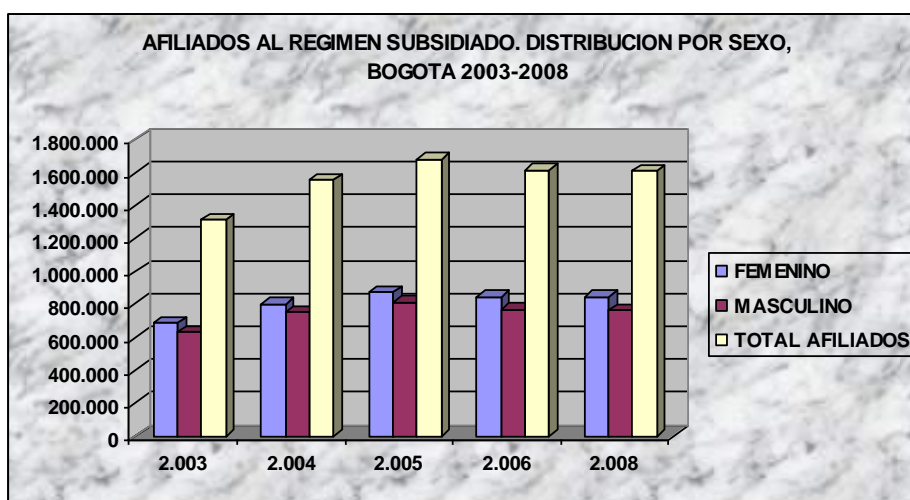
Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos afiliados al régimen subsidiado de salud en Bogotá, D.C.

La segunda etapa de la implementación de la Ley 100 de 1993 que modifica el sistema de salud, la ciudad de Bogotá presentó incrementos muy significativos en el aseguramiento en salud. Algunas de las razones podrían ser que a partir de enero de 1996, se impulsó con mucha fuerza la libertad de elección por parte de la población y la administración fue realizada por las ARS que incluyen las ESS, las Cajas de Compensación Familiar (CCF) y en general, todas aquellas (EPS) públicas, mixtas o privadas que quisieron participar y cumplieron con los requisitos exigidos por la Superintendencia Nacional de Salud.

En el año 2005 en Bogotá se presentó el mayor número de afiliados al régimen subsidiado por parte de las ARS 1.680.537 personas; 128.002 personas se afiliaron al sistema de salud del año 2004 al 2005. Pero el avance mas importante se dio en el año 2004, pues para este año la ciudad de Bogotá quien con el desarrollo de sus políticas logró cobijar a cerca de 238.125 ciudadanos convirtiéndolos en beneficiarios del régimen subsidiado. Con los resultados observados se diría que se cumplen los objetivos delineados en un principio por la Veeduría Distrital, quien proyectaba para el año 2001 una cobertura en salud para unos 1.069.000 ciudadanos y que según resultados de la Secretaría Distrital de Salud para este año 1.216.970 personas se encuentran afiliadas al régimen subsidiado, lo cual indica, que las políticas aunque poseen problemas de focalización y equidad registra un buen funcionamiento.

Posteriormente, en el año 2003 gran parte de la concentración de afiliados pertenecían al sexo femenino, con una participación del 52% y para el sexo masculino del 48% del total de afiliados para este año y para los años siguientes un comportamiento similar, teniendo en cuenta que la evaluación se hace para los estados de afiliación activo y suspendido.

GRÁFICO No 2



*Noviembre de 2000

** Marzo de 2003

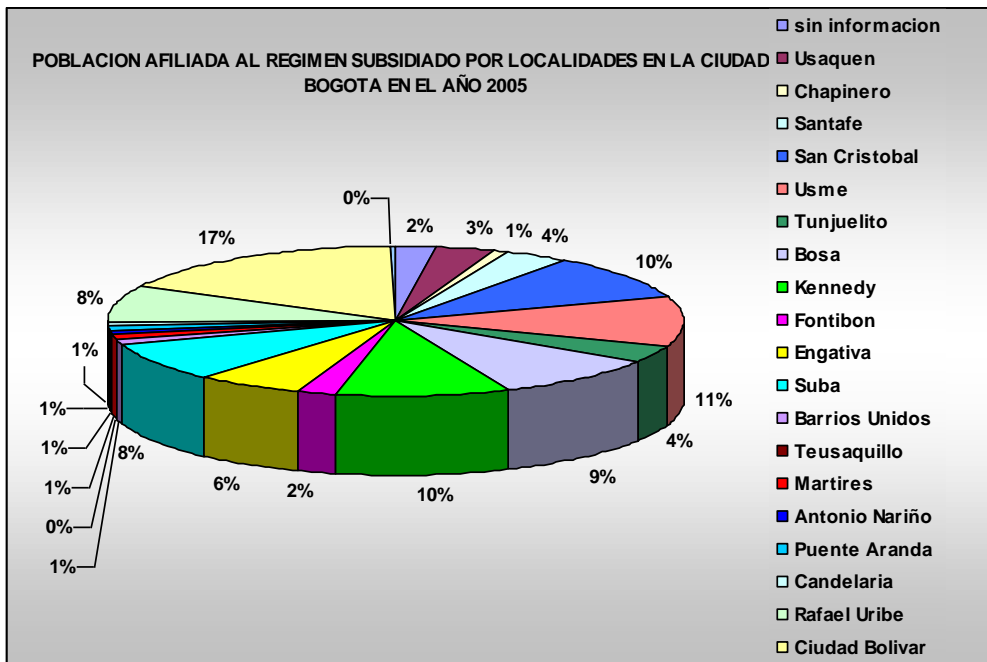
*** Abril de 2008

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos afiliados al régimen subsidiado de salud en Bogotá, D.C.

Por otra parte, el sistema de evaluación de los datos obtenidos, no solo deben contener criterios técnicos, sino por el contrario debe orientarse a las políticas de gobierno; el buen manejo de la información sobre aseguramiento, para supervisar una adecuada identificación, ingreso, tránsito y mantenimiento de los usuarios en el sistema de Seguridad Social, como instrumento que haga ejecutable el derecho a la salud de los beneficiarios y factible el control social por parte de la sociedad.

Para el año 2005, se registró un total de 1.680.537 beneficiarios del régimen subsidiado en Bogotá, donde se encontró que la localidad con el más significativo número de beneficiarios en salud fue Ciudad Bolívar la cual afilío cerca del 16.9% de la población bogotana; lo que conduce a pensar que las políticas de aseguramiento se están focalizando sobre la población más necesitada, pues la localidad 19 es considerada uno los sectores donde se concentra la mayor parte de la población pobre de la ciudad.

GRÁFICO No 3



Fuente: Afiliados al régimen subsidiado con corte diciembre 31 de 2005
 Dirección de Aseguramiento – Secretaría Distrital de Salud Bogotá D.C

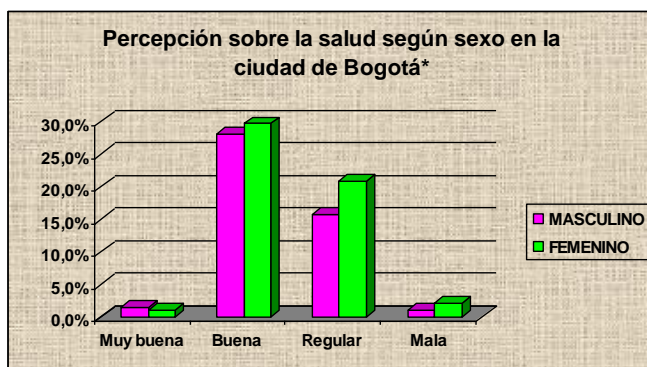
Con el paso de los años, la distribución de la población afiliada al régimen subsidiado por estado de afiliación en Bogotá se mantuvo a un ritmo constante con respecto al año anterior, pues para el 2006 1.620.305 personas pertenecían al sistema de salud. Las localidades de mayor ganancia en materia de cobertura fueron Ciudad Bolívar, Kennedy, Bosa, San Cristóbal, Usme y Rafael Uribe Uribe.

La ampliación de la cobertura en materia de acceso al sistema de salud es una forma de luchar contra la exclusión social. Pero además, hay que tener presente que la cobertura de aseguramiento en salud no garantiza un acceso efectivo de la población afiliada al SGSSS. Es un hecho que la generalización del sistema de aseguramiento en salud permite central la atención sobre la enfermedad de un individuo o de su núcleo familiar.

2.3.1 NECESIDAD Y USO DE LOS SERVICIOS EN SALUD.

Los afiliados al sistema de salud utilizan los servicios de salud en términos de sus necesidades y conforme el entorno se lo permita, pues existen varias razones que los limitan a acceder a los servicios de salud como por ejemplo el tiempo, el espacio geográfico o porque consideran que su estado es bueno como para asistir a una consulta medica.

GRÁFICO No 4



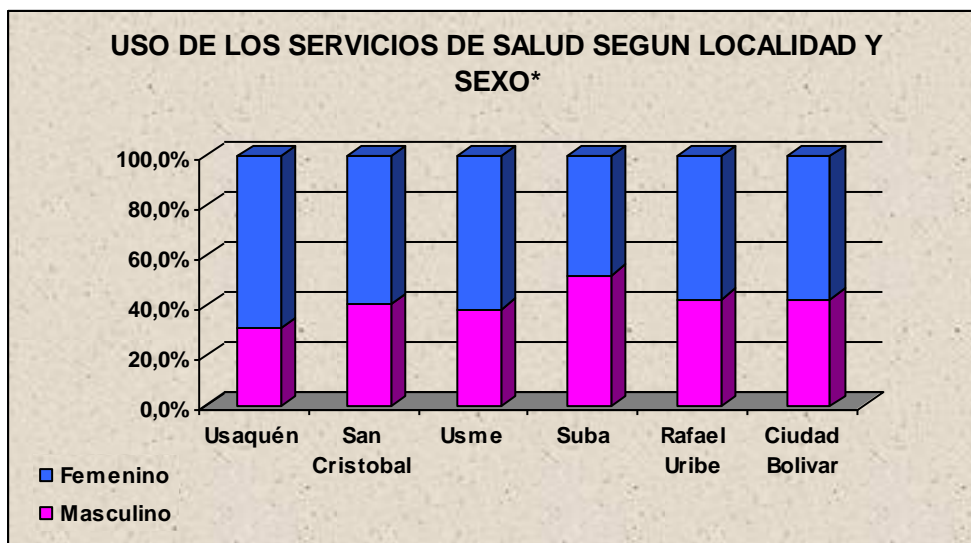
* Solo para 5 localidades.

Fuente: Secretaria Distrital de Salud .Bogotá, D.C.1998.

Los resultados en la percepción en salud indican que gran parte de la población evaluada considera que tiene un buen estado de salud, como se aprecia en el gráfico No 4, lo cual podría ser una de las razones de no uso de los servicios de salud en la ciudad de Bogotá. Las localidades evaluadas para el año 1998 en base a los datos suministrados por la Secretaría Distrital de salud fueron: Usaquén, San Cristóbal, Usme, Suba, Rafael Uribe y Ciudad Bolívar.

Con respecto al uso de los servicios en salud, con variaciones entre las localidades que oscilan entre el 8.9 por ciento y el 22.1% en Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal, respectivamente, se observa que son las mujeres, quienes más acceden al sistema de salud, como lo señala el gráfico No 5. Excepto en Suba, en las demás localidades predominan las mujeres.

GRÁFICO No 5



* Excluye casos que usaron servicios y no informaron sexo.
Fuente: Secretaria Distrital de Salud .Bogotá, D.C.1998.

Para el caso contrario, las razones de no uso de servicios de salud en la ciudad de Bogotá, encontramos que entre algunos de los motivos están: la ausencia de necesidad, problemas de costo, problemas de distancia, la falta de tiempo u otros

motivos de orden personal. En la diferenciación por sexo el cuadro No 3 expone los principales problemas para acceder al sistema de salud.

CUADRO No 3

MOTIVOS DE NO USO DE SERVICIOS DE SALUD, SEGÚN LOCALIDAD.

Localidad	Ausencia de necesidad	Problemas costo	Problemas distancia	Falta de tiempo	Otra razón
Usaquén	0,0%	9,1%	9,1%	18,2%	27,3%
San Cristóbal	33,3%	6,7%	13,3%	6,7%	13,3%
Usme	5,9%	17,6%	23,5%	11,8%	17,6%
Suba	3,8%	0,0%	5,8%	15,4%	19,2%
Rafael Uribe	21,4%	3,6%	10,7%	7,1%	3,6%
Ciudad Bolívar	15,9%	6,8%	9,4%	11,4%	18,2%

De aquellos que reportaron otros motivos, cerca del 50%, están relacionados con la pérdida, vencimiento o falta de carné, calidad del servicio, y otro tanto por problemas económicos, falta de información y no atención.

CAPITULO 3

EL SISBEN COMO HERRAMIENTA DE FOCALIZACIÓN

El sistema de selección de beneficiarios-Sisben es una herramienta diseñada para la afiliación a los servicios de salud exclusivamente de la población del régimen subsidiado, enfocándose directamente sobre la población pobre y vulnerable del país. A través de este sistema, se pueden identificar datos que muestran errores de inclusión y exclusión en la afiliación, siendo el segundo el problema más grave y de más concurrencia, ya que afecta un derecho irrenunciable como es el servicio público obligatorio a la salud para las personas que lo necesitan verdaderamente.

3.1 SISTEMA DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS-SISBEN

La Misión Social del Departamento Nacional de Planeación (DNP) inició el diseño técnico del Sisben en el momento en que se había aprobado la Ley 100 de 1993, dirigido a la aplicación de programas sociales en un momento en el que el subsidio a la demanda y las reformas sociales estaban presentes en Colombia y América Latina. Por otro lado, la Ley 60 de 1993 y la Constitución Nacional de 1991 sentaron sus bases en cuanto a la descentralización administrativa y un marco jurídico.

Para empezar con la selección de beneficiarios del régimen subsidiado se recurrieron a mecanismos como la utilización de listados censales de los municipios con los más altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), y la estratificación socioeconómica para el cobro de los servicios públicos domiciliarios. Esta selección se basa en el supuesto de que el Sisben identifica a la población por sus ingresos, dando prelación a aquellas personas que carecen de capacidad de pago. Al Sisben se le otorga una labor adicional con la Ley 715 de 2002, la cual es una modificación de la Ley 60 de 1993, que es la de especificar cual es la población que carece de capacidad de pago y no está afiliada al régimen subsidiado, en otras palabras, los vinculados; en donde, las

transferencias nacionales a los municipios dependen del volumen de este grupo de personas.

3.2 LA EFECTIVIDAD DEL ÍNDICE SISBEN

Con el índice Sisben es posible calcular los errores de inclusión y de exclusión, identificándose el primero como tipo 1 (población no pobre identificada como pobre) y el segundo como tipo 2 (población pobre identificada como no pobre). Según el Centro de Investigación para el Desarrollo – CID de la Universidad Nacional de Colombia, con base en los archivos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (Dane), conformados por la Misión Social del DNP, de los 19 millones de pobres en 1997 menos de la mitad, 8.900.000, son clasificados como tales en los niveles 1 y 2 del Sisben, por lo general utilizados para identificar a los núcleos familiares elegibles para ser afiliados al régimen subsidiado. De esta forma, el error de exclusión es de 53.1%. Y de las 10.550.000 personas clasificadas en estos mismos niveles, 1.550.000 son no pobres, con lo cual el error de inclusión es de 14.9%.

Por lo anterior, el índice Sisben refleja una ineficiencia en cuanto a sus cálculos para identificar los errores de inclusión y de exclusión, siendo el segundo el de más gravedad, ya que se les niega el derecho de la salud a las personas que verdaderamente lo necesitan.

3.3 COBERTURA DE LA AFILIACIÓN POR MEDIO DE LAS ENCUESTAS DEL SISBEN

Para explicar el índice de cobertura de las encuestas Sisben no existen medidas exactas que den cuenta de su proximidad. Es facultad de las administraciones municipales si desean llevar a cabo estas encuestas en todo el municipio o en determinadas áreas, por lo general, las aplican en la viviendas de estratos socioeconómicos 1 y 2 o 1,2 y 3 y a las familias que solicitan su aplicación.

Según Oscar Fresneda Bautista (2003), los cálculos comunes de cobertura se hacen comparando el número de núcleos familiares y población registrada en los archivos del Sisben, con la población con (NBI) obtenidas en la mayor parte de los casos a través del censo de población de 1993, o más frecuentemente con la que habita en los estratos 1 y 2 de servicios públicos domiciliarios. Estos cálculos, sin embargo, son difíciles de cuantificar debido a la falta de parámetros confiables que impiden que los subsidios destinados a la población pobre y vulnerable no lleguen allí. Por ello, las insuficiencias que se presentan en la cobertura de la afiliación de la población pobre y vulnerable violan la equidad con que son asignados los recursos para beneficiar a la población más pobre.

3.4 ERRORES EN LA FOCALIZACIÓN

La ineficiencia en la asignación de los recursos para el régimen subsidiado tiene relación con las fallas en la cobertura, la calidad y la actualización en la información (restricción presupuestal, entre otros) y Las limitaciones en la aplicación y administración del Sisben. Por ello, así haya aumentado la utilización de esta herramienta en los municipios por otro lado ha aumentado el deterioro en la focalización para la población pobre y vulnerable del país.

Por lo tanto, los errores de inclusión también se deben a factores internos que se están presentando en el país como la implementación de políticas de flexibilización de las normas laborales, ya que el número de empleos que se podrían llegar a generar con esta reforma laboral, no reduce de forma sustancial la tasa de desempleo, al contrario, la caída en los salarios reales, además de deteriorar los indicadores de pobreza y desigualdad, tiene el potencial de prolongar la fase recesiva del ciclo económico. De esta forma, las herramientas que se utilizan para seleccionar e identificar a la población del régimen subsidiado, presentan limitaciones debido al entorno variable de los hogares.

De esta manera, los resultados de la focalización han sido ineficientes, debido a que, los errores de inclusión son el principal problema que se presenta en la selección de beneficiarios, dejando a un lado a la población pobre y vulnerable desvinculada del sector salud. Esto ha conducido a que mientras la tasa de afiliación al régimen subsidiado de los pobres disminuya entre 1997 y 2000, de 27% a 20.3%, la de los no pobres se incrementa de 9.2% a 13.4%.

3.5 ¿EL RÉGIMEN SUBSIDIADO PERMITE ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD SIN NINGUNA DIFICULTAD?

La cobertura del aseguramiento para los diferentes estratos socioeconómicos revela la existencia de la inequidad y desigualdad de los grupos sociales que están afiliados al régimen subsidiado, es decir, los grupos demográficos, y los que hacen parte de la población analizada por edad y género. A partir de esto, se empieza a observar la presencia de la selección adversa la cual está inclinada hacia los sectores de la población cuyo aseguramiento requiere de menores costos, desfavoreciendo a los sectores de la población pobre y vulnerable cuyo costo de aseguramiento individual es mayor.

La población afiliada al régimen subsidiado en la ciudad de Bogotá se puede clasificar según la antigua y nueva metodología, método por el cual se visualiza, el resultado de las políticas del Distrito para satisfacer la demanda en salud y las necesidades de la población más vulnerable. Cuadro No 4.

CUADRO No 4

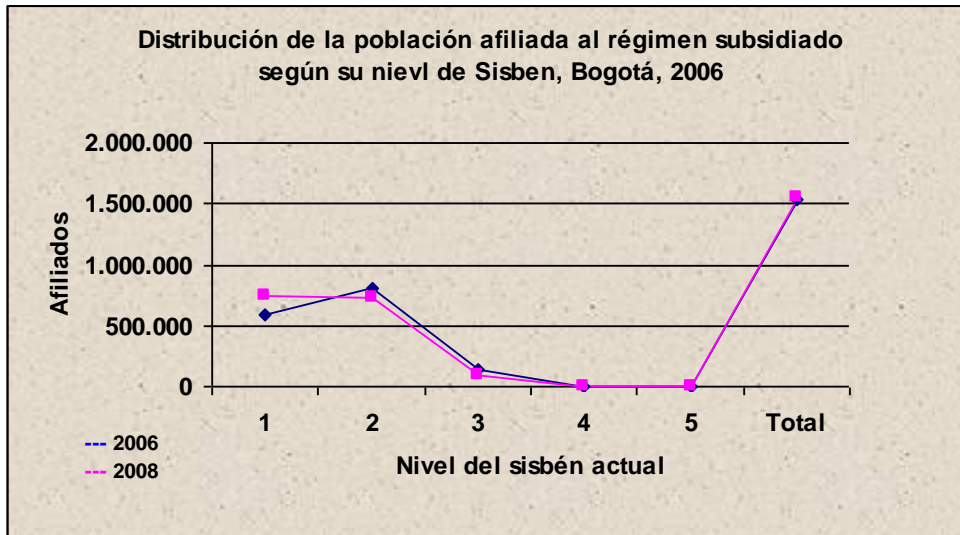
DISTRIBUCION DE LA POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO POR METODOLOGIA Y NIVEL DEL SISBEN, AÑO 2006

Nivel del Sisbén actual	Antigua	Nueva	Sin información	Total
1	18.809	557.638	16.468	592.915
2	227.201	577.742	7.441	812.384
3	5.586	128.472	845	134.903
4	14	17	0	31
5	1	0	0	1
N	23.461	19.461	37.149	80.071
Total	275.072	1.283.330	61.903	1.620.305

FUENTE: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Aseguramiento.
Base datos de afiliados al régimen subsidiado con novedades a 31 de Diciembre de 2006

Nota: la fuente de información del Sisbén es del Departamento Administrativo de Planeación Distrital.

GRAFICO No. 6

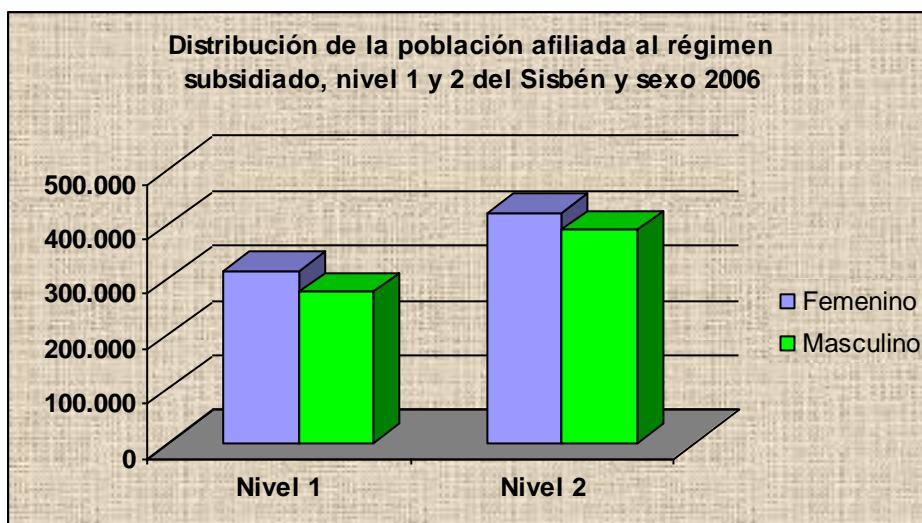


FUENTE: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Aseguramiento.
Base datos de afiliados al régimen subsidiado con novedades a 31 de Diciembre de 2006

Bajo este panorama de los años 2006 y 2008, la cobertura en salud en la ciudad de Bogotá aumentado significativamente para los niveles 1, 2 y 3 a los cuales pertenece la población más pobre. Según el cuadro No 6, se diría que la cobertura en salud medida por el método de focalización Sisben afilia a la mayor parte de la población al régimen subsidiado en los primeros niveles. Es decir, los estratos uno, dos y tres.

La población afiliada al régimen subsidiado, el nivel uno y dos del sisben son quienes demandan mayor importancia por ser la población con mayores problemas socioeconómicos. Por ello como observamos en el gráfico No 7, hay mayor concentración de población afiliada en el nivel 2 del sisben, además de resaltar que parte de ellos se encuentra entre los rangos de edad entre los 6 a 15 años.

GRAFICO No 7



FUENTE: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Aseguramiento.
Base datos de afiliados al régimen subsidiado con novedades a 31 de Diciembre de 2006

Sin embargo, las afiliaciones a la seguridad social aunque han aumentado con la implementación de la Ley 100, han desembocado inequidades en cuanto al acceso al servicio de la salud, como por ejemplo, se encuentran las personas de estratos medios que no tienen un aseguramiento y se ven perjudicados al no tener este beneficio y las personas que si tienen una afiliación. Y por otro lado, las personas con bajos recursos económicos que si están cobijados con este beneficio y se ven favorecidos al tener que pagar un costo menor por este y los no afiliados. Estas escenas son el resultado de factores que tienen que ver con el modelo, pero también a factores que son inherentes a él, como las consecuencias de la crisis económica que vive el país.

CAPITULO 4

LOS HOSPITALES PUBLICOS Y EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD EN BOGOTÁ

El sistema subsidiado de salud, antes de la Constitución de 1991 se caracterizaba por la falta de universalidad, solidaridad y eficiencia, motivo por el cual hacia el año 1993 se creó la Ley 100 de 1993, con el fin de constituir un régimen de salud que cubriera a la población pobre y vulnerable dentro de los principios ya descritos. Esta Ley impulso grandes cambios en las estructuras de los organismos que componen dicho sistema, sin embargo podemos ver que en la actualidad muchos de los cambios realizados no se han implementado o se han llevado a cabo de manera poco efectiva.

En su artículo 152, la Ley 100 de 1993 presenta dos objetivos importantes:

- 1- Regular el servicio público esencial de salud.
- 2- Crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

El gobierno al implementar la Ley 100 de 1993, produjo muchos cambios al sistema del régimen subsidiado, cambios de los cuales algunos ya se dieron y otros están siendo hasta el día de hoy implementados, sin embargo algunos de estos cambios no involucran a los subsistemas que componen toda la organización por lo cual quedan sujetos a reformas que se van presentando como la resolución 3099 de 2008, en donde se reglamenta a los comités técnico científicos y se establecen los procedimientos de aquellos servicios que no incluye el (POS), pero que deben realizarse por fallos de tutela. Mientras que para las empresas privadas lograron ajustar sus políticas de prestación de servicios a lo que exige la ley 100 de 1993 junto con sus reformas, las empresas públicas han encontrado obstáculos en la capacidad de oferta de subsidios para la gran demanda que se tiene, en esta vía muchos hospitales públicos han dejado de

prestar sus servicios a la comunidad debido a que su estructura no fue viable para enfrentar este entorno.

Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) tienen hoy en día gran importancia en el sistema general de seguridad social en salud, ya que en la gran complejidad del sistema en general, abarca cuatro niveles de atención:

NIVEL 0: El Sistema General de Seguridad Social en Salud como un todo.

NIVEL 1: En este nivel se encuentran las Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Municipales, al igual que las EPS y ARS; se llevan a cabo las actividades relacionadas con la administración de recursos y la puesta en marcha de políticas en salud dictadas por el gobierno. Igualmente, se realizan actividades de afiliación al sistema y actividades de promoción en salud por parte de las EPS y Secretarías de Salud.

NIVEL 2: En este nivel se encuentran las diferentes IPS con su respectivo nivel de complejidad junto con algunas de las Secretarías Municipales; se llevan a cabo actividades relacionadas con el manejo e inversión de recursos destinados a la prestación de servicios por parte de las IPS públicas y privadas, de la misma forma se realizan actividades de ejecución de recursos a través de las políticas dictadas por las Secretarías Departamentales de Salud en lo que se refiere a las Secretarías Municipales de Salud que no han cumplido con los requisitos exigidos para su descentralización.

NIVEL 3: En este nivel se encuentran las IPS de primero, segundo y tercer nivel, discriminadas de acuerdo a su capacidad operativa y de manejo de complejidad de atención en salud. Se llevan a cabo actividades relacionadas con la prestación de servicios de salud, a los afiliados a los diferentes regímenes se presta por medio de las IPS de todo el país.

NIVEL 4: En este nivel se encuentran las ESE de Tercer Nivel; se llevan a cabo actividades de consulta externa, urgencias, hospitalización, cirugía, programas de promoción y prevención, bancos de sangre y apoyo terapéutico.

De acuerdo con lo anterior, se puede ver que muchos de los problemas se generan con el funcionamiento inadecuado de las ESE (Empresas Social del Estado), ya que sobre ellas recae todo el peso de organizar y estructurar el complejo sistema de salud. Como se aprecia las actividades van desde prevención y promoción hasta urgencias y hospitalización, sin embargo, se observa que hoy en día junto con las políticas de el ex alcalde Luis Garzón y el nuevo mandato, algunas instituciones como el hospital el Tunal e incluso la misma San Pedro Claver se extienden en este servicio junto con el apoyo de muchas instituciones educativas e investigativas, que brindan a la ciudadanía mejores alternativas en salud con recurso humano y estructural.

Cabe anotar que, desde 1995 fecha en que la Ley 100 de 1993 entro a regir con fuerza hasta el día de hoy han pasado 13 años, periodo de tiempo en donde las ESE se vieron comprometidas con el servicio al ciudadano y sus funciones como entes que pertenecen al nivel 4 del sistema del régimen subsidiado de salud, con lo cual queda evidenciado que a menos de que se realicen reformas a la Ley 100 de 1993 no se puede avanzar hacia un régimen subsidiado de salud competitivo y de excelente calidad para el ciudadano.

4.1 EL HOSPITAL COMO ORGANISMO PÚBLICO

La transformación de los hospitales públicos en las denominadas empresas sociales del Estado, es el primer cambio institucional que se presenta. Un escenario de aseguramiento y de competencia que impone a los hospitales la responsabilidad de ser medio de conexión entre el afiliado y el sistema de salud. Con el objetivo principal de prestar un servicio social, no excluyente que ofrezca los mejores servicios a los usuarios. Un hospital puede ser visto como una

empresa con una estructura funcional interna muy particular en la que conjugan intereses que desde la óptica económica apuntan en diferentes direcciones afirma Newhouse (1994).

4.2 DEMANDA POTENCIAL DE LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y LA POBLACIÓN NO VINCULADA A LAS EPS-S

Con la Ley 100 de 1993, el número de colombianos afiliados al sistema de salud aumentó de 6,5 millones en 1993 a 17,7 en 1996 y 24,6 en 1998 (60,4% de la población total). El principal aumento se dio en Bogotá, ciudad que alcanzó en 1998 una cobertura de 81,2% (indicadores de política social).

La ampliación en la cobertura se reflejó en un aumento de la demanda por servicios de salud en los hospitales públicos y privados de Bogotá (entre 1993 y 1998 el número de consultas aumentó 37% y el de egresos 70%, sólo para los hospitales públicos) (Datos de la secretaria distrital de salud).

Este gran incremento en la demanda, a pesar de ser muy bien amortiguado por los hospitales privados, ha exigido por parte de los hospitales públicos mayores esfuerzos en sus recursos, dichos recursos ya venían afrontando problemas como el sonado ejemplo del hospital de la misericordia o el materno infantil, en donde los recursos se quedaban principalmente en el sistema de pagos y deudas del mismo. Este hecho ha ocasionado que varios hospitales como el San Juan de Dios tuviera que cerrar por su pésima situación financiera y administrativa.

Por otra parte, la descentralización del sistema de salud ha generado problemas como el que hace referencia al pasivo pensional, este según la Ley 100 de 1993 indica que debe ser dividido entre el Estado y la institución prestadora del servicio, sin embargo, como se aprecia en la actualidad, muchos hospitales se cierran porque su pasivo pensional va más allá de los recursos destinados a la prestación del servicio de salud.

De acuerdo a las proyecciones del DANE con respecto al número de afiliados al sistema de salud se tiene:

CUADRO No 5.

Población proyectada según censo 2005

Año	2005	2010	2015	2020
Total	6.840.116	7.363.782	7.878.783	8.380.801

Fuente: Departamento Nacional de Planeación. DANE.

CUADRO No 6

Proyección de población afiliada al régimen subsidiado de seguridad social en Bogotá

Año	2005	2010	2015
Total	1.678.136	2.331.679	2.985.223

Fuente: formula $y = 130708,667 * x - 260392741$. En donde y es la cantidad de afiliados y x el año en donde queremos saber el número de afiliados.

De lo anterior, se observar que, según la proyección obtenida a través de el DANE y con la estimación realizada por medio de un método lineal para obtener una ecuación como la descrita en el cuadro No 5, difícilmente se llegará a un cubrimiento del 35% en el año 2015 del régimen subsidiado de salud, con lo cual las ESE tendrán que no solo mejorar su sistema de prestación de servicios sino que además deben ampliarla, ya que hoy en día no se da abasto con la demanda actual y la tendencia no disminuye.

Cabe anotar, que esta predicción no tiene en cuenta otros factores socio-económicos como lo son el desempleo y la crítica situación financiera del país

que afecta a toda la población y que inciden directamente sobre la calidad de prestación del servicio de salud en Bogotá y el país.

Según el DANE la cantidad de personas no aseguradas o que están dentro del régimen subsidiado y que por razones de trabajo deberían entrar a ser parte del régimen contributivo, no lo hacen por no perder los privilegios que les ofrece pertenecer a régimen subsidiado y por ende se convierten en evasores, es decir trabajan pero no cotizan, con esto se podría estimar que el crecimiento de las cifras anuales de afiliados al régimen subsidiado es suficiente para que el sistema general de salud sea ineficiente y no se atenga a las cifras de crecimiento económico laboral de la ciudad.

4.3 OFERTA TOTAL DE LAS EPS-S Y ENTIDADES ESTATALES HACIA EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD

Solamente 40 instituciones conforman la oferta pública de servicios de salud, equivalente a un porcentaje de participación de 0.3%; la oferta privada de servicios equivalente a un porcentaje de 99.7% del total de la oferta. La oferta pública está constituida por 32 instituciones adscritas a la Secretaría de Salud y 8 instituciones del nivel nacional.

Desde la perspectiva cuantitativa, la participación del sector público en el Distrito es insignificante; pero desde la perspectiva cualitativa mirada como la responsabilidad que por ley se debe asumir frente a la población pobre y vulnerable, que es la población que en última instancia acude a utilizar los servicios de la misma y a quienes las Instituciones Prestadoras de Servicios –IPS- privadas no tienen obligatoriedad de atender, es significativa.

Es aquí en donde entra a regir el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de programas sociales (SISBEN), el cual recoge a cerca de 4.200.596 de habitantes en Bogotá (base de datos SISBEN) en posible riesgo o

vulnerabilidad frente a la prestación del servicio de salud de los cuales mas de la mitad se distribuyen en los niveles 1 y 2, niveles en donde según puntajes proporcionados por el SISBEN se encuentran las personas más necesitadas de la ciudad, y que difícilmente entrarían a un régimen subsidiado de salud, por lo tanto quedaría alrededor de 1 millón de personas que estarían entrando y saliendo del régimen subsidiado de salud, ya sea, por incapacidad médica o desempleo.

Por consiguiente, esta gran demanda de usuarios del régimen subsidiado de salud debe ser suplida por diferentes organismos privados y públicos.

CUADRO No 7

Total prestadores de servicio de salud al 2005 en Bogotá.

TOTAL PRESTADORES	IPS PUBLICAS	IPS PRIVADAS	PROFESIONALES INDEPENDIENTES
15.996	241	2.685	13.070

Fuente: Ministerio de la Protección Social.

Según el cuadro No 7 se encuentra que 15.996 entidades prestadoras del servicio de salud, de las cuales 13.070 son profesionales independientes que atienden en consultorios personalizados y logran una demanda de unos pocos. Mientras tanto, se puede decir, que entre las IPS públicas y privadas se logra un total de 2.926 organismos con capacidad para atender de manera masiva la gran demanda que está representada en aquellos afiliados al régimen subsidiado de salud, que equivalen a 1.678.136 habitantes, y aquellos que están desamparados y se encuentran en niveles 1 y 2 del SISBEN, que equivalen aproximadamente a 3.200.596 habitantes, con lo anterior se muestra que existen cerca de 5 millones de personas afiliadas al régimen subsidiado de salud mientras que 1 millón quedan como posibles usuarios, en total se tendrían cerca de 6 millones de personas acudiendo al régimen subsidiado de salud, y que son atendidas por los entes descritos en el anterior cuadro.

Ahora, según la información recolectada, las 2.685 IPS privadas logran atender 1.678.136 habitantes afiliadas al régimen subsidiado, esto al 2005, mientras que solo 241 IPS públicas deben lidiar con cerca de 3,5 millones de usuarios del régimen subsidiado de salud público.

De lo anterior, se ve que si para 1,7 millones de personas se necesitan 2.685 entidades que cubran sus necesidades de salud de manera eficiente y de buena calidad, 3,5 millones de personas deberían necesitar de por lo menos 5.000 entidades, pero no se llega ni a una décima parte de lo demandado.

Además, se observa que día a día la falta de estructuración y muchas variables ajenas a este estudio como la corrupción y mala administración de los hospitales, contribuyen a que la oferta de los hospitales sea insuficiente para los casi 4 millones de habitantes desamparados por las EPS, o que por su situación socioeconómica no pueden afiliarse a régimen subsidiado de salud. En Bogotá existen solamente 1.260.669 habitantes que se encuentran afiliados a una EPS, eso quiere decir que de los 6.778.691 habitantes de Bogotá (Fuente DANE) existen más de 5 millones de habitantes que deben ser atendidos por los hospitales, pero al ser tan bajo el porcentaje de oferta de estos hospitales, se queda muy corto a la hora de cumplir con la Ley 100 de 1993.

En Bogotá, el proceso de transformación de los hospitales públicos ESE se lleva a cabo desde finales de 1997, por medio de su conversión en entidades de naturaleza pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Lo anterior, tiene el objetivo de adaptarse al nuevo marco legal, mejorar su competitividad, elevar los niveles de calidad en la prestación de los servicios, obtener el equilibrio entre la rentabilidad social y financiera y garantizar la supervivencia en el mercado.

La Secretaría Distrital de Salud (2001) explica que las estrategias de solución a la problemática planteada en la ciudad se deben soportar sobre un marco

conceptual que oriente la prestación de los servicios y la destinación de los recursos. Así mismo, supone la definición del papel y misión de las ESE en Bogotá, tratando de armonizar su naturaleza de empresa de carácter social y estatal dentro del sistema de salud y modelo de atención de servicios vigentes.

De otro lado, un análisis estadístico en el Distrito Capital por parte de Misión Bogotá, (1993), mostró a comienzos de la década del 90 una subutilización de la capacidad física instalada. Los cálculos del estudio muestran en promedio una utilización de 53% de la capacidad física instalada, acompañado de una tasa de ocupación de la infraestructura promedio de 65,6%. En general, sólo los hospitales de Kennedy y Simón Bolívar, mostraban tasas de ocupación aceptables, los demás estaban entre 15% y 61,7%. Así mismo, se identificó un déficit en la infraestructura de tipo ambulatorio en zonas muy específicas de la ciudad y una mala distribución geográfica de los hospitales por niveles, lo que refleja los problemas de concentración de ciertos servicios de salud.

4.4 OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN BOGOTÁ POR PARTE DE LOS ORGANISMOS DISTRITALES

Según datos preliminares de la Dirección de Desarrollo de Servicios de la Secretaría Distrital de Salud y con base en la declaración de requisitos esenciales, presentada por las diferentes IPS que operan en la capital y proporcionan servicios a una población cercana a los 7 millones de habitantes, hay una oferta total de 12.311 camas cuya distribución se presenta en el cuadro No 8.

Como se aprecia, de las 8.541 camas de tercer nivel disponibles en la ciudad el 12,8% es de propiedad del Distrito. Sin embargo, existen otras instituciones también de origen público, que complementan esta oferta pero que no se encuentran integradas a la red ya, que sus servicios son de uso exclusivo de algunos grupos poblacionales; se destacan entre ellas el Instituto de los Seguros Sociales (ya desaparecida) que posee 807 camas equivalentes al 9,4%, la Policía

y las Fuerzas Militares con 896 camas, o sea el 10,5%, y otras entidades públicas con 414 que equivalen al 4,8%; las restantes 5.334, el 62,5%, son de origen privado.

En el segundo nivel la situación es similar, 619 camas (21,7%) pertenecen a la red pública Distrital, 215 al antiguo ISS (7,5%) y las restantes 2.014 (70,8%) al sector privado.

CUADRO No 8

Oferta de camas disponibles en los diferentes niveles de atención en hospitales.

Niveles	Distritales		Otros	
	Oferentes	Camas	Oferentes	Camas
Primero	19	255	17	109
Segundo	8	619	63	2 229
Tercero	5	1 090	37	7 451
Cuarto y mas			40	558
Total	32	1.964	157	10.347

Fuente: Datos tomados por las autoras de la consolidación preliminar de la declaración de requisitos esenciales recibida por la Dirección de Desarrollo de Servicios de la Secretaria Distrital de Salud, 1999.

En el primer nivel la situación se invierte por completo, ya que el 70,1% de las camas pertenecen a los hospitales distritales y el restante 29,9%, es decir, 109 son de origen privado.

En el tercer nivel se registraron 42 prestadores lo que significa un promedio de 203 camas por prestador; en el segundo nivel 71 prestadores con un promedio de

40 camas; en el primer nivel 36 prestadores con un promedio de 10 camas. Por último, 40 instituciones reportaron camas sin describir su nivel, García (2001).

De lo anterior, queda demostrado el gran déficit en la oferta de los servicios de salud por parte del sector público, para atender a cerca de 4 millones de habitantes desamparados, en el peor de los casos como lo es una catástrofe de gran magnitud, mientras que el sector privado, muestra una fortaleza que es diez veces mayor a la pública y que hoy día da abasto a las necesidades de los afiliados al régimen subsidiado de seguridad social.

4.5 COMPARACIÓN ENTRE OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LOS ORGANISMOS DISTRITALES Y LA DEMANDA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Partiendo de los datos encontrados por el DANE, EL Ministerio de la Protección Social y el FOSYGA, se encuentra que en Bogotá hay 6.778.691 habitantes, según censo 2005, de los cuales aproximadamente 4.878.732 aun no disponen del régimen subsidiado en las diferentes EPS, ya sean públicas o privadas, y mientras el restante hace parte de algún régimen contributivo o simplemente no están afiliados. De acuerdo a los datos obtenidos en el cuadro No 9 para el distrito tenemos:

CUADRO No 9

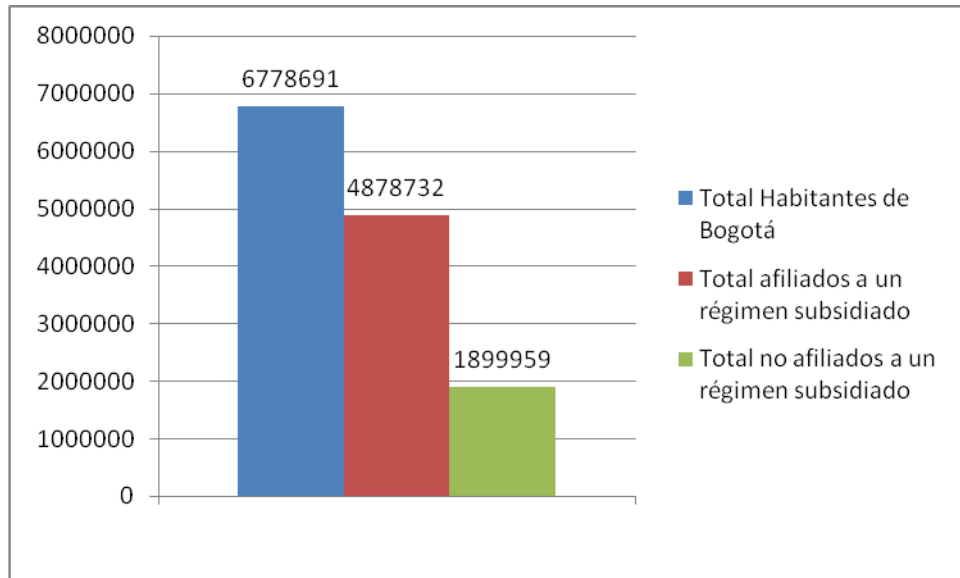
Distribución de la población en general de Bogotá con respecto al régimen subsidiado de salud.

Total Habitantes de Bogotá	Población objetivo y otros	Total afiliados al régimen subsidiado
6.778.691	4.878.732	1.899.959

Fuente: Ministerio de la Protección Social.

GRAFICO No 8.

Distribución de la población en general de Bogotá con respecto al régimen subsidiado de salud.



Fuente: Ministerio de la Protección Social.

Nos damos cuenta que en Bogotá existen 31 entidades hospitalarias, de las cuales una de ellas es privada (hospital San José), pero que brindan una atención especial de manera gratuita según lo estipulado en la Ley 100 de 1993, sin embargo, hoy en día estas entidades no son suficientes para la demanda requerida por el distrito ya que esto se ve reflejado por ejemplo en las salas de urgencias donde en 2004 había 400 pacientes diarios de sobrecupo.

CAPITULO 5 CONCLUSIONES

- La evolución en la cobertura del aseguramiento aunque presente innegables avances en salud muestra claramente que no se han satisfecho a cabalidad las carencias que se presentan en los hogares pobres y vulnerables en la ciudad de Bogotá para hacer uso de los servicios. Pues la principal preocupación del Estado en su afán por incrementar la afiliación de los colombianos al sistema de salud, dejó de lado garantizar la calidad o el acceso efectivo de los individuos a la atención en salud, todo con el fin de obtener una tasa de afiliación positiva. De esta forma, se hace indispensable una verificación de las pautas y medidas adoptadas por el gobierno para determinar la población que hace parte del régimen subsidiado y corroborar que la prestación de los servicios se realice de forma eficiente.
- Se encontró que las variables demográficas sexo y edad tienen una estrecha relación con el uso de los servicios de salud. pues son las mujeres, quienes tienen mayor conocimiento del sistema general, en el régimen subsidiado.
- De las categorías afiliación y necesidad, para el caso del régimen subsidiado en Bogotá, la variable percepción de la salud tiene una relación con la utilización, pero se presenta más como un factor condicionante pero no determinante para la utilización de los servicios de salud. es decir, quienes perciben mejor estado de salud hacen menos uso de los servicios y, por el contrario, quienes opinan que su salud es regular o mala tienden a utilizarlos más.
- La oferta de servicios de salud pública para la población pobre y vulnerable presenta ineficiencias en cuanto a recursos humanos, físicos y tecnológicos

que impiden prestar un servicio adecuado, integral y oportuno. Por ello, se hace necesario e indispensable modificar las políticas de contratación de las Empresas Sociales del Estado para lograr fortalecimiento y oportunidad en la prestación y afiliación del servicio de la salud.

- Los resultados en acceso y cobertura con respecto al régimen subsidiado se evaluaron bajo un escenario de recesión económica caracterizado por altas tasas de desempleo, informalidad económica, y los problemas acentuados por la continua llegada de población desplazada a la capital. Por regla general disminuyen los afiliados y los aportes del régimen contributivo y aumentan los vinculados.

BIBLIOGRAFIA

- ABAD GOMEZ, H. *Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia*. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud pública, 2003.
- ABAD GOMEZ, H. *Pensamiento en salud pública. El derecho a la salud*. universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud pública, 2001.
- CASTAÑEDA, MY. Revista Contraloría General de la Republica. *El Sistema Nacional de la Salud 10 años después de la Ley 100*. edición 303. Julio – Agosto 2004.
- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACION DISTRITAL. *Proyecto Sistema de información Estadística Distrital, SIED*, Santa fe de Bogotá. 1992.
- CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA, 1991.
- ESCOBAR, María. *El sector de la salud en Colombia: logros, dificultades y desafíos para consolidar los propósitos de la reforma de la seguridad social*. Bogotá, Febrero 2004.
- FRESNEDA, Oscar. *La focalización en el régimen subsidiado: Revista Gerencia y políticas de salud*. Diciembre 2003.
- GARCIA, JC. *Situación de los hospitales públicos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud de Santa fe de Bogotá*. Revista de salud publica de la Universidad Nacional. N 216. 1998

- GIEDION, U.; MORALES, L. & ACOSTA, O. *Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos. El caso de Bogotá*, Fedesarrollo. Agosto 2000.
- JARAMILLO PEREZ, I. *El futuro de la salud en Colombia: ley 100 de 1993. política social, mercado y descentralización*. Fescol, 1994.
- MUSGROVE, P. *La equidad del sistema de servicios de salud. conceptos, indicadores e interpretación*. Boletín OPS, Vol. 95. 1993.
- NEWHOUSE, J. *Frontier Estimation How Useful a Tool for Health Economics*, en Journal of Health economics. No 13. 1994.
- PAGANINI, J. M. *la evaluación de la accesibilidad, cobertura, calidad y equidad de la salud*. 1995.
- REYES, A; CESPEDES, J.E. & RAMIRES, M. *Análisis de las Encuestas de Calidad de Vida para evaluar el Impacto del Nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá. DNP. 1998.
- SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. *creación y organización del Sistema Distrital de Salud de D.C. Bogotá*, 2000.
- SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. *Legitimidad social y sostenibilidad económica de las Empresas Sociales del Estado*. Octubre 2001.
- VEEDURIA DISTRITAL. *Pronunciamento del observatorio ciudadano al régimen subsidiado de salud*. Bogotá, 2000.

ANEXOS

CUADRO No 1

TIPO DE AFILIACION SEGÚN REGIÓN. PORCENTAJE Y NÚMERO DE PERSONAS. 1997 Y 2003

Región	1997		2003	
	R. contributivo	R. subsidiado	R. contributivo	R. subsidiado
Atlántico	28,5 2,426,444	14,4 1,2224,153	29,5 2,799,014	26 2,472,596
Bogotá	58,5 3,696,555	7 440,257	63 4,325,684	14,5 997,803
Antioquia	44,9 2,36,732	19,9 1,050,380	45 2,522,940	19,1 2,013,846
San Andrés	68,4 32,454	11,4 5,39	64,6 37,098	19,1 10,975
Amazonas	42,9 190,664	26,9 119,548	37,4 186,189	28,1 139,997

Fuente: ECV 1997-2003

CUADRO No 2

Distribución de afiliados al régimen subsidiado, según localidad, Bogotá, marzo de 2003

Localidad	Total afiliados	%
Usaquén	45.950	3,5
Chapinero	11.997	0,9
Santa fe	56.082	4,3
San Cristóbal	114.582	8,7
Usme	126.363	9,6
Tunjuelito	47.116	3,6
Bosa	119.578	9,1
Kennedy	131.111	10
Fontibon	30.207	2,3
Engativa	73.847	5,6
Suba	99.283	7,6
Barrios Unidos	15.646	1,2
Teusaquillo	1.459	0,1

Localidad	Total afiliados	%
Mártires	14.827	1,1
Antonio Nariño	10.052	0,8
Puente Aranda	17.805	1,4
Candelaria	8.925	0,7
Rafael Uribe	94.870	7,2
Ciudad Bolívar	230.769	17,6
Sumapaz	3.722	0,3
Sin clasificar	59.888	4,6
total	1.314.079	100

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Base de datos afiliados al régimen subsidiado de salud en Bogotá, D.C.

CUADRO No 3

ASEGURAMIENTO EN SALUD

Afiliados al régimen subsidiado según ARS, Bogotá, 1997-2003

Administradora	1997	1998	1999	2000*	2001	2002	2003**
Cafam	45.848	49.791	54.236	72708,00	125.324	160.120	164.265
Comfenalco				11262,00	79.949	124.405	123.635
Comparta					9	22.867	24.772
Condor					2.851	29.078	28.919
Coosalud					13.786	45.371	44.315
Ecoopsos					49.708	54.662	53.193
Humana vivir	88.434	86.230	103.778	99458,00	190.718	277.986	285.776
Mutual SER					68.288	91.590	88.948
Pijaos					4.731	4.465	4.576
Salud Total		91	17.180	26506,00	161.053	194.321	207.171
Saludvida					2.920	23.365	24.032
Solsalud				8012,00	51.443	80.570	88.496
Unicaja salud	49.718	49.693	57.801	64527,00	101.146	122.551	119.806
Amuandes			8.402	7858,00			
Asfamilias	121.940	118.601	121.522	125691,00	182.069		
Cafesalud	39.061	38.458	38.653	36637,00	82.909		
Colsubsidio	60.650	66.067	63.561	84460,00			
Comcaja				1567,00			
Compensar	42.747	43.283	39.431	35726,00			
Coesperanza			5.261	5770,00			
Cooflorsalud				16,00			
Coomeva	45.063	44.614	45.107	40431,00	38.136		
Coopdesa	17.026	16.921	25.353	28997,00			
Cooprovisalud				46,00			
Coopsavid			7.835	13627,00			
Coopsolsa	41.573	40.867	33.110	28755,00			
Ecoopsals	54.527	54.267	67.520	65302,00			
Ecoopsos	16.231	16.413	20.807	19781,00			
Fondo de Loteros	42.012	41.873	50.233	49687,00			
Salud Colombia			1.246				
Salud Norte	26.893	27.641	34.466	36136,00			
Saludcoop	113.219	117.001	105.591	89094,00			
Saludfamilia				2054,00			
Solidsalud				1946,00			
Unimec	71.568	70.906	58.781	56852,00			
Sin clasificar	86						
Totales	876.596	882.717	959.874	1012906,00	1.155.040	1.231.351	1.257.904

*Noviembre de 2000

** Marzo de 2003

*** Abril de 2008

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Base de datos afiliados al régimen subsidiado de salud en Bogotá, D.C.

CUADRO No 4

**Número de afiliados al régimen subsidiado en salud.
Según grupo de edad y género. Bogotá, a Diciembre de 2004**

Grupo de edad	Femenino	Masculino	Sin dato de genero	Total
Menores de 1 año	7.777	8.557	0	16.334
De 1 a 5 años	69.163	74.717	0	143.880
De 6 a 10 años	93.585	100.537	0	194.122
De 11 a 15 años	97.557	104.270	0	201.827
De 16 a 20 años	85.855	90.018	0	175.873
De 21 a 25 años	78.579	74.954	0	153.533
De 26 a 30 años	54.430	43.591	0	98.021
De 31 a 35 años	50.287	37.765	0	88.052
De 36 a 40 años	53.930	41.121	0	95.051
De 40 a 45 años	51.794	42.162	0	93.956
De 46 a 50 años	40.910	35.390	0	76.300
De 51 a 55 años	30.585	27.736	0	58.321
De 56 a 60 años	21.808	20.114	0	41.922
De 61 a 65 años	16.875	14.545	0	31.420
Mayor de 65 años	47.279	31.041	0	78.320
Sin dato de edad	2.541	2.731	1	5.273
Total	802.955	749.249	1	1.552.205

Fuente: Secretaria Distrital de Salud

CUADRO No 5

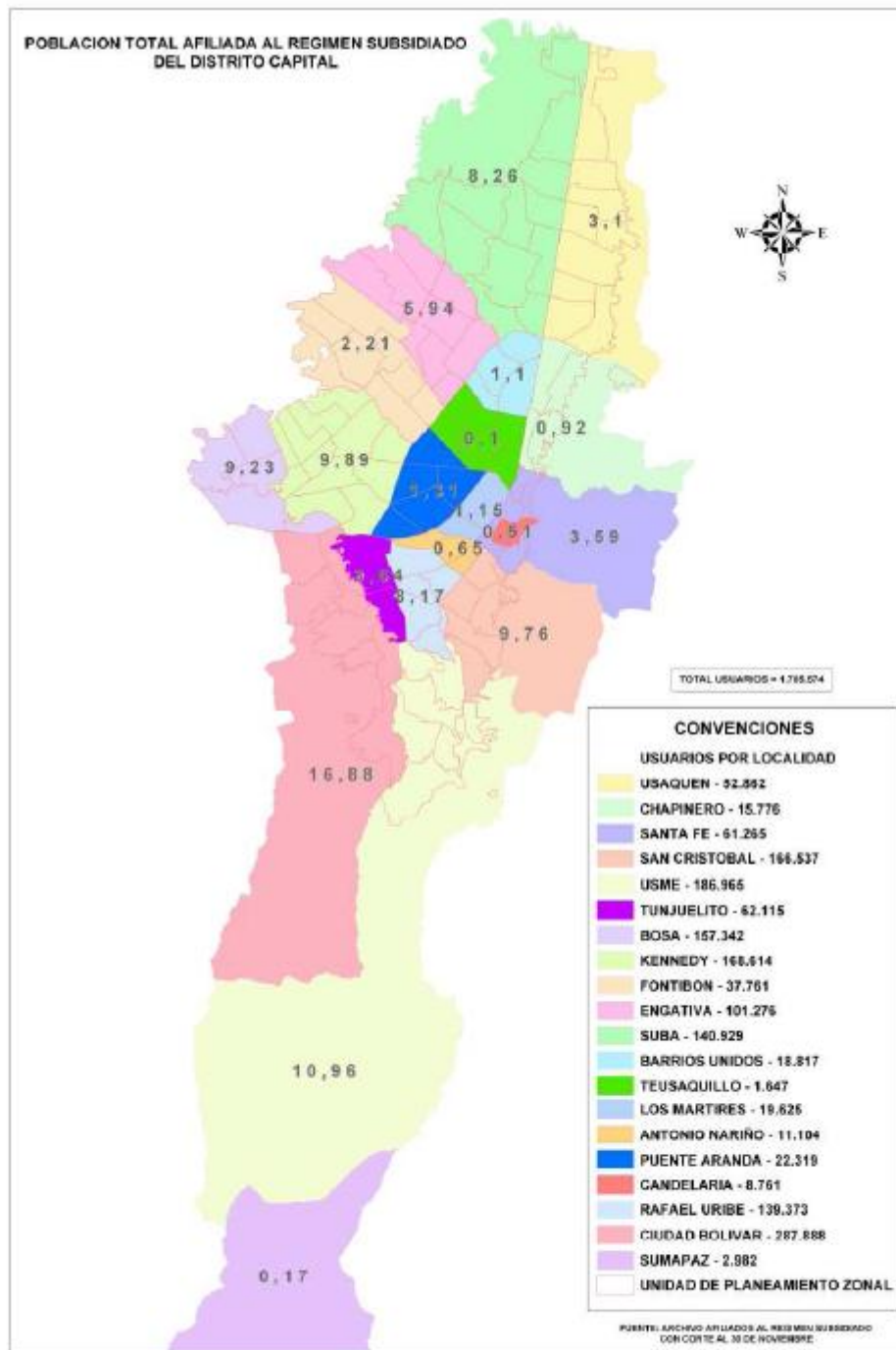
**Régimen subsidiado Distrito Capital
georreferenciación a nivel de UPZ por localidad, 2005**

Localidad	Total afiliados	%
Usaquen	28.064	3,29
Chapinero	23.787	2,79
Santafe	30.500	3,57
San Cristóbal	70.041	8,21
Usme	75.166	8,81
Tunjuelito	27.462	3,22
Bosa	63.238	7,41
Kennedy	75.338	8,83
Fontibon	30.002	3,52
Engativa	75.090	8,8
Suba	82.687	9,69

Localidad	Total afiliados	%
Barrios Unidos	26.294	3,08
Teusaquillo	14.556	1,71
Mártires	12.048	1,41
Antonio Nariño	6.013	0,7
Puente Aranda	12.849	1,51
Candelaria	5.806	0,68
Rafael Uribe	71.874	8,42
Ciudad Bolívar	121.514	14,24
Sumapaz	21	0
Sin dato	808	0,09
Total	853	100

Fuente: Archivo de Afiliados del mes de Diciembre de 2005. SDS - Dirección de Aseguramiento.

MAPA No 1



Mapa 1

Elaboró: Dirección de Aseguramiento
Grupo de Sistemas de Información
Febrero 2006