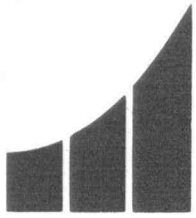
FUNDACION PARA LA EDUCACION SUPERIOR Y EL DESARROLLO



OMS INCLUSION POBRES EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Informe Final

Carolina Borrero
Fedesarrollo

Santafé de Bogotá, mayo 1998

SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C.

1. Caracterización

1.1 Descripción del Municipio

PRIMERAS CINCO CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
SANTA FE DE BOGOTA 1996

No.	CAUSAS	NUMERO	0%	TASA
1	Enfermedad Aparato Circulatorio	8643	29.6	15.41
2	*Traumatismo por Causa Externa*	5926	20.3	10.57
3	Tumores	4984	17.1	8.89
4	Enfermedad Aparato Respiratorio	2840	9.7	5.06
5	Enfermedad Aparato Digestivo	1482	5.1	2.64

1.2 Oferta de servicios

1.3 Administración Local

Inicialmente en Santa Fe de Bogotá funcionaban dos secretarías de salud: el Servicio de Salud y la Secretaría Distrital. Sin embargo, a partir de la Ley 10 de 1990 queda en funcionamiento sólo una de las dos secretarías, la Secretaría Distrital de Salud. A raíz de la Ley 60 de 1993 se inicia el proceso de descentralización siendo la Secretaría Distrital de Salud la primera secretaría a nivel nacional en descentralizarse en 1994. A partir del 27 de diciembre de 1997, el Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá es certificado por el Ministerio de Salud como ente descentralizado para el manejo y administración autónoma de los recursos correspondientes a salud.

Los Sistemas Locales de Salud - Silos - se crearon con la Ley 10 las cuales dependían directamente de los hospitales. Los Silos tenían una doble función, la prestación de servicios y la coordinación local de salud y saneamiento. Al identificarse que estas dos funciones deberían ser realizadas por diferentes entes, se constituyeron las Direcciones Locales de Salud en 1996 para la coordinación local de salud y saneamiento.

De acuerdo al Decreto 812 de 1996, la Secretaría es reestructurada técnicamente lo que implicó la creación de tres divisiones técnicas que son: a) aseguramiento, b) dirección de apoyo y c) dirección de asuntos locales (desconcentradas). Esta última se creó según el Decreto Modificatorio 1173 de la Alcaldía con el fin de desconcentrar funciones en las Alcaldías Menores o Locales. En Bogotá actualmente hay 20 Direcciones de Salud[1] las cuales son desconcentradas[2] de la Secretaría Distrital. Las

---

[1]Dentro de sus funciones está el seguimiento del PAB, recopilar información de morbilidad y mortalidad y controlar los centros de salud.

[2]Por desconcentradas se entiende que dependen de la Secretaría pero sus acciones son

direcciones básicamente realizan las funciones de la Secretaría pero a nivel local, su papel es primordialmente de ente facilitador y veedor del sistema. La división de aseguramiento no se descentralizó en las direcciones locales debido a que este tipo de labores son realizadas por la Secretaría.

El Fondo Financiero Distrital de Salud se creó según el Acuerdo 20 de 1990. El Fondo maneja dinero de carácter nacional, departamental y municipal. Del departamento de Cundinamarca recibe las beneficencias recaudadas, por ejemplo, de las loterías. Según la Ley 10 recibe como municipio el situado fiscal para nivel I y como departamento el situado fiscal para nivel II y III. Igualmente, recibe de la nación el ICN y FOSYGA.

acceso y uso

En cuanto al acceso de la población pobre a los servicio de salud a partir de su afiliación al régimen subsidiado, la Asistente de la Dirección de Aseguramiento y Régimen Subsidiado de la Secretaría piensa que ha mejorado en el sentido que las personas "tienen un valor" porque se han convertido en clientes a quienes les prestan así un mejor servicio. Sin embargo, todavía hay muchas barreras que impiden un mayor acceso como, por ejemplo, la falta de capacitación y un mayor conocimiento de los hospitales. En cuanto al uso de los servicios de salud, cree que éste es un aspecto difícil de medir. Este año se va a enfocar más en el proceso de servicios ya que al año anterior se enfocó en el proceso administrativo.

Para el administrador del SISBEN es difícil medir si el acceso a los servicios de salud ha aumentado porque ahora se esta llegando a una población diferente a la que se atendía antes. En este momento se esta llegando a la población según sus necesidades y a la población mas pobre y vulnerable porque el SISBEN es una herramienta que identifica a estas personas. Además, antes quienes demandaban servicios de salud eran los mismos, existían unos demandantes cotidianos. En cambio ahora hay una mayor conscientización sobre la salud y hay una mayor demanda de la población de sus derechos.

En cuanto al uso, el Administrador del SISBEN tampoco puede afirmar si ha aumentado o no porque se está comparando dos sistemas diferentes que involucran una población distinta. El estar llegando a otro tipo de población no quiere decir que se tenga el mismo alcance que antes. Antes de la implementaron del nuevo sistema de salud se tenía un promedio de 1.8 consultas por año. Al iniciarse el nuevo sistema, en el régimen subsidiado había un promedio de 1.0 consultas por año. Para el administrador del SISBEN, la gran diferencia entre 1.8 y 1.0 consultas por año podría ser porque las personas son apáticas al nuevo sistema y aún no se han apersonado de éste. Sin embargo, ese número ha aumentado a 1.4 consultas por año por lo que ha mejorado el uso de los servicios por parte del régimen subsidiado.

Para la Asistente de la Dirección de Aseguramiento y Régimen Subsidiado de la Secretaría aún existen varios problemas en el sistema. Los hospitales tienen dificultades con la facturación mientras que falta un mayor control de las ARS. Muchos de los problemas que se han presentado se deben a la falta de claridad de la

---

realizadas a nivel local.

normatividad. Sin embargo, a partir del trabajo conjunto que han realizado la Secretaría Distrital y las ARS éstas se han aclarado.

Parte de las dificultades también se debe a la falta de la divulgación de información básicamente a cerca del régimen contributivo. La Secretaría Distrital conoce toda la información pertinente al régimen subsidiado pero no tiene información del régimen contributivo. Esto se debe a que las EPS, especialmente el ISS, no le han dado la información porque creen que la Secretaría los está controlando. Además, la Superintendencia de Salud no ha facilitado el cruce de esta información. En su opinión, debería existir un mayor grado de descentralización para así facilitar la obtención de información y mejorar el sistema de salud.

2. Implementeción del régimen subsidiado

2.1 Identificación y Selección

En Santa Fe de Bogotá no es fácil identificar a la población objeto del seguro de salud subsidiado debido a la alta movilidad de los habitantes, sobre todo los que viven en las zonas más desprotegidas y marginadas, y al fenómeno migratorio causado por el desplazamiento de personas como consecuencia de la violencia e inseguridad de diferentes regiones del país. Además, Santa Fe de Bogotá es la ciudad del país con el mayor numero de habitantes, alrededor del 20% de toda la población pobre del país reside en la capital, sumado al alto índice de migración.

En diciembre de 1994 se creó la oficina del SISBEN de la Alcaldía. Para la canalización de los recursos, el SISBEN ha sido manejado en la Secretaría Distrital. Según el Decreto 2491 de 1995 donde las Direcciones Locales de Salud podían ser EPS-T y por el cumplimiento de la transitoriedad del sistema, en Bogotá se identificaron los beneficiarios por SISBEN y servicios públicos según la autorización del Ministerio de Salud. La identificación mediante servicios públicos se llevó a cabo en 1995 y parte de 1996 por los Silos mediante la utilización de los recibos de servicios públicos.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN
POR SERVICIOS PUBLICOS
DICIEMBRE 1996 SANTA FE DE BOGOTÁ

	ESTRATO 1	ESTRATO 2	TOTAL SERVICIOS
TOTAL	11.723	246.271	357.994

FUENTE: Base de datos SISBEN, Area de Administración del Aseguramiento. Dirección de Aseguramiento. Secretaria Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá.

La utilización de servicios públicos como mecanismo de identificación sólo se realizó durante ese año. Actualmente, la única herramienta de identificación es el SISBEN. Es por esta razón que se ha aplicado el SISBEN a aquellas personas identificadas como beneficiarias a través de servicios públicos, lo que ha generado varios inconvenientes pues algunas veces ya no quedan seleccionadas. Otro problema que ha surgido es la doble afiliación debido a la identificación bajo ambos mecanismos. Este es un grave problema ya que se genera una doble afiliación por lo tanto, una doble financiación.

PERSONAS IDENTIFICADAS

SANTA FE DE BOGOTÁ, DICIEMBRE 1997

IDENTIFICAD SISBEN					IDENTIFICAD SERVICIOS PÚBLICOS*		
I	II	III	OTROS	TOTAL	I	II	TOTAL
122.638	590.425	979.73	824.544	2.520.337	74.912	176.133	251.045

*Personas, a diciembre de 1997, aún identificadas mediante servicios públicos.
**De las 964.098 personas identificadas como beneficiarias (nivel I y II del SISBEN y servicios públicos I y II) hay alrededor de 910.500 afiliados. Se calcula que de los 910.500 afiliados alrededor de 30.000 aún están afiliados por ambos mecanismos de identificación. Se pretende depurar la base de datos aunque este es un proceso progresivo.
***Las localidades con mayor número de personas en los niveles 1 y 2, que representan el 60% de la población clasificada, son Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal, Suba y Usaquén.

A diciembre de 1997 se han encuestado en Santa Fe de Bogotá 2.520.337 personas medinate la encuesta SISBEN donde el 4.9% corresponde a nivel I, 23.4% a nivel II, 38.9% a nivel III y 38.9% a niveles superiores.

Estos resultados demuestran como se han subestimado los estimativos realizados por el Departamento de Planeación Nacional y el Departamento Administrativo de Planeación Distrital (para 1993) donde se estimó un 16.3% de la población con NBI mientras que los resultados arrojados por el SISBEN muestran un 27% de la población en nivel I, II y III.

Hasta el momento, se ha estudiado por SISBEN el 42.5% de la población estimada para el Distrito. El ideal es estudiar el 100% de la población pero existen inconvenientes tales como la falta de recursos financieros, la población flotante y el alto índice migratorio. Por ejemplo, se ha calculado que a la localidad de Usme llegan diariamente cerca de 40 familias desplazadas por la violencia, según información de la Consejería de la Presidencia de la República.

Los recursos financieros invertidos por la Secretaria para el desarrollo de este proceso por ano son los siguientes:

En 1994	$ 75.000.000
En 1995	$ 244.000.000
En 1996	$ 377.000.000 de los cuales $79.000.000 procedían del nivel nacional
En 1997	$1.474.000.000
Total	$2.170.000.000

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION POR NBI, AFILIADOS
SANTA FE DE BOGOTÁ A DICIEMBRE 1996

	POBLACION	NBI	POBLACIÓN AFILIADA
TOTAL	6.314.305	1.029.232	553.566

Fuente: Encuesta sobre pobreza y calidad de vida 1991. Boletín DANE No. 486 de Septiembre de 1993.
Datos preliminares CENSO 1993.

Los reclamos más frecuentes son por los puntajes del SISBEN principalmente por las personas identificadas en nivel III. Gran parte de las quejas también las reciben de aquellas personas inicialmente identificadas como beneficiarias por servicios públicos pero que por SISBEN ya no lo son. La Asistente de la Dirección de Aseguramiento y Régimen Subsidiado cree que el problema es que las personas quieren que el Estado les pague todo.

Adicionalmente, se presentaron problemas con las empresas encuestadoras al realizarse el SISBEN porque muchos de los encuestadores no entraban a todas las casas por su difícil acceso. Por ejemplo, los encuestadores no iban a los barrios con fuertes pendientes ubicados en las lomas. El gran problema es que gran parte de estos barrios son los más pobres. Esto llevó a que en algunos casos personas de nivel I, II o III quedaran en nivel IV debido a que los encuestadores sólo llegaban hasta la tienda del barrio la cual tenía servicios públicos y ciertas comodidades por lo que los encuestadores creían que las personas de esos barrios también vivían en las mismas condiciones.

La Secretaría Distrital de Salud decidió contratar interventorías convirtiéndose en pioneros de este método de control para el SISBEN. Inicialmente, la empresa encuestadora realizaba sus funciones, luego la interventoría revisaba como se había realizado estas encuestas y finalmente, la Secretaría vigilaba y controlaba a la interventoría. Este proceso de interventoría mejoró considerablemente la calidad del SISBEN y disminuyó bastante las quejas.

Para la Asistente de la Dirección de Aseguramiento y Régimen Subsidiado, el SISBEN es una herramienta útil de identificación que indica ciertos parámetros sobre la forma de vida de la población. Sin embargo, no ha sido apropiado por las alcaldías ya que lo utilizan únicamente en el sector salud. Una desventaja del SISBEN es la falta de capacidad de los encuestadores para realizar el SISBEN al igual que la geografía del país que dificulta el acceso a toda la población. Además, la utilización del SISBEN en Bogotá puede no ser la herramienta mas adecuada ya que los criterios de pobreza en la Capital no son los mismos que en otras regiones del país. Por ejemplo, el SISBEN se basa en parte en servicios públicos. Sin embargo, gran parte de Bogotá tiene la mayoría de servicios por lo que la población identificada con NBI puede ser menor a la real ya que existen altos niveles de desempleo y población sin capacidad de pago.

Se ha tratado de identificar a los indigentes inicialmente en la calle del cartucho pero ha sido muy complicado dado que es difícil ubicarlos. No obstante, se han identificado a varios recicladores. Esto se ha logrado debido a que tienen una Asociación de Recicladores con personería jurídica lo que permite identificarlos más fácilmente. Se está tratando de crear una organización similar con los indigentes o por lo menos seleccionar a un líder para facilitar la identificación. Sin embargo, para la Asistente de la Dirección de Aseguramiento y Régimen Subsidiado de la Secretaría, se debe tener bastante cuidado con la afiliación de indigentes y de indígenas ya que como ellos no demandan muchos servicios, las ARS pueden aprovecharse para obtener ganancias.

2.2 Afiliación

2.2.1 EPS-T

La Secretaría Distrital no operó directamente como EPS-T sino que contrató la administración del régimen y la prestación de servicios bajo tres modalidades. Por este motivo se contrató una caja de compensación familiar, cuatro localidades y hospitales que actuaron como EPS-T.

La caja de compensación familiar, Unicajas[3], tuvo un manejo similar al actual. Se realizó un convenio donde Unicajas puso sus recursos disponibles con una cofinanciación de la Secretaría. Operó a partir de junio de 1995 hasta febrero de 1996 en las localidades de San Cristóbal y Ciudad Bolívar donde se afiliaron unas 24.000 personas. Para la prestación de servicios a sus afiliados, la caja realizó contratos con diferentes IPS. Esta modalidad sirvió como modelo para el manejo del sistema actual. Durante el funcionamiento de esta modalidad fue posible identificar algunos de los problemas que se presentarían al implementar el nuevo sistema de salud como los referentes a la facturación, contratación de la red para la prestación de servicios, sistema de información y carnetización, entre otros.

Otra modalidad fue la contratación con cuatro localidades, San Cristóbal, Suba, Bosa y Usaquén, donde los Silos operaron como EPS-T. Los Silos fueron una de las modalidades de EPS-T con el fin de lograr utilizar toda la capacitación y educación de los agentes de salud de estos entes. Los Silos contaban con su propia red de servicios para la atención de sus afiliados. En esta modalidad sólo se utilizó el SISBEN como mecanismo de identificación de la población beneficiaria. La Secretaría adicionalmente contrato a cuatro universidades para que realizaran el proceso de gestión sanitaria. Inicialmente, los Silos realizaron gestiones de saneamiento hasta llegar a crear lo que actualmente son las ESS. Las ESS surgen de esta modalidad porque estas se basaban en la divulgación de información por parte de un grupo de agentes de salud a las familias. Dado que la familia o la comunidad es la base de las ESS, se puede decir que esta modalidad, Silos como EPS-T, fue la base de este tipo de ARS.

La última modalidad durante la EPS-T fue la contratación de todos los hospitales con personería jurídica. El fin de esta modalidad era canalizar los servicios de salud hacia las personas más pobres y vulnerables. A partir de septiembre de 1995 los hospitales empezaron a carnetizar a las personas por servicios públicos y fueron creando una base de datos. Se lograron carnetizar alrededor de 580.000 personas por este mecanismo de identificación. El pago por la prestación de servicios a los carnetizados fue realizado por la Secretaria de acuerdo a la facturación de los hospitales. Los recursos utilizados para estos pagos fueron aquellos destinados a los subsidios de demanda. Los hospitales prestaron sus servicios bajo esta modalidad hasta junio de 1996.

Para el administrador del SISBEN, la transitoriedad logró un cambio de actitud en los hospitales donde se les obligó a realizar un proceso de facturación para obtener servicios y además los impulsó a mejorar sus servicios ya que habían entrado a un modelo de competencia. Sin embargo, el periodo transitorio fue bastante corto por lo que el tiempo de ajuste no fue suficiente.

2.2.2 ARS

En 1996 se aprobaron 19 ARS. Inicialmente, 15 de éstas han realizado contratos con el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS); 5 son Cajas de Compensación

---

[3] Durante la EPS-T, Unicajas estuvo conformada por cinco cajas de compensación familiar que son Asfamilias, Indufamiliar, Comfacope, Comfan y Comfacundi.

Familiar, 6 EPS y 4 ESS. Actualmente son 17 las ARS que tienen contratos con el FFDS al comenzar a trabajar Coopdesa y Ecoopsos con el Distrito en 1997.

El FFDS tiene contratos con las siguientes 17 ARS:

ESS- Saludcoop, Copdesa, Ecoopsos, Ecoopsals, Fondo de Loteros, Salud Norte, Coopsolsa
EPS- Cafesalud, Unimec, Humana Vivir, Coomeva, Caprecom
CAJAS COMPENSACIÓN FAMILIAR- Cafam, Asfamilias, Colsubsidio, Unicajas, Compensar

Las Cajas de Compensación Familiar administran sus propios recursos para el régimen subsidiado; sin embargo, con Asfamilias y Unicajas se firmó un contrato adicional de recursos del FFDS dado que los recursos que éstas administran no alcanzaban para la afiliación de la población previamente inscrita en cada una de ellas.

Las 19 ARS aprobadas desde 1996 comenzaron labores de mercadeo para la afiliación de 580.000 personas. Alrededor de la mitad de las personas afiliadas seleccionaron su ARS por libre elección pero la otra mitad fue por asignación forzosa. La distribución del número de afiliados se hizo según la capacidad aprobada de cada ARS. Los primeros afiliados a las ARS fueron por SISBEN. Sin embargo, acogiendo el Acuerdo 32 de Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de 1996, se autorizo la afiliación a las ARS de las personas ya carnetizadas por servicios públicos durante la EPS-T.

A diciembre de 1996, las Cajas de Compensación Familiar cuentan con el mayor número de afiliados a las cuales pertenece el 49.3% de la población de Bogotá. El 33% se encuentra en las EPS y el 17.1% en las ESS. A diciembre de 1997, las EPS cuentan con el mayor número de afiliados con un 43% mientras que el 35% pertenece a las Cajas de Compensación Familiar y el 22% a las ESS.

En 1997 el mayor porcentaje de afiliados al régimen subsidiado residen en las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa, Usme, San Cristóbal y Kennedy. Actualmente, Saludcoop es la única ARS que cuenta con afiliados en las 20 localidades. Por otro lado, en Ciudad Bolívar existe la presencia de todas las ARS.

AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO POR ARS
SANTA FE DE BOGOTÁ

ARS		TOTAL 1996	TOTAL 1997
E.S.S	COOPSOLSA	30.718	41.568
	ECOOPSALS	26.922	54.527
	SALUD NORTE	24.407	26.897
	FONDO DE LOTEROS	12.721	42.017
	ECOOPSOS	0	16.231
	COOPDESA	0	17.027
	SUBTOTAL	**94.768**	**198.285**
E.P.S	SALUDCOOP	48.427	113.233
	HUMANA VIVIR	41.183	88.443
	UNIMEC	38.41	71.576
	COOMEVA	20.918	45.069
	CAPRECOM	18.657	33.878
	CAFESALUD	18.334	39.069
	SUBTOTAL	**185.929**	**391.268**
CAJAS COMPENSACIÓN FAMILIAR	COLSUBSIDIO	79.841	60.65
	CAFAM	70.563	45.848
	ASFAMILIAS	53.207	121.951
	COMPENSAR	46.121	42.749
	UNICAJAS	23.137	49.723
	SUBTOTAL	**272.869**	**320.921**
	TOTAL	**553.566**	**910.474**

FUENTE: Dirección de Aseguramiento, Secretaría Distrital de Salud.

PERSONAS AFILIADAS AL REGIMEN SUBSIDIADO
POR LOCALIDAD Y POR A.R.S.
SANTA FE DE BOGOTA

No	LOCALIDAD	E.P.S.		E.S.S.		CAJA DE COMPENSACIÓN		TOTAL	
		TOTAL 1996	TOTAL 1997	TOTAL 1996	TOTAL 1997	TOTAL 1996	TOTAL 1997	TOTAL 1996	TOTAL 1997
1	Usaquén	11.756	19.516	16.599	15.131	8.358	9.339	36.713	43.986
2	Chapinero	2.638	6.181	40	859	578	2.278	3.256	9.318
3	Santafe	4.723	11.347	1.552	5.409	26.905	31.434	33.18	48.19
4	San Cristóbal	22.033	33.428	27.838	30.71	17.216	17.92	67.087	82.058
5	Usme	8.632	25.886	24	20.512	21.528	42.526	30.184	88.924
6	Tunjuelito	2.007	8.528	50	1.536	21.899	22.989	23.954	33.053
7	Bosa	9.086	27.523	22.294	45.889	15.718	18.743	47.098	92.155
8	Kennedy	14.675	48.022	1.885	2.356	38.805	29.693	55.365	80.071
9	Fontibón	18.209	23.144	16	3.073	206	1.005	18.431	27.222
10	Engativa	6.188	18.149	2.506	6.59	32.451	20.994	41.145	45.733
11	Suba	16.217	37.196	2.422	5.581	13.231	14.578	31.87	57.355
12	Barrios Unidos	1.182	4.344	195	886	1.682	3.465	3.059	8.695
13	Teusaquillo	543	411	12	11	69	35	624	457
14	Los Mártires	13	3.963	24	3.616		1.749	37	9.328
15	Antonio Nariño	8.013	3.927	2.25	3.297	57	1.351	10.32	8.575
16	Puente Aranda	5.81	7.861	6	659	180	772	5.996	9.292
17	La Candelaria	3.759	4.443	317	1.093	1.354	2.545	5.43	8.081
18	Rafael Uribe	11.975	23.681	5.854	8.757	24.199	22.942	42.028	55.38
19	Ciudad Bolívar	34.925	67.115	8.884	38.975	43.223	69.295	87.032	175.385
20	Sumapaz	2.756	2.624	6	6	59	21	2.821	2.651
	Otros	13.934	789	3.333	1.994	7.212	5.151	24.479	7.934
	Total	**185.929**	**391.262**	**94.768**	**198.285**	**272.869**	**320.921**	**553.566**	**910.468**

2.2.2.1 Acciones Realizadas por la Secretaría Distrital

A partir de 1997 se realizaron diferentes actividades para informar a las personas sobre la libre elección de las ARS. Se realizaron diferentes eventos y bazares de salud para dar información acerca de sus derechos y también para dar formularios de las diferentes ARS.

La Secretaría Distrital ha desarrollo 5 eventos en coordinación con las ARS y las Alcaldías Locales. El primero se realizó en Corferias, para toda la población residente en el Distrito y cuatro restantes en las localidades de Bosa, Ciudad Bolívar, Usme y Kennedy. El propósito de estos eventos fue que la población potencial beneficiaria del régimen subsidiado pudiera hacer uso de su derecho de libre escongencia de ARS. Una vez seleccionada la ARS en forma libre recibieron su tarjeta de salud por parte de la respectiva ARS además de recibir información sobre derechos y deberes.

Se realizó también la inscripción en el Presisben de 13.925 personas nuevas y de 10.911 de aquellos que presentaron el carné entregado por la Secretaría de Salud durante el funcionamiento de las EPS-T (beneficiarios por servicios públicos), ya que no se encontraban en la base de datos de afiliación.

Se evidenció el poco conocimiento de la comunidad en lo referente al régimen subsidiado, la participación de los diferentes actores del sistema, la falta de información a cerca de los servicios de salud y la forma de acceder a éstos. Además, fue evidente la permanente migración de los habitantes de Bogotá y la dificultad de ser ubicados para la entrega de las tarjetas de salud.

En esta jornada también se actualizó la información de la base de datos. Adicionalmente, fue posible identificar ciertos problemas como la duplicidad en la afiliación, la alta movilidad de la población y el gran número de menores de un año sin carné, entre otros.

Dado el alto índice de duplicidad de afiliación, se decidió realizar una depuración de la base de datos. Esto llevó a realizar una reunión semanal con las diferentes ARS y se inició un proceso de consertación. A partir de la Circular 15 del Ministerio de Salud que obliga a pagar únicamente por carné entregado, en Junio de 1997 disminuyó el número de afiliados de 500.000 a 300.000.

Esta duplicidad de afiliación es un problema que aún no se ha podido eliminar del todo debido a las dificultades presentadas con el software en el momento de depurar la base de datos. Sin embargo, hay una mallas de revalidación que a pesar de no eliminar la doble afiliación si separa aquellas afiliaciones con datos similares en otra base de datos pero la eliminación final debe hacerse manualmente. Se pretende depurar la base de datos aunque este es un proceso progresivo.

La Secretaría Distrital de Salud creó los Centros de Información y Orientación al usuario con el fin de dar a conocer el nuevo Sistema General de Seguridad Social especialmente en el régimen subsidiado a la población más pobre y vulnerable. Estos centros se encuentran en las instituciones de salud de la red adscrita y no adscrita a la Secretaría Distrital de Salud las cuales están localizadas en todas las localidades, principalmente en las clasificadas en estrato 1 y 2. Actualmente, hay 35 centros funcionando y 5 ya están instalados pendientes de la contratación del recurso humano. Cada centro cuenta con un informador capacitado en la parte técnica y normativa y además, cumplen con una función de sensibilización de los funcionarios del área administrativa y admisiones en hospitales por medio de talleres.

2.3 Atención a Vinculados

La Secretaría Distrital para garantizar el acceso a los servicios de salud a la población vinculada ha celebrado contratos con IPS públicas y privadas bajo la modalidad de subsidio a la oferta. El dimensionamiento de esta población no es fácil teniendo en cuenta los factores demográficos, de crecimiento de la capital, el incremento de la expectativa de vida al nacer, incremento de los índices de natalidad, pero principalmente el alto índice migratorio de la población rural y de otros departamentos, migraciones voluntarias o forzadas por la situación de orden publico, entre otros factores.

El no conocer información de la población afiliada al régimen contributivo, especialmente al ISS-EPS, limita el dimensionamiento de la población vinculada, llegando a encontrarse dobles afiliaciones e inadecuada utilización y racionalización de los recursos.

De acuerdo a Ley 344, la Secretaría Distrital de Salud tiene contratos con 32 instituciones de la red adscrita[4] y 35 instituciones no adscrita para la prestación de los servicios de salud a vinculados y para la prestación del PAB. La forma de pago para nivel I es por capitación mientras que para los demás niveles es por facturación. A *pesar de que los contratos de nivel I son por capitación, los hospitales deben* facturar los servicios prestados a la Secretaría para que ésta les pague el monto acordado. Se han presentado problemas con algunos hospitales ya que muchos no tenían una red de facturación por lo que les ha costado trabajo adaptarse a esta nueva forma de pago. La Secretaría Distrital hace transferencias directas de las rentas cedidas y de los recursos propios de éstas.

RECURSOS FINANCIEROS DESTINADOS A
COMPRAVENTA DE SERVICIOS DE SALUD
S.D.S – FFDS

	MILLONES DE PESOS	
INSTITUCIÓN	1996	1997
RED ADSCRITA		73.47
RED NO ADSCRITA	39.532	35.701
TOTAL	**39.532**	**109.171**

FUENTE: Area Servicios al Vinculado, S.D.S. Dirección financiera, S.D.S.

Los contratos para la prestación de servicios a vinculados se realizaban según los cálculos históricos del número de personas atendidas. Inicialmente, los hospitales facturaron muy poco pero al final sobrefacturaron por lo que se hizo un ajuste presupuestal. La Secretaría Distrital cubrió los excedentes generados por la sobrefacturación. Se realizaron interventorías para revisar la facturación realizada por los hospitales y se encontró que estaban haciendo doble facturación, es decir, le facturaban a las ARS y la Secretaría el mismo servicio. Igualmente, le estaban facturando a la Secretaría los eventos catastróficos los cuales le corresponde al Fondo de Riesgos Catastróficos y de Accidentes de Tránsito. Con las revisiones realizadas por las interventorías se englosaron unos $8.000 millones. Sin embargo, el monto de las glosas ha ido disminuyendo, reflejando el conocimiento y compromiso adquirido por las instituciones. La Secretaría por medio de interventorías y otros mecanismos de control pretende acabar con la sobrefacturación por duplicidad de éstas, que sucede tanto en la red adscrita como en la no adscrita. Lo que se pretende es pagar por los servicios de salud efectivamente prestados a la población objeto del contrato.

Estas interventorías no sólo se realizan a las instituciones prestadores de servicios sino que también a las ARS, el SISBEN o cualquier otra entidad con el que el Fondo Financiero Distrital de Salud haya celebrado contratos. Se ha podido encontrar que

---

[4] De las 32 instituciones de la red adscrita, 19 son de nivel I, 8 de nivel II y 5 de nivel III.

esta modalidad de interventoría es un gran aliado que en última instancia busca el beneficio del usuario.

La Secretaría Distrital consideró necesario suscribir una póliza para el cubrimiento de ciertas patologías de alto costo. Esta póliza cubrirá a 850.000 personas identificadas como vinculados sin capacidad de pago (nivel III de SISBEN) para el periodo de febrero de 1998 a enero de 1999.

2.4 Cobertura Alcanzada

En Santa Fe de Bogotá la cobertura alcanzada es de 910.474 personas, número sustancialmente mayor a la meta para 1997 la cual era de 825.000 personas.

PERSONAS IDENTIFICADAS
SANTA FE DE BOGOTÁ, DICIEMBRE 1997

IDENTIFICAD SISBEN					IDENTIFICAD SERVICIOS PÚBLICOS*		
I	II	III	OTROS	TOTAL	I	II	TOTAL
122.638	590.425	979.73	824.544	2.520.337	74.912	176.133	251.045

*Personas, a diciembre de 1997, aún identificadas mediante servicios públicos.

El total de afiliados representa el 128% de los identificados únicamente en nivel I y II del SISBEN. Al tenerse en cuenta las personas aún identificadas por servicios públicos, la cobertura alcanzada es del 94% de la población identificada.

2.4. 1 Financiamiento

FINANCIAMIENTO DEL REGIMEN SUBSIDIADO POR ANO SEGUN FUENTE[5]
SANTA FE DE BOGOTA 1995 - 1998

MILLONES DE PESOS

FUENTE	1995		1996		1997		1998	
	Total	0%	Total	0%	Total	0%	Total	0%
ICN	8.735.00	100%	28.200.00	53.14%	33.746.00	44.79%	29.050.65	35.50%
SITUADO FISCAL	0		0	0.00%	8.498.70	11.28%	15.206.42	18.58%
FOSYGA	0		7.600.00	14.32%	4.203.47	5.58%	12.431.05	15.13%
MINSALUD	0		2.000.00	3.77%	0	0.00%	0	0%
RECURSO DISTRITO	0		0	0.00%	548.52	0.73%	423	0.52%
RECURSOS PROPIOS	0		4.209.12	7.73%	8.751.99	11.62%	7.718.29	9.43%
CAJAS DE COMPENSACION	0		11.053.99	20.83%	19.600.33	26.01%	16.955.00	20.72$
TOTAL	8.735.00	100%	53.063.11	100%	75.349.01	100%	81.824.41	100%

FUENTE: Dirección Financiera – Dirección de Aseguramiento *En cuanto a los recursos que administraron las Cajas de Compensación Familiar, no se ha observado incremento alguno en los dos últimos anos.

[5] Es importante anotar que no todos los recursos son destinados exclusivamente para la afiliación de beneficiarios sino que también se han utilizado para inversión en la realización del SISBEN, sistema de información, Centros de Información, Orientación al Usuario, entre otros.

Aparentemente, Santa Fe de Bogotá, D.C. cuenta con bastante dinero porque recibe recursos como departamento y municipio por lo que la Asistente de la Dirección de Aseguramiento y Régimen Subsidiado dice que el FOSYGA le quita parte del dinero que le corresponde. El año pasado el Distrito recibió del FOSYGA $4.000 millones lo que representa menos del 1% de los recursos del FOSYGA a pesar de que el 20% de los pobres del país se encuentran en el Distrito. Es por esta razón que se terminó el año con déficit; luego de negociaciones, el Ministerio de Salud lo cubrió. Otro problema que tiene la Secretaría con el FOSYGA es que no sabe cuanto dinero van a recibir lo que no permite realizar una planeación adecuada que impide conocer con exactitud cuantos beneficiarios pueden financiar creando así unos grandes desbalances. Por ejemplo, el año pasado la Secretaría pensó que recibiría $15.000 millones pero el FOSYGA le dio únicamente $4.000 millones. Este desbalance fue cubierto con la rentabilidad financiera y con los ICN. A pesar de estos inconvenientes, el FOSYGA es muy oportuno con los desembolsos lo que le ha permitido a la Secretaría desembolsarle anticipadamente a las ARS.

La Directora Financiera de la Secretaría Distrital plantea un problema adicional. El monto de algunos de los recursos destinados al Distrito dependen de indicadores tales como el censo poblacional y el NBI. Estos indicadores perjudican la cantidad de recursos destinados al Distrito, en el caso del censo poblacional, las proyecciones basadas en el censo resultan muy inexactas debido a la gran población migratoria producto del desplazamiento forzoso causado por la violencia e inseguridad en diferentes partes del país, mientras que el NBI no resulta ser apropiado para el Distrito. Este indicador no es adecuado para Bogotá debido a que se basa, en parte, en servicios públicos. Esto es un problema ya que en gran parte de la ciudad, si no en toda, existen la mayoría de los servicios públicos lo que implica que muchas personas no sean identificadas con NBI siendo éstas realmente pobres, sin empleo ni capacidad de pago y correspondientes al régimen subsidiado. Por ejemplo, se dice que en Bogotá hay un 17% de la población con NBI mientras que se calcula que la población sin capacidad de pago es del 40%. Dado que los criterios de pobreza para Bogotá no son los mismos que en otras regiones del país, para la Secretaría, no sólo con respecto a los recursos destinados al Distrito sino también a la correcta identificación de los beneficiarios de subsidios de salud, se debería utilizar otro mecanismo de identificación como, por ejemplo, uno basado en el empleo y en la capacidad de pago.

Otro hecho preocupante para la Directora Financiera de la Secretaría es la participación del sector salud en el gasto social del Distrito. El sector salud sólo tiene una participación del 14% mientras que otros sectores como educación tiene el 26.62%, seguridad ciudadana 26.15%, servicios públicos 24.48%, entre otros. El mayor problema de la implementación del régimen subsidiado para la directora es su financiación por falta de recursos.



2.4.2 Transformación de subsidios de oferta a subsidios de demanda

Se ha dado cumplimiento al proceso de transformación de subsidios de oferta a subsidios de demanda según la Ley 344 de 1996. Es importante resaltar el esfuerzo realizado por el Distrito al asignar 6 puntos porcentuales por encima de los recursos obligatorios de ICN para subsidios de demanda (mínimo se deben asignar 15 puntos del 25% para el sector salud), es decir, para 1995,1996 y 1997 se asignaron 21 puntos lo que permitió aumentar la cobertura de afiliación al régimen subsidiado. Sin embargo, según la proyección de recursos realizada por la Secretaría, es posible que no se continúe transformando un mayor porcentaje al establecido por Ley sino que sea necesario mantener los mínimos legales de transformación. Además, puede que el Distrito tenga que utilizar sus propios recursos para poder mantener la afiliación, por ejemplo, para 1998 se calcula que para garantizar la afiliación actual son necesarios $92.000 millones mientras que los mínimos legales de transformación equivalen a $64.000 millones. Por otro lado, es posible que esto implique que la cobertura no pueda ser ampliada por falta de recursos.

En Bogotá la transformación de recursos no es homogénea entre todos los hospitales, es decir, el porcentaje transformado que recibe cada hospital es distinto. El porcentaje a transformar en cada hospital se determina de acuerdo al comportamiento histórico del hospital, su ejecución real y las condiciones bajo las cuales opera. Esto se debe a que hay hospitales que por ubicación o factores demográficos no resistirían el total de la transformación mientras que otros están mejor ubicados, con mayores facilidades y mayor eficiencia que si pueden operar debidamente con una mayor transformación. Por ejemplo, el Hospital de Nazareth queda ubicado en un páramo, en zona rural con población dispersa, a una distancia aproximada de 3 horas de Ciudad Bolívar, donde no existen ARS y donde el nivel de seguridad es muy bajo que hace imposible que pueda subsistir con una transformación completa de los recursos. Por otro lado, existen hospitales ubicados en una zona mas segura, urbana, con alto índice de población que dada su situación y comportamiento histórico pueden operar correctamente con la transformación

planteada por la ley[6]. Es por esta razón, que el porcentaje transformado en cada hospital varía.

3. Actores

3.1 ARS

3.1.1 Humana Vivir

Humana Vivir es una EPS que maneja ambos regímenes, contributivo y subsidiado. El régimen subsidiado hasta el momento solo opera en Bogotá. Sin embargo, tienen un proyecto para ampliación de cobertura del régimen subsidiado en ciudades donde ya manejan régimen contributivo como en el viejo Caldas, la Costa y Boyacá.

Inicialmente, Humana Vivir afilió 8.944. Se presentaron dificultades en el proceso de carnetización ya que la base de datos era inconsistente. Por ejemplo, se presentaron casos donde las personas no existían, no habían sido encuestadas o eran del régimen contributivo, entre otros. Actualmente, tienen 88.300 afiliados de los cuales alrededor de 4.300 aún faltan por carnetizar.

En cuanto a la prestación de servicios, tiene contratos con la mayoría de las instituciones de la red adscrita. Todos los contratos de prestación de servicios con IPS de nivel I son por capitación mientras que los de nivel II y III son por facturación. Además de las IPS de la red adscrita con la que tiene contratos, también cuenta con una red privada de servicios. Esta red de prestación de servicios es utilizada por el régimen contributivo en un 100% y por el régimen subsidiado en un 30%.

La directora de Humana Vivir cree la oferta de servicios no es suficiente, para ella existe un déficit altísimo. No se cuenta con suficientes camas ni aparatos médicos para atender la población. Comenta que se presentan situaciones donde una persona debe esperar 3 días para poder acceder a una cama en un hospital.

La relación de Humana Vivir con las IPS es bastante buena. Sin embargo, en ocasiones tiene problemas con las IPS públicas principalmente porque no entregan medicamentos, no atienden al afiliado o dan citas médicas para fechas lejanas. Por lo contrario, con las IPS privadas nunca tiene problemas.

El flujo de dinero de la ARS hacia las IPS es bastante oportuno. El pago oportuno se le facilita debido a que no tiene ningún inconveniente con el flujo de dinero de la Secretaría ya que ésta es cumplida en el pago. Sin embargo, el pago de las ARS depende de la agilidad de facturación de las IPS, razón por la cual pueden haber demoras en el flujo de dinero.

El principal logro del régimen subsidiado es el mayor acceso a los servicios de salud por parte de la población más pobre y vulnerable. Con respecto a la Secretaría de Salud, la directora cree que ésta le ha dado un manejo transparente y antipolítico al

---

[6]Los porcentajes a transformar planteados por la ley son: para 1997 el 15% del situado fiscal, para 1998 25% del situado fiscal y 15% de las rentas cedidas. Para el año 2001 se habrán transformado 60% del situado fiscal y de las rentas cedidas.

sistema ya que es muy organizada y estricta en el proceso de implementación del sistema.

En cuanto a las dificultades del sistema de salud, la directora cree que se encuentran varios problemas. Por ejemplo, los hospitales no tienen una infraestructura adecuada, el sistema es no tener una base de datos que filtre la población que no tiene derecho a formar parte del régimen subsidiado y la normatividad parece ser elaborada por personas que no tienen conocimiento a cerca del sistema o de la realidad en el proceso de implementación del sistema, entre otors. En su opinión, los problemas del sistema se deben básicamente a que nació de un sistema inconsistente que ha generado deficiencias en el proceso y consecuencias por las que aún se están pagando.

Para la directora, la competencia representa un garantía en el nivel de calidad de los servicios. Además, sirve como índice de satisfacción de las personas e indica el nivel de penetración de cada ARS en el mercado. En cuanto a la competencia desleal presentada en Bogotá cree que fue una consecuencia de la pelea por usuarios. A Humana Vivir no le afectó esta competencia desleal porque ellos pretendían mostrar sus servicios en cambio de involucrarse en una guerra por los usuarios.

La directora cree que indiscutiblemente ha aumentado el acceso y el uso de los servicios de salud por parte de la población pobre. Esto es evidente en el récord que llevan en la oficina de atención al usuario. Cree que los índices de uso han aumentado debido a que las personas son mas conscientes de sus derechos y deberes.

3.1.2 Asfamilias

Asfamilias es una Caja de Compensación Familiar. Durante la EPS-T, Asfamilias junto con Indufamiliar, Comfacope, Comfan y Comfacundi formaron una caja llamada Unicajas que fue una de las modalidades contratadas por la Secretaría Distritral para actuar como EPS-T. Durante este periodo, se afiliaron alrededor de 27.000 personas por un periodo de seis meses. Para el director de Asfamilias esta fue un experiencia excelente no sólo para ellos sino para el sistema en sí ya que se encontraron varios problemas como el proceso de carnetización, la contratación de la red de servicios, el proceso de facturación y el sistema de información de los cuales se aprendió bastante. Al liquidarse la modalidad de Unicajas como EPS-T al finalizarse el periodo transitorio, Asfamilias se retiro de Unicajas[7].

Asfamilias a diciembre de 1997 es la ARS con el mayor número de afiliados en Santa Fe de Bogotá, número que asciende a 121.951 afiliados.

Asfamilias cuenta con equipo de mercadeo propio de planta. Este equipo está conformado por bachilleres de la comunidad que conocen bien y tienen fácil acceso a ésta. Asfamilias contrata sus encuestadores con un salario fijo a diferencia de la mayoría de las ARS donde el salario de los encuestadores depende del número de formaluarios que obtengan. Esta forma de contratación le permitió a Asfamilias a no

---

[7]Unicajas quedó conformada por Indufamiliar, Comfacope y Comfundi (Comfan se fusionó con Comfundi).

caer en la competencia "desleal" que tuvo lugar en Bogotá por parte de las ARS por el afán de afiliar a los beneficiarios.

Se logró carnetizar alrededor del 80% de los afiliados. El 20% restante fue devuelto a la Secretaría y no han sido fáciles de reemplazar ya que es necesario realizar nuevos procesos de mercadeo.

Asfamilias tiene un gran sistema de información a los usuarios. Cuenta con servicio de información por teléfono las 24 horas del día, divulgación de información mediante volantes, emisoras comunitarias, autoparlantes comunitarios, programas radiales y canales de antena parabólica. Adicionalemente, cuenta con una emisora volante que es una creación de un indígena de la comunidad. Esta emisora volante consiste en: una grabación semanal de un cassette que contiene información a cerca de diferentes temas referentes al sector salud que son de interés comunitario. Durante la emisión del programa, hay un equipo de personas grabando todas las inquietudes de las personas. Estas inquietudes son el tema para el siguiente programa donde las grabaciones de las inquietudes son las llamadas "telefónicas". Asfamilias tiene además, una oficina llamada Defensoría de los Derechos de los Usuarios la cual es una combiandción entre una oficina de quejas y reclamos y una asociación de usuarios. Esta oficina ha sido también de gran acogida ya que existe un gran sentido de confianza entre la oficina y los afiliados. El equipo de promoción y prevención al igual que las IPS son otra fuente de información para los afiliados.

En cuanto a la oferta de servicios, Asfamilias ofrece todos los contenidos en el POS-S y además, les presta dos servicios adicionales. El primero es una poliza de seguro por auxilio funerario hasta por $400.000. Asfamilias pretende con este servicio actualizar su base de datos ya que estimula a las personas a que informen a cerca de las personas fallecidas. El otro servicio que ofrece es orientar al afiliado que require un servicio no contenido en el POS-S, lo que incluye acompañar a la persona a escoger el hospital, a llenar todos los trámites necesarios y asesorar en el pago.

Asfamilias tiene actualmente contratos con 44 IPS de nivel I, II y III. Alrededor de 16 IPS son para atención de I nivel y el resto entre nivel II y III. Todos los contratos para atención de nivel I son por capitación mientras que los de nivel II y III son por facturación. Asfamilias tiene adicionalmente una red propia de servicios la cual consiste en 4 centros de salud donde se prestan servicios ambulatorios de nivel I. Los centros de salud fueron creados en lugares donde no existía ninguna IPS como en zonas de invasión. En estos lugares es donde más afiliados tiene Asfamilias.

3.2 Hospitales

La Secretaría de Salud anteriormente estaba a cargo de toda la nómina de los hospitales. Durante la EPS-T, la Secretaría Distrital siguió pagando esta nómina y lo hizo hasta 1997. Actualmente, la Secretaría le da a los hospitales un presupuesto para que distribuyan entre sus diferentes gastos, incluyendo nomina. Sin embargo, la inexperiencia llevó a los hospital a distribuir inadecuadamente el presupuesto por lo que algunos no han pagado la nómina.

La Secretaria asumió el pasivo prestacional de los hospitales hasta 1993, fecha a partir de la cual el pasivo se convierte en responsabilidad de cada hospital. El situado fiscal no sólo se destina para el cubrimiento del PAB, el pago a los hospitales y la

transformación de los subsidios de oferta a demanda sino también para cubrir el pasivo prestacional. Existe una gran falta de planeación en los hospitales. Sin embargo, este año, con la ayuda de las interventorías, pasaron un presupuesto pleno a la Secretaría.

Después de seis propuesta presentadas por el Distrito para la transformación de los hospitales en ESE, el Consejo Municipal aprobó el proyecto. Existieron muchas dificultades y resistencias para la transformación en ESE; uno de los principales problemas fue el lenguaje ya que algunos creían que ser ESE implicaba privatización. Sin embargo, el ser ESE busca una mayor agilizaron, eficiencia y modernización del sector publico. Otro problema fue la obtención de recursos ya que para los hospitales antes era tranquilizante que los recursos necesarios para su funcionamiento estaban garantizados mientras que ahora tienen que generarlos ellos mismos. Además, el ser ESE implica una serie de responsabilidades a las cuales antes no estaban acostumbrados. Para la Asistente de la Dirección de Aseguramiento y Régimen Subsidiado de la Secretaría, este proceso de transformación ha sido bastante complicado ya que no hubo un proceso transitorio suficiente para que los hospitales pudieran adaptarse debidamente al sistema y además, ninguno de los hospitales asumió el proceso planteado en la Ley 10 de 1990.

Según el Acuerdo 17/97 que rige el proceso de transformación de los hospitales, una vez aprobada la transformación éstos tienen 90 días hábiles para la creación de la Junta Directiva y, a partir de su creación, 3 meses para cumplir con el resto de requisitos como la aprobación de los estatutos y reglamento interno, entre otros. Actualmente, los hospitales se encuentran en un periodo transitorio por lo que aún no tienen completa autonomía. Ahora hay una gran voluntad por parte de estos para llevarse a cabo la transformación. La mayoría de los hospitales cuentan con un personal directivo nuevo con buena trayectoria y capacitación en alta gerencia, que ha ayudado en la creación de una visión empresarial y una cultura organizacional.

La Secretaría está realizando proyectos con el propósito de asesorar a las ESE para su transformación y funcionamiento futuro. La idea es asesorar no implementar ya que los hospitales ya son empresas autónomos. Se están llevando a cabo diferentes reuniones como el Proceso de Capacitación y Sensibilización y Proceso de Concertación Ejecutiva. Con estos proyectos se pretende asesorar a los hospitales a cerca de sus estatutos teniendo en cuenta sus opiniones y labores realizadas por éstos.

FINANCIAMIENTO DE LOS HOSPITALES
DEL DISTRITO PARA 1998

RECURSOS	MONTO	PARTICIPACION EN PRESUPUESTO SECTOR
PRESUPUESTO INICIAL		
VENTA SERVICIOS (CUOTA RECUPERACION Y COPAGOS)	23.016.000.000	
CONTRATO FFDS (PROMOCIÓN Y PREVENCION, PAB)	10.408.000.000	
VINCULADOS	72.368.000.000	
TRANSFERENCIAS	62.682.000.000	
CON SITUACION DE FONDO	38.608.000.000	
SIN SITUACION DE FONDO (SITUADO FISCAL)	24.075.000.000	
SUBTOTAL ASIGNADO ACTUAL	**168.474.000.000**	**41%**
PRESUPUESTO ADICIONAL		
VENTA SERVICIOS (ARS)	15.647.000.000	
VENTA SERVICIOS CON OTROS	11.000.000.000	
SUBTOTAL	**26.647.000.000**	
TOTAL	**195.120.000.000**	**47%**

FUENTE: Secretaria Distrital de Salud, FFDS.

La Secretaría ha transformación los subsidios de oferta por subsidios de demanda por encima del mínimo legal planteado en la Ley. Sin embargo, estas transformaciones no han sido homogéneas entre los diferentes hospitales. El porcentaje transformado varia de acuerdo al comportamiento histórico del hospital, la ejecución real y las condiciones bajo las cuales opera. Esta heterogeneidad en la transformación de recursos se debe a que no todos los hospitales operan bajo las mismas condiciones por lo que algunos no podrían resistir la completas transformación de recursos mientras que a otros les es mas fácil subsistir a pesar de la transformación de recursos. Esta transformación de los subsidios de oferta a subsidios de demanda ha sido un caos para la mayoría de los hospitales porque estaban "fuera de base" independientemente de la cantidad transformada a cada uno de ellos. Este caos básicamente es una consecuencia de la mala facturación de los hospitales al igual que la falta de experiencia en venta de servicios.

La transformación de los subsidios ha sido un aspecto difícil de absorber por los hospitales. Los hospitales ya no pueden depender de los recursos que la Secretaría por lo que el único camino que tienen para su fortalecimiento financiero es la venta de servicios. Este fortalecimiento no ha sido fácil ya que implica un cambio en la prestación de servicios, un cambio en la mentalidad del personal de los hospitales. Sin embargo, la transformación en ESE de los hospitales les ha dado un dinamismo empresarial que ha permitido que se genere una nueva mentalidad sobre la forma de prestación de servicios donde ya no se cataloga al paciente como un mendigo sino como un usuario o un cliente. Este cambio al igual que la capacidad de los hospitales les permitirá aumentar la venta de servicios y la calidad de éstos.

Sin embargo, la venta de servicios es limitada parte por falta de capacidad de los hospitales y parte por la falta de compra de estos servicios. El FFDS (Secretaría) es

el mayor comprador de los servicios de los hospitales. A pesar de que por Ley (Ley 344) las ARS deben contratar mínimo el 40% de los servicios con hospitales públicos las ARS sólo contratan un 15%, según cifras de la Secretaría. Esto genera graves problemas porque los hospitales no tienen quien les compre sus servicios.

No obstante, las ARS contratan principalmente con hospitales públicos de alto nivel de complejidad por lo que la sobrevivencia de los de nivel I está peligrando. No sólo por esta razón sino también por la proliferación de IPS privadas que "sacan" del mercado a las públicas. Esto es un problema grave porque el nivel I de complejidad es el pilar de los otros niveles. Desaparecerán, se convertirán en nivel II, se especializaran en promoción y prevención o será que tendrán que hacer alianzas estratégicas para su sobrevivencia. Estos son sólo algunos de los interrogantes que se tienen con respecto a los hospitales públicos de nivel I.

INGRESOS DE LOS HOSPITALES DE LA RED ADSCRITA
A 31 DE DICIEMBRE DE 1997

NIVEL COMPLEJIDAD	RECAUDO VENTA DE SERVICIOS	RECAUDO ARS	PORCENTAJE RECAUDO ARS	TOTAL RECAUDO
NIVEL III	5.762.388.130.88	493.695.314.32	7.89%	6.256.083.455.20
NIVEL II	3.909.822.421.31	176.849.543.00	4.33%	4.086.671.964.31
NIVEL I	5.796.584.711.15	5.522.913.517.83	48.79%	11.319.498.223.98
TOTAL	15.468.795.263.34	6.193.458.375.15	28.78%	21.662.253.638.49

FUENTE: Secretaría Distrital de Salud. FFDS.

Para ¿? la Secretaría, el futuro de los hospitales depende de la forma de contratación de los hospitales con las ARS, EPS y entes territoriales. Igualmente depende de los contratos de personal. La mayoría de los hospitales, sino todos, hasta el momento ha realizado contratos por nómina lo que generan unos altos costos y cargas prestacionales. Existen diferentes formas de contratación que podrían disminuir sus costos de personal tales como contratación externa, por actividad o con sociedades, entre otras.

Igualmente, una mayor inversión en infraestructura y recurso humano es necesaria para los hospitales ya que podrían aumentar y mejorar la prestación de servicios. Además, esta inversión les facilitaría competir con las instituciones privadas. La Secretaría, de acuerdo con proyectos de Planeación Nacional y Distrital, realiza inversiones de este tipo en los diferentes hospitales.

SITUACION DE EXCEDENTES FINANCIEROS[8]
DE LOS HOSPITALES ADSCRITOS[9]
A 31 DE DICIEMBRE DE 1997

HOSPITAL	SUPERAVIT	DEFICIT
Hospital La Victoria	2.369.463.151.66	
Hospital El Tunal		124.337.721.37
Hospital Simón Bolivar		
Hospital de Kennedy	1.036.830.763.18	
Hospital de Bosa		150.615.634.29
Hospital de Engativa	171.471.100.55	
Hospital de Fontibón		376.213.360.00
Hospital de Meissen	24.576.217.00	
Hospital el Carmen	433.560.623.69	
Hospital el Guavio	89.867.557.00	
Hospital La Granja	64.240.007.43	
Hospital San Blas	8.296.237.30	
Hospital de Chapinero	97.945.916.72	
Hospital de Olaya		108.383.553.08
Hospital de Suba	251.149.677.76	
Hospital de Tunjuelito	110.451.540.00	
Hospital de Usaquén	224.665.351.04	
Hospital de Usme	1.378.037.559.00	
Hospital Garcés Vargas	197.467.644.31	
Hospital Juan XXIII	9.957.867.08	
Hospital Kennedy 29	672.349.984.00	
Hospital La Perseverancia	186.612.422.00	
Hospital Nazareth	106.861.337.08	
Hospital Pablo VI Bosa	751.569.143.00	
Hospital Samper Mendoza	284.599.586.00	
Hospital San Blas I Nivel	595.153.176.66	
Hospital San Jorge	827.032.861.70	
Hospital San Pablo Fontibón	256.736.942.25	
Hospital Trinidad Galán		206.576.928.55
Hospital Vista Hermosa	17.022.789.00	
TOTAL	10.165.919.475.41	966.127.197.29

FUENTE: Secretaría Distrital de Salud. FFDS.

---

[8] Los excedentes financieros de toda empresa o establecimiento publico le pertenecen al Distrito. Como los hospitales son empresas publicas entonces sus excedentes también le pertenecen al Distrito. Estos excedentes generados por los hospitales son devueltos a estos (según eficiencia del hospital y en proporción a lo que generaron) al descontarlos del presupuesto que la Secretaria les proporciona.

[9] Existen otros dos hospitales que forman parte de la red adscrita que son el Hospital de La Candelaria y el Hospital Santa Clara. No aparecen en el cuadro debido a que recientemente formaron parte de la red adscrita.

La Secretaría tiene un sentido paternalista hacia los hospitales porque aún no están listos para su transformación. Los hospitales no quieren realizar contratos con las ARS porque pueden quebrarse y, esperan los recursos que el Distrito les da para ayudarlos financieramente. De acuerdo al comportamiento financiero de algunos hospitales, el Distrito se ve obligado a dar estos recursos adicionales para ayudarlos en este aspecto. El problema es que si la Secretaría no les da estos recursos entonces el Distrito quedaría sin quien preste los servicios de salud.

El paternalismo de la Secretaría también se percibe en el proceso de facturación de los hospitales. Dado que estos al iniciar 1998 aún estaban facturando a las ARS lo de 1997, la Secretaría fijo un plazo para que los hospitales hicieran entrega de todas sus facturas. Sin embargo, esta medida no obligó a los hospitales a ser completamente eficientes porque aún después de vencerse el plazo, todavía pueden facturar lo del año pasado con la diferencia de que las ARS ya no tienen que pagar inmediatamente sino que tienen un plazo más largo.

Este paternalismo de la Secretaría hacia los hospitales puede ser muy desmotivante para que los hospitales sean eficientes ya que no se incentiva a facturar correctamente ni a ha generar excedentes dado que realiza un saneamiento financiero a aquellos hospitales en quiebra.

3.2.1 Hospital Meissen

El Hospital Meissen se transformó en ESE en diciembre de 1997 según el Acuerdo 77. Los empleados presionaron para que no se llevara a cabo la transformación del Hospital. La transformación del Hospital en ESE no ha generado mayores cambios, únicamente en la forma de contratación la cual ya no es pública sino privada y, en la determinación de los términos contractuales que es realizada por la junta directiva del Hospital.

Durante el periodo de EPS-T, el Hospital tuvo contratos para la prestación de los servicios. La forma de pago de estos contratos fue por facturación. Los problemas presentados durante este periodo fueron básicamente por la inexperiencia de los actores, es decir, de la Secretaría y de los hospitales. El mayor inconveniente del Hospital fue la facturación ya que tenían total desconocimiento a cerca de este proceso. Durante este periodo transitorio, el Hospital recibió las transferencias según recursos históricos al igual que los nuevos recursos por subsidios a la demanda. Estos recursos nuevos por subsidios a la demanda no fueron significativos: por recursos históricos recibía alrededor de $2.500 millones mientras que por recursos nuevos recibió $80 millones.

Al vencer los términos contractuales, faltaron cuentas por pagar ya que hubo un lapso de tiempo donde se prestaron servicios sin contratos pues la EPS-T finalizó en abril de 1996 y las ARS comenzaron a operar en julio de 1996. Es por esta razón que fueron a conciliación para el reconocimiento de estas cuentas que equivalen a $70 millones. El proceso esta actualmente en la Procuraduría.

El Hospital tiene contratos con 12 ARS para la prestación de servicios de nivel I y II y algunos servicios de nivel III. Todos los contratos de nivel I son por capitación mientras que los otros son por facturación. El principal problema que tiene el Hospital con las ARS es el inoportuno pago de los contratos. Ocasionalmente atienden

régimen contributivo pero no es muy significativo mientras que el régimen subsidiado si lo es. El gran problema con el régimen contributivo es que el ISS no paga, en febrero de 1997 aún le debía $70 millones del año anterior. Para el Hospital es más conveniente contratar con la Secretaría que con las ARS porque la Secretaría paga todos los servicios facturados por atención a vinculados quienes reciben los mismos servicios del régimen subsidiado. La facturación por vinculados excede la transferencia directa que antes recibía el Hospital.

El Hospital aún tiene problemas en la facturación que se ven reflejados en el movimiento de cartera. Parte de los problemas por inoportunidad en los pagos se deben a dificultades internas por ineficiencia en el cobro. Sin embargo, estos inconvenientes de facturación han mejorado. En febrero facturaban $70.000 millones mientras que ahora facturan alrededor de $500.000 millones, no por una mayor venta de servicios sino por una mejor facturación. Parte del problema de inopotunidad en los pagos también se deben a que las ARS han complicado el proceso para realizar los pagos. Por ejemplo, hay una ARS que tienen horarios específicos para recibir las facturas mientras que otras solo registran en un día las primera 99 facturas recibidas y el resto de facturas sólo se registran hasta el día siguiente. El director cree no vale la pena tener contratos con más ARS, es mejor contratar sólo con 4 ARS que realmente sean cumplidas en los pagos.

Los recursos provenientes de la contratación con las ARS no han sido muy significativos para el Hospital. Al Hospital le han transformado desde el año pasado subsidios de oferta por subsidios de demanda en un 56%. Sin embargo, esta reducción del situado fiscal la ha compensado con la venta de servicios. Inicialmente, en 1997 comenzaron con un presupuesto de $2.900 millones y finalizaron el año con $5.300 millones gracias a la venta de servicios. A pesar de que han recompensado la disminución del situado fiscal, el Hospital tiene un gran problema de iliquidez. Esto se debe a que, a pesar de facturar, los pagos de las cuentas son muy inoportunos por parte de la Secretaría y de las ARS.

El principal problema para el director no es el pago inoportuno de sus cuentas sino la inequidad en el procentaje de transformación de subsidios de oferta por subsidios de demanda entre los diferentes hospitales. En 1998 el Hospital Meissen comenzó con sólo el 28% de los subsidios de oferta mientras que otros hospitales comenzaron con 65% de los subsidios. El director cree que esta situación es injusta porque implica que otros hospitales tienen salvada la nomina, tienen dinero para realizar inversiones y otras ventajas que el Hospital Meissen no tiene. La única forma de aumentar el presupuesto es mediante la venta de servicios pero cree que se debe basar en términos de equidad.

La mayoría de los excedentes financieros generados por el Hospital son para el Distrito, alrededor del 80%. La Secretaría le descuenta al Hospital estos excedentes del presupuesto del siguiente año.

El Hospital ha invertido en infraestructura. Todos los recursos necesarios para la inversión son recursos propios del Hospital, ni la Secretaria ni ninguna institución les ha dado dinero para invertir.

El director cree que ha aumentado el acceso de la población pobre a partir de su afiliación al régimen subsidiado. Se ha generado un cambio en la mentalidad de los

empleados porque ahora están para atender a las personas. Además, el prestar los servicios implica tener ingresos por lo que ha mejorado la atención.

Según el director, hay una mayor facilidad de acceso para los vinculados que para los afiliados del régimen subsidiado porque el vinculado es atendido inmediatamente mientras que el subsidiado tiene que pedir una autorización a la ARS. Para él, la falta de conocimiento del régimen subsidiado es un limitante del acceso que le conviene a las ARS, porque están en función del negocio y no en función de los servicios.

3.2.2 Hospital Santa Clara

El Hospital Santa Clara se transformó en ESE el 20 de agosto de 1997. El proceso de transformación y adaptación de este Hospital es bastante atípico. Fue fundado en 1942 como dependencia del Ministerio de Trabajo, Higiene y Prevención hasta 1946 cuando empieza a depender únicamente del Ministerio de Higiene. En 1964 se convierte en una entidad de utilidad común adquiriendo cierta independencia. Con la reforma de salud de1968 se establece como entidad pública del Ministerio de Salud dentro del Servicio Seccional de Salud. Según los acuerdos 20 de 1990 y 19 de 1991 el Hospital deja de estar involucrado en el Sistema de Salud, aún no ha sido liquidado por lo que sigue recibiendo transferencias. La verdadera tragedia para el Hospital comienza a partir de la Ley 60/93 y la Ley 100/93.

Por algún motivo el Hospital de un momento a otro es considerado como una fundación lo que explica porque el 31 de diciembre de 1993 recibía transferencias del situado fiscal pero a partir del 1 de enero de 1994 nunca vuelve a recibir recursos por transferencia. Para el director del Hospital esta situación se presentó "porque habían intereses de por medio, esto fue obra de algunas personas que querían quebrar al Hospital para poder comprarlo barato".

Dado que a partir de enero de 1994 dejaron de recibir transferencias por completo, el Hospital Santa Clara no ha vivido el proceso de transformación de recursos de oferta a recursos de demanda. Les tocó de un momento a otro sobrevivir sin ningún apoyó económico para su funcionamiento. Han contrarrestado esta pérdida económica con la venta de servicios de salud lo cual les ha exigido esforzarse en campos no trabajados. A pesar del gran esfuerzo que implicó esta suspensión repentina de recursos, ésto les ha propiciado una gran ventaja ya que no sólo han podido absorber completamente el nuevo sistema de salud sino que además, han generado utilidades por su venta de servicios.

El año 1994 comenzó con un déficit aproximado de $1.500 millones el cual afrontaron sin crédito ni presupuesto ya que dejaron de recibir las transferencias por situado fiscal. Al ver la difícil situación que les esperaba, se implantó una cultura de reporte, facturación y racionalización del gasto, se entendió que había que trabajar para poder cobrar y así recibir un sueldo. Con este cambio de mentalidad lograron terminar el año con un déficit de $75 millones a pesar de comenzar con un déficit de $1.500 millones.

Durante la EPS-T, el Hospital sólo tuvo contratos para la atención de la población vinculada. El Hospital durante este año, 1995, generó utilidades. En 1996, después de proponer varios proyectos, la Secretaría de Salud contrata con el Hospital para la prestación de servicios no cubiertos en el POS-S para el régimen subsidiado.

Igualmente, se hicieron contratos con el ISS y con EPS y ARS. Sin embargo, los contratos con las EPS y ARS sólo representaron el 1% del total de ventas de servicios. Las utilidades en 1996 ascendieron a 1.294 millones.

A partir de 1997 el Hospital cuenta con contratos con la Secretaría de Salud, el Ministerio de Salud, el ISS y con diferentes ARS; todos por facturación. Aunque en Bogotá tiene convenios con todas las 19 ARS realmente tiene contratos con 7 ARS. Igualmente, tiene contratos con las ARS y Secretarías Departamentales de otras regiones del país. A pesar del gran número de contratos y convenios con las EPS y ARS, éstos sólo representan el 7.2% de los servicios prestados en el hospital. Para el director del Hospital, esto se debe a que el nivel de los servicios del POS-S es muy inferior a los servicios que ofrece el Hospital Santa Clara por ser nivel II y ofrecer servicios especilizados de salud. El resto de servicios prestados se distribuyen así: 3.9% por venta directa, 38.6% por atención a vinculados (contratos con la Secretaría de Salud) y 33.6% por contratos con el ISS.

El Hospital Santa Clara decidió, en junio de 1997, mandar un proyecto independiente de los demás hospitales para poder transformarse en ESE. En julio de 1997 el proyecto es aprobado y se convierte en ESE. Esta transformación implicó cierta paternalidad ya que el Hospital ahora tiene quién lo vigile y lo controle. Igualmente, cambiaron los contratos ya que pasó de ser de la red no adscrita a red adscrita donde le pagan presupuestalmente.

La transformación del Hospital en ESE también implicó cambios en la prestación de servicios. Por ejemplo, ya no sólo se presta atención a las personas remitidas sino también aquellas no remitidas. La atención a vinculados se hace por facturación a cargo a la Secretaría de Salud Distrital. La cuotas moderadas y los copagos se empezaron a cobrar pero este ha sido bastante difícil de llevar acabo ya que muchas personas no tienen con que pagarlos. El Hospital Santa Clara dentro de ciertos parámetros muy específicos y casos muy especiales no cobra el copago o cuota moderada gracias a que la Funadación Saldarriaga Concha le dona al hospital una suma para cubrir estos pagos.

En 1997, gracias a la única transferencia recibida desde diciembre de 1993, se invirtió en la "hotelería" del Hospital. Igualmente, se ha invertido en infraestructura, "en la actualización de los equipos porque con estos cambios era la única manera para que el Hospital sobreviviera". Estas inversiones en infraestructura se han realizado con recursos del Ministerio de Salud, donaciones como la de las Damas Colombo-Libanesas (para la unidad de cuidados intensivos de pediatría) y esfuerzo propio del Hospital[10]. Esta inversión en infraestructura ha sido una necesidad para poder funcionar y sobrevivir.

En cuanto al personal éste cambia permanente. Este cambio no se debe tampoco a la Ley 100 ni implica un mejoramiento del personal sino una subutilización del Hospital. Es decir, el personal cambia ya que cuando los contratos son limitados parte del personal no tiene ningún trabajo obligando a que tengan "vacaciones forzosas".

---

[10] El esfuerzo propio para 1997 fue del 7.5% del presupuesto el cual es superior al 5% que exige la Ley.

PERSONAL DEL HOSPITAL

PERSONAL	1995	1996	1997	1998
Personal asistencial o operativo de planta	289	289	289	289
Personal asistencial o operativo por contrato			7	14
Personal administrativo	179	179	179	179
TOTAL PERSONAL	468	468	475	482
COSTO NÓMINA *	74.73%	74.73%	75.13%	75.13%

*El costo de la nómina está globalizado dentro los gastos por servicios personalizados. El porcentaje es con respecto a ese gasto globalizado.

**Actualmente, el personal está compuesto por dos asistenciales por un administrativo. Para el hospital es ideal poder incrementar el personal asistencial de tal forma que la ración sea tres asistenciales por un administrativo.

El Hospital no sólo le paga a sus empleados el salario correspondiente sino que también les paga la alimentación. Igualmente, cubre la alimentación de los afiliados al régimen subsidiado. Para el director, el gasto asociado con la alimentación del personal y del régimen subsidiado no implica un gasto innecesesario ya que prefieren gastar las utilidades en cambio de entregar todos los excedentes financieros al Distrito.

Su cartera es bastante sana, el índice del 18.49% se debe principalmente al atraso en el pago por parte del ISS y de las ARS. Como la participación de éstas últimas es tan poca, no afecta realmente la cartera. El hospital logró recaudar 76.14% del FFDS, 88.3% del ISS, 47% de las ARS y el 100% del Ministerio de Salud. El año 1997 no les generó ganancias debido a la subutilización del Hospital porque la contratación fue limitada de acuerdo a su capacidad.

Para el director del Hospital existe un grave problema en cuanto a los incentivos que el sistema genera para el buen funcionamiento de los hospitales. Primero que todo es muy desmotivante para ellos que el Estado no resconozca la eficiencia del hospital mientras que a otros hospitales con deudas ridiculamente altas les haya dado un auxilio económico. Igualmente, es bastante desmotivante que la mayoría de las utilidades generadas por el Hospital no le corresponden a éste sino al Distrito, en le caso del Hospital Santa Clara sólo le pertenece el 20% de las utilidades y al Distrito el 80%.

Para el director del Hospital el acceso de la población pobre a partir de su afiliación al régimen subsidiado indudablemente ha aumentado. Esto se debe a que las personas saben que ellos reciben un servicio de salud y alguien paga por éstos. Sin embargo, el acceso como un cubrimiento más global del estado de salud de las personas, no ha aumentado tanto si se tiene en cuenta que existen grandes diferencias entre el POS-S y el POS. Lo ideal es que no existan diferencias entre estos dos planes. En cuanto al uso de los servicios de salud este es un problema cultural. A pesar de que "llegan pisando duro" al Hospital para recibir servicios, muchos aún no acuden a la medicina occidental.

CUADRO INGRESOS-GASTOS

	1993	1994	1995	1996
INGRESOS				
Valor Presupuesto*	2.140.148	3.083.000	5.093.000	6.035.000
Recaudo Departamento	13%	17%	11%	11%
Contrato ISS	15%	17%	25%	24%
Contrato FFDS**	0%	62%	58%	62%
EPS - otras	2%	2%	5%	2%
Aporte Situado Fiscal	69%	0%	0%	0%
Otros Ingresos	1%	2%	1%	1%
TOTAL	100%	100%	100%	100%
Ejecutado	100%	87%	100%	67%
GASTOS				
Servicio Personalizado***	72%	71.70%	73.40%	73.20%
Gastos Generales****	6%	8.70%	7.60%	7.30%
Suministros	21%	19.30%	15.40%	17.40%
Inversión	1%	0.30%	3.60%	2.10%
TOTAL	100%	100%	100%	100%
Ejecutado	94%	95%	87%	64%

*Han dejado de recibir el 8%del presupuesto (alrededor de $500.000.000).
**Los servicios no reconocidos por el FFDS representan el 12% (alrededor de $400.000.000).
***Incluye pago de transferencias a Cajanal (prestaciones) por concepto de previsión social (aporte patronal) y al ICBF que hasta 1993 no se pagaban.
****Incluye los gastos por concepto de servicios públicos de energía y acueducto que hasta 1993 no se pagaban.

3.2.3 Hospital Vista Hermosa

El Hospital Vista Hermosa, conformado por 14 centros de salud, está localizado en la localidad de Ciudad Bolívar. Al tener completa autonomía como ESE, el Hospital tendrá 2 centros adicionales ubicados en área rural.

El proceso de transformación del Hospital Vista Hermosa en ESE tuvo varios obstáculos. Esta transformación en ESE fue bastante difícil porque no existía la voluntad política del Consejo ni de los sindicatos. Los sindicatos básicamente se opusieron a la transformación porque creían que era una privatización y porque implicaría un despido masivo. Finalmente, el Hospital se convirtió en ESE[11] en diciembre de 1997 según el Acuerdo 17. Sin embargo, el proceso de transformación en ESE aún no se ha terminado por lo que se encuentra en un proceso de transición lo que implica que no tiene completa autonomía.

Las dificultades del Hospital no se mejoran ni dificultan con la transformación en ESE ya que sus problemas son históricos principalmente de infraestructura y orgánicos de recurso humano. El convertirse en ESE les da autonomía para manejar los problemas

[11]A pesar de la transformación en ESE, la Secretaría acordó que procederá al saneamiento financiero de los hospitales ante una crisis financiera de estos. Igualmente, se acordó que si un hospital no cubre sus gastos con la venta de servicios, entonces el hospital recibirá unos mayores rubros según los indicadores de gestión. La Secretaría también apoyará el mejoramiento de la infraestructura de los hospitales.

directa e inmediatamente. Sin embargo, tienen autonomía desde la Ley 10 de descentralización por lo tanto, el ser ESE les permite básicamente una contratación mas rápida y ágil al igual que la posibilidad de formar alianzas con diferentes IPS para la prestación de servicios.

Durante la EPS-T, el Hospital celebró contratos por facturación con la Secretaría Distrital. El Hospital le prestaba servicios a aquellas personas del régimen subsidiado carnetizadas por la Secretaría. La facturación durante ese periodo fue bastante baja, alrededor de $200 millones. Adicionalmente a estos nuevos recursos por contratación, el Hospital también recibió recursos según su presupuesto histórico. Este proceso fue bastante difícil para el Hospital porque no estaba preparado adecuadamente. Uno de los mayores problemas que tuvo fue la falta de experiencia en la facturación.

Durante periodo de desmonte de la EPS-T a las ARS, el Hospital no tuvo ningún contrato, sin embargo, el Hospital siguió atendiendo a los afiliados del régimen subsidiado. Es por esto que realizaron una conciliación ante la Procuraduría para que alguien respondiera por los servicios que prestaron. El Hospital ya recibió $126 millones que corresponden al monto facturado durante ese periodo.

El proceso de desmonte de la Secretaría a las ARS fue un proceso lento y complejo debido a las dificultades presentadas en las negociaciones. Se realizó una reunión con las ARS e IPS donde se presentaron varios problemas por el desacuerdo de la forma de contratación ya que las ARS querían que los contratos se realizaran bajo el régimen privado y los hospitales bajo el régimen público[12], es decir, bajo la Ley 80 porque tiene cláusulas excepcionales. El Hospital Vista Hermosa realizó contratos inicialmente bajo régimen público pero a partir de 1997 los realizó bajo régimen privado porque las ARS no estaban interesadas en contratar con ellos bajo régimen público.

Actualmente, el Hospital tiene contratos con 6 ARS. La mayoría de los contratos son por capitación aunque, por ejemplo, el contrato con Unicajas es por capitación y facturación. Igualmente, tiene convenios con otras ARS como Asfamilias a quien les cobra por facturación.

La relación del Hospital con las ARS es bastante buena. El flujo de dinero de las ARS hacia ellos es muy oportuno. El Hospital es el generador de problemas en el flujo de dinero debido a sus problemas con el sistema de facturación obstaculizando el pago. Por ejemplo, el Hospital no cuenta con un sistema de facturación en todos sus 14 centros de salud y la distancia entre los diferentes centros demora el proceso. Sin embargo, el proceso de facturación ha mejorado.

El Hospital tiene contratos por facturación con la Secretaría para la prestación de servicios de nivel I a vinculados. A pesar de que los contratos son por facturación, la Secretaría les paga anticipadamente parte de los contratos y después el resto del contrato mediante pagos mensuales. Si el monto facturado por atención a vinculados excede el valor del contrato, entonces la Secretaría realiza una adición al contrato.

---

[12]Los contratos regidos por el régimen público tienen cláusulas excepcionales unilaterales donde las entidads públicas tienen facultades extraordinarias.

La transformación de recursos de oferta a demanda no les impactó tanto en 1997 en la medida en que han facturado un alto nivel por venta de servicios. El Hospital tiene un presupuesto de $5.111 millones de los cuales $3.200 millones son por venta de servicios. Es decir, mas del 50% del presupuesto es por recursos propios. Sin embargo, no han podido contrarrestar completamente la disminución del situado fiscal con la venta de servicios debido a que han tenido sobrecargas como la nivelación salarial. Es por esto que fue necesaria una adición donde el Ministerio de Salud asumió 50% y la Secretaría Distrital el otro 50%.

Los cambios en infraestructura y personal no son tanto una consecuencia de la Ley 100 sino más bien de la Ley10 y 60 de descentralización. El Hospital antes sólo tenía personal asistencial pero actualmente también tiene personal administrativo. De las 287 personas contratadas, el 73% es personal asistencial.

El director cree que el nuevo sistema de salud les permite actuar inmediatamente al detectar un problema. Esto les permite mejorar los servicios mas fácilmente. La oferta de servicios ha aumentado pero sigue siendo muy baja ya que es difícil atender la demanda de una población tan grande como la de Ciudad Bolivar. Para el director, el mayor obstáculo es la falta de información y desconocimiento del sistema de salud. Para el Hospital la principal dificultad es la infraestructura. Las IPS públicas son las más deficientes en este sentido por lo que a corto plazo les es difícil cumplir con los requisitos. Para el Hospital es aún más difícil llevar a cabo los requisitos ya que debe cumplirlos en los 14 centros de salud.

"Un gran desincentivo para el Hospital es que su excedente financiero es castigado. Es decir, el excedente generado se descuenta del presupuesto del siguiente periodo por lo que les es indiferente generarlo o no. El problema no es de presupuesto sino de iliquidez el cual es interpretado por ciertos entes como un déficit sin realmente serlo. Dada esta interpretación, al final del periodo las autoridades correspondientes cuestionan a los hospitales sobre la generación de excedentes si anteriormente se encontraban con problemas de iliquidez. Igualmente a veces cuestionan a cerca de contrataciones realizadas sin tener dinero en caja por lo que los hospitales se ven obligados a sólo contratar según lo que tengan disponible en el momento, generando un problema al final del año porque sólo ejecutan el 60% del presupuesto. Como no se ejecuta todo el presupuesto entonces el presupuesto histórico del próximo año se los disminuyen. Esto implica que para el siguiente año el hospital recibe un presupuesto total menor no sólo porque le han reducido su presupuesto histórico por no haberlo ejecutado completamente el periodo anterior sino que además, se disminuye debido a la transformación de subsidios de oferta a subsidios de demanda." El problema no es poder ejecutar el presupuesto sino la iliquidez que no les permite ejecutarlo.

El director del Hospital cree que es mejor ser vinculado que afiliado porque los vinculados pueden ser remitidos sin ningún problema mientras que los afiliados del régimen subsidiado deben pedir una autorización. Además, para el Hospital es más fácil negociar con el papá (Secretaría Distrital) que con intereses privados (ARS). Adicionalmente, a la Secretaría le importa la correcta distribución de los recursos mientras que a las ARS les interesa generar dinero.

En ocasiones los afiliados no dicen si son del ISS o de una ARS y, como no hay un sistema de información con todos los datos de las personas, entonces es fácil que

sea atendido como vinculado. Esto es un grave problema que ve el director porque atender a un afiliado como vinculado genera unos costos bastante altos porque se realiza un doble pago por la misma persona.

El director cree que el sistema de salud ha sido "un proceso positivo el cual debe irse ajustando según la experiencia para ir solucionando las dificultades sobre la marcha". El sistema ha implicado un cambio en las instituciones públicas creando un compromiso para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud. Sin embargo, cree que el sistema ha generado vicios. Por ejemplo, la forma de contratación genera vicios: si los contratos son por capitación entonces no hay afán por prestar servicios mientras que si es por facturación sucede lo contrario. Las ARS pensaban que era mejor contratar por facturación porque creían que el uso era menor. Al darse cuenta que este sistema genera un vicio por atender más entonces hay ARS que ahora están contratando por capitación. Para el Hospital, administrativamente es más fácil contratar por capitación. Sin embargo, dada la alta frecuencia del uso de los servicios en esa localidad, para el Hospital es mejor contratar por facturación.

El director del Hospital cree que si ha mejorado el acceso de la población pobre a los servicios de salud ya que ha aumentado el número de pacientes atendidos. El cree que parte de este aumento se debe a la ubicación geográfica del Hospital. En muchos de los centros de salud del Hospital es insuficiente el recurso humano y la infraestructura para atender la demanda. La dificultad asistencial del Hospital no es de orden financiero sino de recurso humano, la cual se debe en parte a que la estructura de los centros no permite la existencia de más personal. Además, esta falta de recurso humano también se debe a que las personas no están motivadas a trabajar en este Hospital porque está ubicado en una zona de el alto índice de violencia. En cuanto al uso de los servicios de salud, el director cree que ha aumentado. Sin embargo, el cree que si le pregunta a un usuario, ellos no sienten un cambio a partir de la Ley 100 porque para ellos no ha implicado un cambio en su gasto.

Demanda de Servicios de Salud

No. de Servicios	1995	1996	1997
Consultas *	71.925	89.236	95.075
Urgencias	43.561	41.529	34.308
Hospitalizacion	3.076	3.336	3.2
Citas Odontologicas	40.897	46.055	31.509
Examenes Laboratorio	30.973	48.12	74.759
TOTAL	190.432	228.276	238.851

*En 1997 el porcentaje de consultas del regimen subsidiados es de 13.7%

Variacion de las Fuentes de Ingresos del Hospital Vista Hermosa

	1995	1996	1997
1. Rentas Propias	112.914.000	519.687.938	3.563.922.356
Regimen Subsidiado			487.858.953
Vinculados	112.914.000	254.240.603	2.268.487.310
Regimen Contributivo			
Otros		265.447.335	807.576.093
2. Situado Fiscal y Otros	1.984.602.000	3.664.651.000	2.133.618.229
Situado Fiscal		2.591.261.000	510.429.084
Rentas Cedidas			
Transferencias Departamentales	1.984.602.000	1.073.390.000	1.341.900.145
Transferencias de la Nacion			281.289.000
TOTAL	2.097.516.000	4.184.338.938	5.697.54.585

4. CONCLUSIONES

LOGROS

La Secretaría se reconoce por el buen desempeño de sus funciones tales como vigilancia, asesoría y aseguramiento lo que ha facilitado la implementación del régimen subsidiado. Por una parte la Secretaría ha vigilado y controlado directamente o a través de interventorías a las ARS, IPS de la red adscrita, IPS de la red no adscrita y el SISBEN. Esta constante y continua vigilancia permite asegurar, en parte, el correcto funcionamiento de los diferentes entes o por lo menos el mejoramiento de éstos. Por otro lado, las asesorías que realiza ayudan a que los diferentes entes puedan realizar correctamente sus funciones permitidiendo que los principales actores del sistema tengan un buen conocimiento de éste y por ende facilitar la implementación del nuevo sistema de salud

Otra labor que caracteriza a la Secretaría es el aseguramiento. La meta de afiliación para 1997 era de 825.000 pero se logró afiliar a 910.474 personas. Esta mayor afiliación a sido posible gracias a que la Secretaría ha transformado subsidios de oferta por subsidios de demanda 6 puntos por encima del mínimo legal. De acuerdo al nivel de cobertura alcanzado, el 94% de los identificados mediante SISBEN I y II y servicios públicos I y II está afiliado.

La liquidación de la UPC por carné entregado permitió una disminución en el número de afiliados en junio de 1997 de 500.000 a 300.000. Esta medida garantiza que los subsidios estén canalizados a personas que realmente están afiliadas y pueda hacer uso de estos, focalizando así eficientemente los recursos. Adicionalmente, se han limitando los gastos administrativos de las ARS hasta el 20% de la UPC.

Durante este periodo se utilizaron 3 modalidades para la prestación de servicios: i) la contratación con una Caja de Compensación Familiar, Unicajas, que operó en las localidades de San Cristóbal y Ciudad Bolívar; ii) la contratación de los Silos ubicados en las localidades de San Cristóbal, Suba, Bosa y Usaquén; y iii) la contratación con hospitales. A pesar del corto periodo de duración de la EPS-T, está dejó varias lecciones: durante la modalidad de Unicajas fue posible identificar algunos problemas que se presentarían en el futuro como la contratación con la red para la prestación de servicios, el proceso de facturación y el sistema de información, entre otros; la contratación de los Silos fue la base de las ESS ya que una de sus principales funciones era la divulgación de información por parte de un grupo de agentes de salud a la comunidad; y por último, la contratación con los hospitales permitió que fueran ajustándose al nuevo sistema.

Con respecto al flujo de dinero de la Secretaría a las ARS y a las IPS, éste es muy oportuno y en ocasiones es anticipado. El pago oportuno de la Secretaría a los hospitales ha facilitado el funcionamiento de éstos.

El pago por la atención de vinculados ha facilitado la situación de los hospitales ya que alguien responde por esos servicios y además, les ha permitido incrementar su presupuesto. Es más, algunos hospitales reciben más por vinculados que el presupuesto histórico de años anteriores. La atención de vinculados ha sido favorable para los hospitales pues la Secretaría paga oportunamente todos los servicios prestados a esta población. Parte del pago por la atención a vinculados se realiza por

anticipado y parte mensualmente. Sin embargo, en ambos casos los hospitales deben facturar a la Secretaría todos los servicios para la realización de los pagos. Si un hospital excede el monto destinado para la atención de vinculados, la Secretaría realiza adiciones igualmente mediante facturación.

La transformación en ESE de los hospitales les ha brindado autonomía facilitando la toma de decisiones inmediatas ante circunstancias relevantes. Por otra parte, la transformación de recursos de oferta a demanda ha creado en los hospitales un afán por la venta de servicios. Para la mayoría de los hospitales esta transformación no ha sido tan problemática ya que han podido contrarrestar esta disminución con la venta de servicios[13]; es más, sólo 5 de 32 hospitales de la red adscrita culminaron el año 1997 con déficit.

Los hospitales públicos han generado una cultura empresarial como consecuencia de la conversión en ESE al igual que por la transformación de los recursos de oferta a demanda. Como consecuencia ha surgido un cambio en la actitud de los empleados de los hospitales públicos frente al usuario pobre ya que deja de ser percibido como limosnero y comienza a ser tratado como un cliente. Igualmente ha cambiado la percepción del usuario pobre frente a sus posibilidades de salud ya que recibe un servicio porque exige un derecho y no por caridad. Estos cambios en los hospitales públicos incentivan a que sean más eficientes mejorando así la calidad de la prestación de los servicios y convirtiéndose en instituciones públicas competentes.

La transformación los subsidios de oferta por subsidios de demanda no han sido homogénea entre los diferentes hospitales. El porcentaje transformado varia de acuerdo al comportamiento histórico del hospital, la ejecución real y las condiciones bajo las cuales opera. Esta inequidad en la transformación entre los diferentes hospitales se debe a que hay hospitales que, según las condiciones bajo las cuales funcionan, pueden o no sobrevivir con la transformación de recursos.

Dificultades

Aparentemente, existe la posibilidad de que no se puedan continuar transformando recursos de oferta a demanda por encima de lo estipulado por Ley. No sólo es incierto la ampliación en la cobertura de afiliados en el régimen subsidiado sino además, es posible que los recursos no sean suficientes para garantizar la actual afiliación. Por lo tanto, es probable que la Secretaría utilice sus propios recursos para responder por las 910.474 personas afiliadas actualmente para que continúen aseguradas.

En Bogotá se han utilizado dos mecanismos de identificación de beneficiarios de subsidios: servicios públicos y SISBEN, principalmente durante la EPS-T. Se busca utilizar un único sistema de identificación, razón por la cual después de la EPS-T se ha ido aplicando el SISBEN sobre el mecanismo de servicios públicos. El haber utilizado dos herramientas de identificación diferentes ha generado problemas principalmente porque gran número de personas identificadas como beneficiarias bajo el método de servicios públicos ya no son consideradas de tal forma mediante el SISBEN.

---

[13] A pesar de contrarrestar la dsiminución de los recursos, gran parte de la venta de servicios todavía está en papel generando en los hospitales problemas de iliquidez.

Otro problema en el proceso de identificación y selección de las personas beneficiarias de subsidios es que los principales actores del sector salud creen que el SISBEN tiene problemas técnicos. Adicionalmente, creen que esta herramienta de identificación puede no ser la más adecuada para Bogotá ya que los parámetros de pobreza son diferentes a los de un municipio pequeño poco desarrollado. Este pensamiento no sólo cuestiona la homogeneización del método de identificación dentro de diferentes regiones del país sino también la homogeneización de todos los parámetros incluidos en la Ley tal como la descentralización de todos los municipios por más pequeños que sean, la transformación equivalente de recursos entre todos los hospitales, la cantidad de recursos destinados a cada departamento, entre otras cosas.

La EPS-T generó confusión en la población por la poca duración de esta modalidad. El problema se genera básicamente al dejar de operar la EPS-T para trasladar la administración del régimen subsidiado a las ARS ya que la población se ve obligada a cambiar a otro sistema sin haber absorbido ni incorporado el anterior. No sólo causó gran confusión a la pobalción sino también a los hopsitales. Durante este periodo los hospitales recibieron recursos históricos más recursos nuevos por subsidios a la demanda. Sin embargo, al funcionar las ARS, a los hospitales les redujeron su presupuesto histórico. Esto fue un gran cambio ya que estaban acostumbrados a recibir un presupuesto mayor y adicionalmente recursos nuevos. El problema no sólo es por la reducción de los recursos también porque el tiempo de transitoriedad para el ajuste de los hospitales al nuevo sistema fue demasiado corto.

Otra dificultad presentada se genera en el periodo de desmonte de la EPS-T a las ARS. Durante ese lapso de tiempo, los hospitales continuaron prestando servicios sin tener contratos ni con la EPS-T ni con las ARS. La prestación de servicios durante este periodo fue asumido por los hospitales. Sin embargo, algunos han entrado en conciliación por lo que el Distrito les ha pagado esos servicios.

La competencia desleal entre ARS generada en Bogotá, permitió toda clase de artimañas para lograr la afiliación de una persona a la ARS. No sólo se sobornó a las personas sino que además se desvió la información y por ende también a las personas. Esto en cierta forma obstaculizó la libre elección de ARS ya que se "compró" a las personas y además, la información que recibió la población estaba tergiversada. Fue tal el grado de ¿malversación?, que los encuestadores se vieron en peligro, hasta sacaron cuchillos.

A pesar de que las ARS tiene contratos con gran parte de las instituciones de la red adscrita, están inconformes con éstas porque no sólo las ARS han tenido problemas directamente con las IPS públicas sino también a las dificultades que sus afiliados han tenido con éstas. Por esta razón existe cierta preferencia por las IPS privadas. Los principales problemas de las instituciones públicas se deben a la falta de infraestructura, recurso humano, la inexperiencia en el manejo de una empresa e iliquidez.

En cuanto a infraestructura y recurso humano, algunos hospitales están deficientes en estos dos aspectos. El problema es que no tienen los recursos necesarios para invertir en ellos. Si los hospitales invirtieran en estas dos deficiencias mejoraría la cantidad y la calidad de servicios que prestarían lo cual les permitiría competir mas

fácilmente con las IPS privadas. Sin embargo, estas inversiones son muy costosas para los hospitales razón por la cual no la han realizado.

Otra dificultad que tienen los hospitales es que es que parte de la venta de servicios sólo queda en el papel porque no les han pagado esos servicios. A pesar de que los hospitales han podido contrarrestar la reducción de los recursos con la venta de servicios, han tenido problemas con la recaudación correspondiente a la prestación de servicios. Por lo tanto, el problema de los hospitales no es falta de presupuesto sino de iliquidez. Este problema no sólo se debe al inoportuno pago de las ARS y EPS, especialmente el ISS sino también a la nivelación salarial y a las dificultades en la facturación generadas por los hospitales que atrasan los pagos. Otra dificultad que tienen los hospitales con respecto a la venta de servicios es que no tiene quien se los compre excepto por la Secretaría. Adicionalmente, a pesar de que según la Ley 344 las ARS deben contratar el 40% de los servicios con IPS, aparentemente, según la directora financiera de la Secretaría, sólo están contratando el 15% de los servicios con los hospitales de la red adscrita del Distrito.

El desconocimiento del dimensionamiento de la población vinculada es un problema bastante relevante. No se han podido hacer los cálculos pertinentes debido a que la Secretaría no tiene información a cerca del régimen contributivo porque las EPS, especialmente el ISS, no les ha proporcionado esta información. Sin embargo, al analizar el financiamiento general de los hospitales para 1998, los ingresos por la prestación de servicios a vinculados representa el 42% del presupuesto inicial de estos y, al incorporar la venta de servicios a las ARS y a otros pagadores, los ingresos por atención a vinculados representan 39% del presupuesto total de los hospitales.

La falta de información ha llevado a otro problema que es la atención de afiliados, ya sea de las ARS, EPS o ISS, como vinculados. Este problema no sólo se ha generado por la falta de información sino además porque aparentemente es mejor ser vinculado que afiliado del régimen subsidiado. Es mejor ser vinculado porque tienen menos obstáculos, como las autorizaciones, y porque la Secretaría, a diferencia de las ARS, no dificultan la prestación de servicios. La atención de afiliados como vinculados es un problema bastante grave ya que se genera una doble financiación pues la Secretaría le paga el subsidio de una persona a la ARS por afiliado y al mismo tiempo al hospital por vinculado.

El futuro de las ESS en Bogotá podría ser incierto ya que el propósito de éstas era la organización de una comunidad, para la administración de los recursos de subsidios de salud, en aquellos lugares donde probablemente una ARS no operaría. Sin embargo, en Bogotá, existe un número considerable de ARS generando una fuerte competencia. Para las ESS no es fácil competir debido a su tamaño y, sobretodo, a los pocos recursos que tienen respecto a las otras ARS. Además, para las ESS es difícil cumplir con el requisito de tener mínimo 50.000 afiliados si se tiene en cuenta que en Bogotá sólo una de las seis ESS tienen 50.000 o más afiliados. Es posible que las diferentes ESS tengan que colisionarse para así cumplir con el mínimo de afiliados y para que puedan competir más fácilmente.

ANEXO

CONTRATOS CELEBRADOS ENTRE EL FFDS Y LAS ARS
A DICIEMBRE 1996 SANTA FE DE BOGOTA

ARS	FECHA CONTRATO	No. CONTRATO	No. AFILIADOS	VALOR CONTRATO $
Ecoopsals	Octubre 4/96	366	11.303	672.187.500,50
Fondo Loteros	Septiem. 27/96	355	11.28	672.187.500,00
Salud Norte	Diciemb. 27/96	1256	26.5	593.765.625,00
Coopsolsa	Diciemb. 27/96	1527	24.5	182.934.375,00
Cafesalud	Septiem. 24/96	361	2.302	138.474.072,00
Unimec	Septiem. 16/96	364	25.751	1.543.693.396.00
Saludcoop	Septiem. 17/96	365	24.817	1.485.060.281,00
Humana Vivir	Octubre 8/06	368	8.944	536.149.977,00
Coomeva	Octubre 1/96	357	4.284	255.918.138,00
Caprecom	Noviemb. 8/96	363	4.569	273.854.158,00
Cafam	Octubre 7/96	360	44.245	3.965.483,00
Asfamilias	Septiem. 4/96	420	27.873	1.674.099.461,00
Colsubsidio	Octubre 10/96	354	51.665	4.630.500,00
Unicajas	Septiem. 24/96	410	7.377	442.000.000,00
Compensar	Septiem. 13/96	355	24.174	2.216.000,00
TOTAL			299.585	8.481.136.466,00

TOTAL DE AFILIADOS Y RECURSOS COMPROMETIDOS
A LOS CONTRATOS CELEBRADOS ENTRE EL FFDS Y LAS ARS
A FEBRERO 1997 SANTA FE DE BOGOTA

ARS	VALOR CONTRATO $	TOTAL RECURSOS COMPROMETIDOS	TOTAL AFILIADOS
Ecoopsals	672.187.500	2.923.306.093.50	36.839
Fondo Loteros	672.187.500,00	2.092.542.093,50	26.023
Salud Norte	593.765.625,00	593.765.625,00	26.5
Coopsolsa	182.934.375,00	182.934.375,00	24.5
Cafesalud	138.474.072,00	2.039.345.635,00	29.302
Unimec	1.543.693.396,00	4.353.847.927,00	53.251
Saludcoop	1.485.060.281,00	4.821.037.218,50	60.163
Humana Vivir	536.149.977,00	3.916.864.727,00	53.192
Coomeva	255.918.136,00	2.481.224.731,50	34.423
Caprecom	273.854.158,00	2.300.372.501,50	31.967
Cafam	3.965.483,00	6.237.872,00	69.599
Asfamilias	1.674.099.461,00	5.142.586.961,50	63.066
Colsubsidio	4.630.500,00	7.818.100,00	87.223
Unicajas	442.000.000,00	2.601.880.344,00	35.041
Compensar	2.216.000,00	3.530.800,00	38.844
TOTAL	8.481.136.466,00	33.237.126.361,00	669.933

ZIPAQUIRÁ

1. Caracterización

1.1 Descripción del Municipio

1.2 Oferta de Servicios

1.3 Administración Local

El municipio de Zipaquirá aún no se ha descentralizado pero está en el proceso correspondiente; aunque todavía hay muchos requisitos por cumplir. El proceso para la descentralización ha sido bastante largo y lleno de obstáculos generados por el anterior alcalde ya que no quería que se llevara a cabo este proceso por la experiencia que tuvieron en el sector educación. El Secretario de Salud de la pasada administración hizo lo posible por realizar el proceso de descentralización pero sólo hasta el final del periodo logró convencer al alcalde. En este momento (principios de 1998) se está llevando a cabo el proceso de descentralización con apoyo del actual alcalde ya que para él ésta nueva situación les ofrece muchas cosas buenas como la autonomía.

La Secretaría de Salud fue creada hace dos años (1 de enero de 1996) pero realmente sólo lleva un año de funcionamiento. El Fondo Local de Salud se creó en el mismo año que la Secretaría mediante los mismos acuerdos. Sin embargo, la Secretaría no está operando debidamente dado que el municipio no se ha descentralizado. Actualmente, Hacienda Municipal maneja todos los recursos correspondiente a los diferentes fondos. La alcaldía tiene un convenio con ESAP para asesorarlos en el proceso de descentralización y en al manejo del Fondo Local de Salud.

Dado que hasta 1997 el régimen subsidiado estuvo a cargo del SISBEN, la Secretaría de Salud hasta el momento no ha realizado muchas de sus labores. Por ejemplo, no se han vigilado ni controlado a las EPS aunque, a partir de febrero de 1997, la Secretaría está realizando los procesos correspondientes para poder llevar a cabo sus funciones. Igualmente, la Secretaría está planeando hacer programas de capacitación para informar a las personas sobre sus derechos.

Se les ha suministrados diversas asesorías cuando las han pedido. Ninguna de las asesorías han sido brindadas por iniciativa propia de los asesores. La asesorías que han recibido son de la Secretaría Departamental, Planeación Departamental y del Ministerio de Salud. La Coordinadora del SISBEN a recibido varias asesorías en sistemas, programas y software por parte de Planeación Departamental y la Secretaría de Salud ha sido atendida por el Ministerio de Salud para aclarar sus dudas. La Secretaría Departamental ha dado asesorías pero no ha realizado ninguna labor de vigilancia y control a las ARS.

Según el Alcalde, la Secretaría de Salud y la Coordinadora del SISBEN, sí ha mejorado el acceso de los pobres a los servicios de salud. Esto se debe a que el tener un carné les genera un sentimiento de derecho a demandar servicios. Sin embargo, a la vez están esperando que el gobierno les subsidie completamente los servicios de salud por lo que muchos se quejan por los copagos. Creen que el mayor problema que impide alcanzar la cobertura universal de la la población es la falta de recursos disponibles para poder afiliar

a todas las personas.

2. Implementación del Régimen Subsidiado

2.1 Identificación y Selección

La oficina del SISBEN fue creada en enero de 1996 con los recursos del municipio y operó en la Secretaría de Salud Municipal. La oficina sólo contaba con un trabajador. Las actividades a realizar se hacían mediante órdenes de trabajo donde se contrataba el personal para realizar dicha tarea. Actualmente, la situación no ha cambiado mucho. El SISBEN depende de Planeación Municipal quien contrata al personal ya que la oficina del SISBEN no cuenta con ningún cargo propio. Actualmente, existen dos cargos en el SISBEN, coordinador del SISBEN y secretario general, pero estas personas realmente trabajan en Planeación Municipal. El SISBEN ni siquiera cuenta con un equipo de encuestadores que realice las encuestas .

A partir de la creación de la oficina del SISBEN se han realizado varios experimentos para poder realizar la encuesta. En el primer semestre de 1996 la encuesta la realizaron los gestores de salud voluntarios de la comunidad. La ventaja que trajo este proceso fue que los gestores de salud conocían realmente la situación de las personas por lo que sabían quienes eran realmente pobres. Sin embargo, las desventajas fueron mayores. La primera fue que muchos gestores querían ayudar a sus amigos y conocidos; y la segunda fue que como el trabajo se realizó voluntariamente, la oficina del SISBEN no tenía como exigirles calidad. Este experimento fue reemplazado por otro en el segundo semestre de 1996. En ese momento se decidió realizar la encuesta en la oficina del SISBEN. Se pensó que esta idea ahorraría tiempo porque después de realizar la encuesta en la oficina ellos iban a hacer visitas únicamente para confirmar los datos. La gran desventaja de este sistema se dio por la alta movilidad de las personas impidiendo encontrar a las personas. Esto generó la anulación de muchas encuestas ya que éstas no eran digitadas hasta verificar los datos. En ambos casos la encuesta se realizó por demanda aunque abarcaron otros sectores según petición.

Finalmente, en 1997, por órdenes de trabajo se contrataron 4 encuestadores. La encuesta inicialmente se realizó por demanda principalmente de estrato 1 y 2 y se incluyeron algunos casos atípicos. En este momento a todas las demandas y todos los sectores se les ha realizado el SISBEN con primacía de los estratos 1,2 y 3. Este ha sido el sistema más efectivo y eficiente que han utilizado hasta el momento. Estos encuestadores fueron capacitados por la administradora del SISBEN, quien ha recibido capacitación desde 1995 por parte de la Secretaría Departamental y Planeación Municipal. Realmente no se ha realizado una verificación técnica completa del SISBEN, únicamente se hizo en 1997 con los encuestadores una verificación al azar de algunas entrevistas.

El SISBEN, actualmente, a diciembre de 1997, ha identificado a 9.985 personas; corresponden 1.687 a nivel I y 8.298 a nivel II. El número de afiliados al régimen subsidiado actualmente es de 7.911. Este número de afiliados sólo cubre a las personas identificadas por el SISBEN de nivel I y II hasta diciembre de 1996. Todas las personas identificadas en 1997 son vinculados porque no hay los recursos para afiliarlos. A febrero de 1998 había 420 personas pendientes a ser afiliados pero los contratos aún no han sido legalizados porque están trancados en la Secretaría Departamental.

En cuanto a quejas sobre el SISBEN se han recibido muchas principalmente del área rural

y del nivel III. Esto se debe a que muchas personas no fueron identificadas como beneficiarias debido al puntaje del SISBEN que fue de 30 puntos en el área rural y de 47 en el área urbana. Además, muchas de las personas que ya han sido seleccionadas por el SISBEN no han sido afiliadas por falta de recursos.

Para la Coordinadora del SISBEN la encuesta es una herramienta muy útil pero con algunas fallas. Por ejemplo, se han dado casos donde una persona vive en condiciones de pobreza pero posee propiedades o tierras que en el momento no le generan rentabilidad y como el formato del SISBEN no contempla el número de propiedades o de hectáreas que posee una persona ésta se considera pobre. Igualmente, es difícil hacer entender que la pobreza se mide según unos parámetros como la línea de pobreza, porque cuando uno es pobre simplemente es pobre. Sin embargo, el SISBEN es una herramienta extremadamente útil como diagnóstico social. Ha servido como una base de información para muchas entidades.

INFORME ESTADÍSTICO SISBEN
MUNICIPIO DE ZIPAQUIRÁ
FEBRERO DE 1998

AÑO	FAMILIAS	HOGARES	PERSONAS	IDENT. NIVEL I	IDENT. NIVEL II	AFILIADOS
1994	1	1	2			
1995	3.26	2.83	12.841			
1996	624	566	2.197			
1997	3.401	2.727	12.525	1.687	8.298	7.911
1998	154	112	565			
TOTAL	7.44	6.236	28.13	1.687	8.298	7.911

FUENTE: SISBEN Municipio de Zipaquirá

2.2 Afiliación

2.2.1 EPS-T

Durante el periodo transitorio la Secretaría Departamental de Salud operó como (EPS-T) desde el 15 de noviembre de 1995 hasta el 15 de abril de 1996. Inicialmente en octubre de 1995 una empresa privada fue contratada para realizar el SISBEN ya que en ese entonces no existía la oficina del SISBEN en el municipio. La encuesta se realizó en los estratos 1 y 2 del área urbana y en toda el área rural ya que es considerada de estrato 1 y 2.

La carnetización se inició en enero de 1996 por medio de la oficina del SISBEN el cual estaba a cargo de la entrega de los carnés. Se pudo carnetizar al 100% de la población seleccionada. Para este proceso se reunió a los presidentes de las juntas de acción comunal a quienes se les dio un listado de las personas por sectores para que se le avisara a las personas seleccionadas. Igualmente, se colgaron afiches en los salones de juntas de acción comunitaria, en los hospitales en las veredas, entre otros. El SISBEN sólo interactuó en este proceso y en el reporte de datos novedosos.

La EPS-T contrató todos la prestación de servicios con el Hospital de Zipaquirá. A pesar de que la EPS-T duró hasta abril de 1996, sin importar la vigencia de los carnés se siguió prestando servicios y atendiendo a las personas hasta septiembre de 1996, momento en

el cual se inició la contratación con las ARS. Todo el proceso durante el cual operó la EPS-T fue financiado por el municipio.

2.2.2 ARS

La convocatoria de las ARS se llevó a cabo en septiembre de 1996 a nivel departamental y fue realizada por la Secretaría Departamental de Salud. Debido a que se realizó a nivel departamental, el municipio de Zipaquirá no estuvo en ningún momento involucrado en este proceso. En la convocatoria se seleccionaron las 3 EPS que actualmente operan en Zipaquirá que son Unimec, Convida y Caprecom. Inicialmente, se le entregó a las ARS un listado de las personas beneficiarias del subsidio. Para la Coordinadora del SISBEN, la cantidad de afiliados en cada ARS se determinó más por propaganda que por libre escogencia. Esto se debe a que las personas ignoraban este derecho y a que unas ARS, específicamente Unimec, tenían más recursos que las otras para realizar actividades de mercadeo.

En septiembre Unimec afilió a 4.813 personas mientras que Caprecom afilió 1.626. Sólo funcionaron Unimec y Caprecom hasta diciembre de 1996 al empezar a funcionar Convida. Convida por su parte no hizo ningún tipo de propaganda ya que la Secretaría Departamental de Salud realizó afiliación forzosa de 1.472 personas a esta EPS de acuerdo a la ampliación de cobertura y el FOSYGA 5. Esta afiliación forzosa le trajo problemas a la Secretaría Departamental no sólo por el hecho de ser forzosa sino también porque esa afiliación fue destinada a Convida, la EPS de la Gobernación de Cundinamarca. La Superintendencia de Salud tomó medidas correctivas ante este asunto que consistían en publicar listados e informar mediante medios de información masiva que las personas afiliadas forzosamente tenían el derecho de escoger la ARS a la cual quieren pertenecer. Estas medidas sólo llevaron a que 3 personas quisieran cambiarse de Convida. Al ser tan pocas personas no se hizo ninguna modificación de sus afiliaciones.

A pesar de que los diferentes contratos con las ARS son tripartitas, éstos son manejados directamente por la Secretaría Departamental de Salud por lo que el alcalde no tiene ninguna participación en éstos. El pago de los contratos lo realiza el departamento y el municipio y varía según el contrato. La Coordinadora del SISBEN tiene problemas respecto a este asunto ya que ninguno de los contratos o demás material correspondiente le llegan a su oficina como lo exige la Ley. El municipio de Zipaquirá también tiene problemas con el conocimiento de cualquier tipo de información ya que no hay un mecanismo de información y comunicación entre la Secretaría Departamental y el municipio.

Para la Coordinadora del SISBEN, una ventaja de las ARS frente a la EPS-T es que los afiliados tiene sus propios centros de salud y cuentan con representantes ante quienes reclamar. Por otro lado, cree que una desventaja es que a pesar de el SISBEN les informan todas las novedades, hay ARS que no tienen en cuenta esta información y, por ejemplo, siguen carnetizando a los muertos. Otra desventaja que ocurre es que las ARS se les paga presten o no servicios, estén o no carnetizados sus afiliados. Si embargo, este último problema ya no sucede dado el acuerdo recientemente expedido.

2.3 Cobertura Alcanzada

En el municipio de Zipaquirá a febrero de 1998 se han afiliado 8.331 personas. Esta cobertura representa el 83% de las personas identificadas en nivel I y II del SISBEN.

2.3.1 Financiamiento

La Secretaría de Salud destina al sector salud el 25% de los ingresos corrientes de la nación que recibe. De este porcentaje, 15 puntos son para el régimen subsidiado y 10 puntos para dotación (principalmente de los centros de salud), pago de nómina de 2 odontólogos rurales, programas de promoción y prevención y para cubrir el PAB. El PAB ha sido contratado con una sociedad de profesionales independientes para la prestación correspondiente a estos servicios.

Para 1998, el ingreso corriente de la nación es de $4.629.550.000. De estos, Hacienda Municipal gira el 90% ($4.166.895.000) y el 10% ($416.559.500) son de libre disposición. De este ingreso corriente de la nación, $3.749.935.500 son de inversión forzosa. El 25% de la inversión forzosa es destinado al sector salud ($937.483.850) de los cuales 15 puntos, $562.490.325, son destinados al régimen subsidiado y 10 puntos, $374.993.525, son destinados para el PAB, dotación de los centros de salud, etc.

PLAN OPERATIVO ANUAL DE INVERSIÓN

AÑO	PROYECTO	INV. FORZOSA	RURAL	URBANA
1997	Subsidio a la demanda de personas con NBI	416.986.200,00	75.974.885,64	341.011.314,36
1998	Subsidio a la demanda de personas con NBI	492.982.605,00	58.714.228,00	434.268.377,00

FUENTE: Administración del SISBEN

El situado fiscal correspondiente al Hospital le llega directamente del departamento. Con este recurso el Hospital se sostiene y sostiene a 3 centros de salud de Zipaquirá y paga la nómina de los profesionales de estos centros de salud. Adicionalmente, el Hospital recibe todo del situado fiscal destinado a la Secretaría de Salud para el cubrimiento de todo el nivel I correspondiente al municipio cuando éste se descentralize. Es decir, la Secretaría de Salud no recibe recursos del situado fiscal.

Un grave problema para la Secretaría de Salud es que no tiene ningún conocimiento a cerca de como el Hospital maneja el situado fiscal que le corresponde a la Secretaría. Igualmente, no cuenta con ningún mecanismo de control sobre el uso de estos recursos. Por este grave problema, la Secretaría de Salud busca descentralizarse para recibir el situado fiscal que le corresponde y así prestar todos los servicios de nivel I. Además, al descentralizarse también podría manejar los centros de salud que ha dotado.

El conocimiento por parte de los diversos entes municipales acerca de los recursos que les corresponden es otro gran problema. Por ejemplo, la Secretaría de Hacienda Municipal encontró una serie de facturas enviadas por las loterías que simplemente se archivaban sin conocer que existe un impuesto a las loterías que es destinado a salud. Hasta el momento nadie sabe que hacer con esas facturas ni como es el proceso para cobrar lo que les corresponde. Lo mismo ha pasado en otros años con Ecosalud aunque este año si llegó lo correspondiente lo cual se destina para la afiliación de las personas.

3. Actores

3.1 ARS

3.1.1 Unimec

La oficina de Unimec localizada en Zipaquirá no sólo administra los recursos de los afiliados de esta zona sino también los de la región del Guavio, Ubaté, Tabio, Tenjo, Pacho y Cogua. La población afiliada inicialmente a Unimec fue de 4.783 personas básicamente mediante asignación forzosa.

En el proceso de carnetización quedaron sin entregar 350 carnés debido a que personas se habían muerto, se habían trasladado a otro municipio o ingresaron a la fuerza laboral. Unimec mandó una carta al alcalde de la administración pasada solicitando el reemplazo de 350 personas que no fueron carnetizadas. Hasta el momento la alcaldía no les ha dado esta información parte por falta de voluntad política del anterior alcalde y parte por el caos que implica el final del periodo administrativo. Sin embargo, la actual Secretaría de Salud los está ayudando a reemplazar a estas personas.

Después del año de afiliación, las diferentes ARS de Zipaquirá realizaron un convenio el cual consistía en que ninguna haría labores de mercadeo para el libre cambio. Sin embargo, Convida incumplió el acuerdo por lo que las otras dos ARS se vieron obligadas a realizar estas actividades.

Unimec ha contratado únicamente con IPS públicas ya que esta es una política de la empresa. Tienen contratos con el Hospital Local y con centros de salud que dependen de éste en la zona del Guavio y Cogua. Todos los contratos de nivel I son por capitación mientras que los otros son por facturación.

El director piensa que la oferta de servicios en ocasiones no es tan oportuna ya que el Hospital tiene contratos con varias ARS para la prestación de servicios. Sin embargo, si se presenta algún caso de urgencia el Hospital atiende inmediatamente a la persona. Esto ha generado problemas porque las personas ya saben que es obligatoria la atención inmediata de urgencias por lo que congestionan este servicio perjudicando a las personas que realmente lo necesitan.

La relación de Unimec con las IPS es bastante buena. Generalmente no reciben quejas aunque la mayoría de los reclamos son porque no les suministran la totalidad de los medicamentos o porque no están incluidos en el POS-S. Para estos casos, Unimec a realizado convenios con droguerías para que le den a sus afiliados un mayor descuento en aquellos medicamentos no contenidos en el POS-S.
En cuanto al flujo de dinero han tenido problemas por los obstáculos que implican los contratos tripartitos ya que el flujo de dinero hacia las IPS depende del flujo de dinero del departamento y municipio hacia Unimec. La Secretaría Departamental no le ha dado a Unimec los recursos correspondientes desde abril de 1997 y el municipio desde octubre del mismo año, es decir, que a febrero de 1998 le deben 10 y 4 meses respectivamente. Sin embargo, el municipio les pagará tan pronto como la contraloría municipal firme el nuevo presupuesto. A pesar de estos atrasos, Unimec sólo le debe al Hospital desde diciembre de 1997. Para el director, esta situación va a mejorarse en el momento que Zipaquirá se descentralice ya que éste responderá directamente por el flujo de recursos.

Unimec está planeando realizar las labores de promoción y prevención porque las actividades realizadas por el Hospital están destinadas a toda la población y no sólo a sus afiliados.

La Secretaría Departamental ha contratado una auditoría médica con BDO quienes están a cargo de realizar labores de control y vigilancia.

El director cree que si ha mejorado el acceso a los servicios ya que las personas no están pidiendo limosna sino que están exigiendo por derecho la prestación de servicios los cuales están siendo pagados. Igualmente, hay una mejor atención lo que hace que se utilicen más los servicios.

3.1.2 CONVIDA

Convida es una EPS pública que antes de la Ley 100 era una Caja de Previsión, Caprecundi. Convida no comenzó a operar inmediatamente al tiempo que las otras ARS. Empezó a afiliar cuando la Secretaría Departamental asignó forzosamente sólo a Convida la totalidad de la ampliación de la cobertura del municipio, 1.472 personas. A los tres meses de esta asignación forzosa, Convida les planteó[1] a estos afiliados la posibilidad de trasladarse a otra ARS pero nadie se cambió.

Se hicieron los carnés correspondientes a los beneficiarios del listado y luego fueron entregados al SISBEN para repartirlos. La movilidad de las personas dificultó el proceso de carnetización. Las 90 personas que faltaron por carnetizar fueron reemplazadas por otros beneficiarios. Para el director de Convida IPS "lo más grave es la manipulación política del SISBEN. Aunque esta manipulación no ocurre en Zipaquirá, en la mayoría de los municipios, como en el Choco, si ocurre."

Para la prestación de los servicios de salud, Convida EPS tienen contratos con Convida-IPS privada para nivel I por capitación y con el Hospital para nivel II por facturación.
Se realiza el cobro de copagos por la prestación de servicios pero la recaudación real de éstos es muy poca. Es más costoso recaudar los copagos que lo que realmente recaudan. Para el director de Convida IPS los copagos y cuotas moderadas son una barrera ya que muchos afiliados creen que estos pagos son muy costosos por lo que prefieren esconder el carné y presentarse en el hospital como vinculados.

La relación de Convida EPS con el Hospital Local y con Convida IPS es excelente. La buena relación entre Convida EPS y el Hospital se debe a que ambos tienen el mismo dueño: el departamento de Cundinamarca. Esto les ha facilitado mucho para que ambas empresas se colaboren mutuamente. Además, los empleados del Hospital están afiliados a Convida en el régimen contributivo por lo que ambos trabajan "por y para ambos."

Igualmente, la relación con Convida IPS es muy buena. Esto se debe a que en Convida IPS trabajan todos los antiguos trabajadores de Caprecundi (Caja de Prevención que anteriormente era Convida). No sólo por esto es tan buena la relación, sino que adicionalmente, Convida EPS tiene completa exclusividad de Convida IPS. Es decir, Convida IPS sólo le presta servicios a Convida EPS lo cual les garantiza y asegura la

[1]Según la Secretaria Municipal de Salud y la Administradora del SISBEN, como la Secretaría Departamental asignó forzosamente esas personas a la EPS pública de Cundinamrca, la Superintendencia de Salud tomo medidas correctivas incluyendo la posibilidad de que esos afiliados tuvieran la oportunidad de cambiarse de ARS para así ejercer su derecho de libre escogencia.

prestación oportuna de servicios y la calidad de éstos. Para el director de Convida IPS, este modelo donde una IPS está "amarrada" a una sola EPS es ideal porque si una IPS presta servicios a varias EPS, entonces la IPS se satura afectando la eficiencia y calidad de los servicios.

El director de Convida IPS cree que, dada la prelación que se le da a Convida EPS por ser pública y por la facilidad que les brinda que el Hospital y la EPS sean del departamento, la descentralización del municipio de Zipaquirá les puede causar problemas ya que implicaría la pérdida de ciertas comodidades o facilidades.

La Superintendencia Nacional de Salud ha vigilado y controlado a Convida EPS y ésta a su vez vigila y controla a Convida IPS. A partir de este año, la Secretaría Municipal de Salud vigilará a Convida EPS y a las otras ARS.

Para el director de Convida IPS, el acceso de la población pobre a los servicios de salud es todavía bastante limitado debido a que la red pública tiene muchos inconvenientes y a que no hay inversión privada en el sector salud porque el margen de rentabilidad no es muy grande. En cuanto al uso de servicios por parte de la población pobre, cree que éste si ha aumentado ya que los afiliados saben que tienen un derecho y lo exigen.

Para el director de Convida IPS uno de los mayores logros ha sido la dinámica que se le ha dado al sector salud, se logró transformar la atención caritativa por la atención con financiación asegurada.

Existen varias dificultades. Primero, la cobertura del régimen subsidiado no ha avanzado ni el 10% de lo que debió avanzar hasta el momento. Además, el sistema no se ha consolidado ni descentralizado completamente. Otro problema es que los mecanismos de control no funcionan correctamente y la orientación financiera tampoco es adecuada. Sin embargo, el mayor problema es la politización del sistema lo que ha contribuido a la lentitud del proceso.

3.2 Hospital

Hospital San Juan de Dios Zipaquirá

El Hospital Local se convirtió en ESE en junio de 1995. La transformación del Hospital fue iniciativa del Ministerio de Salud según la división de mejoramiento del sector salud. El proceso se inició a través de talleres de capacitación para los hospitales de nivel II realizados por el Ministerio de Salud. Inicialmente, los diputados crearon resistencia a la transformación pero la decisión de la Gobernación y de la Secretaría Departamental fue decisiva parar llevar a cabo el proceso. La Secretaría Municipal no tuvo ninguna participación en este proceso.

Dentro de la negociaciones para la transformación del Hospital en ESE se tuvo en cuenta básicamente el recurso humano y el pasivo prestacional. El recurso humano anteriormente era nombrado por la Secretaría Departamental y el Hospital pero actualmente es nombrado únicamente por el Hospital. El pago de la nómina del personal se realiza con parte de los recursos que le son transferidos de la Secretaría al Hospital.

En cuanto al pasivo prestacional, éste quedó a cargo del Estado hasta 1993, desde ese año en adelante es obligación del Hospital pagarlo.

La transformación del Hospital en ESE ha traído implicaciones positivas como, por ejemplo, el mejoramiento de la venta de servicios. Antes las venta de servicios correspondía al 10% o 11% del presupuesto mientras que ahora corresponde la 27%.

Actualmente (1998), el municipio no tiene ninguna clase de interrelación con el Hospital. La Secretaría de Salud de Zipaquirá esta buscando tener alguna relación con el Hospital para controlar el estado de los centros de salud, para asistir a conferencias de promoción y prevención, para contratar con ellos servicios y para definir las áreas de trabajo de los dos entes para no destinar los recursos en la misma dirección y no competir entre sí para la prestación de servicios al descentralizarse el municipio.

Durante la EPS-T, el Hospital celebró contratos por capitación los cuales eran controlados según soportes de facturación. Durante esta época, el Hospital recibió los recursos históricas y adicionalmente los nuevos recursos por subsidios de demanda. El gerente administrativo del Hospital cree que la EPS-T no funcionó como debió hacerlo porque era una estructura demasiado pequeña para poder manejar a los 37 hospitales de Cundinamarca. Esto trajo como consecuencia poca vigilancia por parte de la EPS-T. Otro problema fue la distribución de los recursos excedentes ya que no se sabe con qué criterio se distribuyeron entre los diferentes hospitales porque no tenían un récord de facturación. Sin embargo, la relación del Hospital con la EPS-T fue bastante buena.

Después de la EPS-T, el Hospital ha contratado con diferentes EPS y ARS entre las cuales se encuentran Concaja, Colsubsidio, ISS, Convida, Caprecom y Unimec. Las tres últimas son las ARS que operan en Zipaquirá. La forma de contratación con éstas es por capitación para nivel I (con Caprecom y Unimec) y por facturación para nivel II (con Convida). El monto de los contratos por capitación es alrededor del 54.5% de la UPC. Las más oportunas en el pago de los contratos son las dos ARS de las cuales, a febrero de 1998, Caprecom les debe desde octubre de 1997 y Unimec sólo desde diciembre de 1997. Por otro lado, el ISS demora demasiado el pago lo que ha generado un índice alto de cartera. El gerente administrativo del Hospital opina que el problema de las ARS demoran los pagos para mejorar el rendimiento financiero. Cree que lo mismo sucede con el ISS por lo que sólo paga al ser presionado por la Superintendencia de Salud. Teniendo en cuenta únicamente la prestación de servicios, la relación del Hospital con las ARS es muy buena.

El Hospital cobra copagos pero éstos son muy difíciles de recaudar. No sólo los afiliados a veces no tienen con que pagarlos sino que además, las ARS no saben o no han definido bien el cobro de copagos entre sus afiliados. Actualmente, sólo se cobran copagos para Convida para nivel II y Unimec para nivel II. El cobro de cuotas moderadoras es aún más difícil por lo que no realizan estos cobros.

En cuanto a la atención a vinculados, se les presta los mismos servicios que al régimen subsidiado. Sin embargo, esto ha sido un gran problema para ellos porque el porcentaje de vinculados es demasiado grande, casi igual al número de afiliados al régimen contributivo y el subsidiado juntos. La prestación de servicios a la población vinculada se carga al situado fiscal que recibe el Hospital. Supuestamente si esos servicios representan el 70% del situado fiscal del Hospital entonces el Estado debe responder por éstos pero a pesar de que el Hospital ya ha reportado este porcentaje, no le han

reconocido la atención a los vinculados. Para el gerente administrativo los vinculados van en "coche" ya que se les prestan todos los servicios sin que estos sean pagados por nadie.

La Ley 100 ha traído cambios infraestructurales y de personal en el Hospital. En infraestructura se han creado o mejorado diferentes áreas tales como la unidad de pediatría, rehabilitación, neonatal, servicio de urgencias y remodelación de antiguas salas para hospitalización. En este momento hay un proyecto para suprimir ciertos departamentos de servicios innecesarios. La idea es incluir dos departamentos en uno para así aumentar el personal operativo y disminuir el administrativo. Actualmente, en el Hospital todo el personal está en carrera administrativa. El personal ha incrementado debido a que la mayor demanda de servicios lo exige.

CUADRO HOSPITAL LOCAL

	1995		1996		1997	
Personal	# Personas	Costo	# Personas	Costo	# Personas	Costo
Personal Asistente						
Personal Planta	261	1.000.939.856	266	1.498.248.116	266	2.094.648.464
Personal x Contrato	0	0	26	260.613.410	82	1.320.795.942
Personal Administrativo						
Personal Planta	187	420.196.916	190	736.269.566	190	1.084.023.604
Personal x Contrato	0	0	16	155.903.100	50	480.459.093

El Hospital está constantemente evaluando la calidad de sus servicios. Para esta evaluación tienen una oficina de control de calidad de servicios en la cual existe un asesor de gerencia debe presentar los informes de calidad de servicios. Adicionalmente, tienen un médico quien realiza auditorías médicas para también evaluar la calidad.

El Hospital cuenta con una Asociación de Usuarios la cual se legalizó con la transformación del Hospital en ESE. Sin embargo, esta Asociación ya existía y funcionaba con el Comité de Participación Comunitaria.

Por otra parte, el Hospital recibe vigilancia y control de la Contraloría y Superintendencia de Salud a través de informes que deben mandar a estos entes. La Secretaría Departamental actúa más que todo como un ente asesor. El Hospital también recibe asesorías por parte del Ministerio pero éstas disminuyeron de cada mes a cada seis meses.

La transformación de subsidios de oferta por subsidios de demanda se está llevando a cabo desde 1997 donde les transformaron el 15% del situado fiscal. En 1998 se va a transformar el 25% del situado fiscal y el 15% de las rentas cedidas. En 1997 no sólo dejaron de recibir el situado fiscal también rentas cediadasa de las cuales antes recibían el 100% y ahora sólo el 30%. La reducción de los recursos les ha generado un traumatismo financiero a pesar de que han podido contrarrestar parte de esta pérdida con la venta de servicios.

Parte del problema financiero se debe también a la nivelación salarial que han tenido que pagar según el Decreto 439. Esta nivelación se dio a raíz del compromiso del Gobierno con los Sindicatos para pagarles la nivelación. Esta nivelación debe es equivalente a $4.000 millones los cuales deben ser asumidos por el Hospital. El pago de esta nivelación salarial al igual que la demora del pago de los contratos por parte de la Secretaría Departamental y por las EPS, especialmente por el ISS, les ha generado iliquidez siendo éste el mayor problema que afronta el Hospital. A pesar de estas demoras en los pagos el Hospital debe continuar pagando la nómina de su personal por lo que el problema se agrava aún más.

Adicionalmente a este problema, el gerente administrativo cree que los hospitales no estaban preparados para recibir la Ley 100 por lo que los problemas se acentúan. Los

hospitales tenían una estructura física y técnica deficiente para la prestación de servicios que ahora se les exige. Cree que era necesario fortalecer financieramente a los hospitales para así poder soltarlos a competir. Sin embargo, sin esa inyección financiera es difícil competir con las nuevas IPS que tienen una infraestructura más moderna y dotada.

El gerente administrativo piensa que a pesar de estos problemas ha surgido algo positivo: la necesidad de inversión para mejorar los servicios y las instalaciones para poder competir. Estas inversiones se han realizado con los recursos propios del Hospital al igual que con el apoyo del Ministerio de Salud.

Según el gerente administrativo, uno de los mayores obstáculos que se han presentado en la implementación del nuevo sistema de salud es la falta de información y claridad de la normatividad. Cree que la reglamentación de la Ley es muy extensa y difícil de conocer en su totalidad. Problema que incrementa cada vez más al crear constantes modificaciones.

Además piensa que no es justo que los intermediarios del régimen subsidiado paguen sólo parte de los servicios para quedarse con el resto, mientras que el Hospital tiene que tener a cargo todos los otros gastos. Además, todos los adelantos o inversiones que deben realizar para poder subsistir tienen que realizarlos con recursos propios.

Para el gerente, el nuevo sistema es neoliberal donde los hospitales no tiene dinero ni total conocimiento de las normas para realizar acciones pero a pesar de esto no pueden negarle la atención a nadie. Cree que los hospitales salieron solos al mundo sin tener conocimiento, infraestructura ni recursos.

El gerente administrativo cree que si ha mejorado el acceso de la población pobre a los servicios de salud pero no a través del régimen subsidiado sin a través de los vinculados. Para el Hospital los vinculados representan el 52% de las personas atendidas. Este porcentaje es tan grande en parte por la recesión económica del país que generado un alto índice de desempleo. Además otra razón es que los vinculados están menos restringidos que las personas del régimen subsidiado por lo que hay personas deshonestas que pasan como vinculados a pesar de estar afiliados al régimen subsidiado. Cree que un problema que obstaculiza el acceso es la falta de una cultura de salud y la falta de una mayor inversión en salud.

Cree que, en parte, la demanda ha bajado debido a que con la facturación ya no se pueden hacer rebajas y las personas tienen que pagar lo mínimo. Otra razón por la cual podría haber bajado la demanda es por las labores de promoción y prevención aunque cree que es poco probable porque estas labores no se están realizando bien por lo que las ARS se quedan con esa plata. Según el gerente administrativo falta mucho control por parte de la Superintendencia de Salud hacia las ARS y EPS en cuanto a las labores de promoción y prevención.

Todas las 3 ARS contratan el 100% de los servicios con el Hospital Local. Para la Secretaría de Salud esto es un problema porque el Hospital está sobresaturado. Su solución a este problema es la creación de IPS de propiedad municipal para que presten servicios de salud. Con esto se pretende prestar algunos servicios para así descongestionar al Hospital.

conclusión – zipaquirá

El sector salud de Zipaquirá está a cargo de la Secretaría Departamental de Cundinamarca debido a que el municipio aún no se ha descentralizado. La Secretaría Departamental operó como EPS-T y realizó las labores de identificación y selección de beneficiarios potenciales de subsidios de salud y luego carnetizó a los afiliados al régimen subsidiado. Durante este periodo contrató con el Hospital Local la prestación de servicios a las personas afiliadas al régimen subsidiado. El municipio de Zipaquirá no tuvo conocimiento alguno a cerca de los procesos y actividades llevadas a cabo por la Secretaría Departamental. Al culminar este periodo transitorio, la Secretaría realizó la convocatoria de ARS. Igualmente, el municipio no tuvo ninguna participación en este proceso de convocatoria ni en la selección de las ARS que operan en Zipaquirá.

Actualmente, el municipio no ha tenido ninguna interacción en el sector salud ya que todo lo maneja la Secretaría Departamental. Dado que el municipio no está descentralizado, los contratos con las ARS y el Hospital Local son tripartitas lo que supone una participación del municipio en el sector salud. Sin embargo, el municipio no tiene ningún poder de decisión sobre éstos. La única función del alcalde es firmar un contrato que ya está aprobado por la Secretaría el cual no puede ser modificado.

El gran problema que surge en Zipaquirá es la falta de participación del municipio en el proceso de implementación del sistema de salud. La Secretaría no ha involucrado al municipio en el sector salud razón por la cual los principales actores del sector salud de Zipaquirá desconocen el proceso de implementación del sistema de salud y el correcto funcionamiento de éste. Por ejemplo, desconocen el correcto manejo de los recursos, la transformación de éstos y las actividades de vigilancia, entre otros.

En el municipio existe un gran nivel de desinformación de los principales actores debido primordialmente a que la Secretaría no los ha involucrado en el proceso por lo que no son actores partícipes del sistema de salud. Además, la Secretaría tampoco los ha capacitado adecuadamente. Igualmente, no se han realizado las labores de vigilancia, control y supervisión a las diferentes instituciones del sector. Adicionalmente, debido al reciente cambio en la administración municipal (nuevo alcalde y secretaría de salud municipal) los principales actores no están completamente al día de todas las particularidades del proceso de implementación del sistema. Además, la frecuencia con la que la normatividad es modificada puede impedir un conocimiento completamente actualizado. Estos diferentes problemas causan que el proceso no sea tan ágil.

La falta de flujo de información entre el departamento y el municipio puede traer grandes problemas cuando el municipio se descentralize ya que los entes encargados del sector salud a nivel municipal desconocen el sistema y el desarrollo de éste. Esta falta de información podría frenar el proceso que se está llevando a cabo. Igualmente, la desinformación lleva a que no se desarrolle el sistema de salud correctamente como lo plantea la Ley. Sin embargo, a pesar de los problemas que podría traer la descentralización del municipio por el desconocimiento del sistema también traerá cambios positivos como, por ejemplo, la agilización de los contratos al dejar de ser tripartitas.

Es importante resaltar la existencia de una EPS pública del departamento de

Cundinamarca la cual aparentemente tiene ciertos privilegios y preferencias. En el momento en el cual fueron seleccionadas las ARS que operarían en Zipaquirá, todas comenzaron a realizar labores de mercadeo y a afiliar a las personas. Sin embargo, la EPS pública, Convida, fue la única que no realizó estas labores. Cuando hubo una adición del FOSYGA, el departamento decidió asignar afiliados únicamente a Convida. Al enterarse la Superintendencia de Salud de esta irregularidad entonces intervino y tomó las respectivas medidas correctivas. Una de las medidas fue brindarle el derecho de libre cambio de ARS a aquellas personas afiliadas forzosamente a Convida. Sin embargo, muy pocas personas quisieron cambiarse a otra ARS.

Esta EPS pública tiene además mayor facilidad de negociación porque son realizadas por el departamento y con el departamento. Es decir, los contratos de afiliación son realizados por el departamento con Convida pero como esta EPS también es del departamento entonces las negociaciones se facilitan. Lo mismo ocurre con el hospital no sólo porque éste es de nivel departamental sino también porque toda la planta del hospital está afiliada a Convida en el régimen contributivo. Estos privilegios no sólo son comentadas por las otras ARS y el municipio sino también por la propia EPS pública por lo que se podría afirmarse que si ocurren estas preferencias.

Adicionalmente, Convida cuenta con una IPS "propia". Esta IPS, llamada Convida IPS, no le pertenece a la EPS pública porque es privada y de propiedad de un antiguo funcionario de la Caja de Previsión de Cundinamarca. A pesar de que la IPS no le pertenece a Convida EPS, ésta sólo le presta servicios a Convida. Este monopolio acaba la diversidad y la libre escogencia de IPS de los afiliados. Sin embrago, dado que en Zipaquirá sólo existe un hospital puede que el tener una IPS "propia" sea más conveniente para la pronta atención de los afiliados de la EPS.

El Hospital de Zipaquirá ha podido compensar la reducción de los recursos al transformarse los subsidios de oferta por demanda con la venta de servicios. El problema del Hospital no es presupuestal sino de iliquidez el cual le ha generado un traumatismo financiero. Su iliquidez se debe primordialmente al alto índice de cartera por la demora en el pago de servicios principalmente por parte del ISS y además, a la nivelación salarial.

Otro gran problema para el Hospital es la atención a vinculados. El Hospital es quien responde por la atención prestada a vinculados. Esto les genera problemas presupuestales ya que alrededor del 52% de las personas que atienden son vinculados. La Secretaría Departamental supuestamente les paga la atención a vinculados cuando ésta exceda el 70% del situado fiscal del Hospital. A pesar de que el Hospital ya superó este porcentaje, la Secretaría no le ha pagado ninguna factura por atención a vinculados ni le ha dado recursos adicionales para la atención a vinculados.

Sin embargo, la Ley 100 ha traído cambios infraestructurales y de personal en el Hospital. En infraestructura se han creado o mejorado diferentes áreas tales como la unidad de pediatría, rehabilitación, neonatal, servicio de urgencias y remodelación de antiguas salas para hospitalización. En este momento hay un proyecto para suprimir ciertos departamentos de servicios innecesarios. La idea es incluir dos departamentos en uno para así aumentar el personal operativo y disminuir el administrativo. El personal ha incrementado debido a que la mayor demanda de servicios lo exige.

Otro aspecto positivo ha sido el incentivo que a generado el nuevo sistema en cuanto a la necesidad de inversión para mejorar los servicios y las instalaciones para poder competir.

Igualmente, la transformación del Hospital en ESE ha traído implicaciones positivas como el mejoramiento de la venta de servicios. Antes las venta de servicios correspondía al 10% o 11% del presupuesto mientras que ahora corresponde la 27%.

El municipio de Zipaquirá se caracteriza básicamente por la falta de flujo de información de todos las instituciones involucradas en el sector salud. No hay una clara divulgación de información del municipio a las ARS y de éstas a los afiliados. Sin embargo, una de las más preocupantes rupturas de la cadena de información es aquella entre la Secretaría Departamental y el municipio. Este es un grave problema ya que el municipio será el futuro administrador del sector salud a nivel local por lo que, al descentralizarse el municipio, la falta de conocimiento a cerca del sector salud frenará el proceso de implementación del sistema de salud.

En Zipaquirá se han afiliado 8.331 personas lo que implica que el 83% de la población identificada en nivel I y II del SISBEN está asegurada.

municipio de la mesa

1. Caracterización

1.1 Descripción del municipio

El municipio de La Mesa se encuentra localizado al sur occidente de Santa Fe de Bogotá, a una distancia aproximada de 69 Km. Está comunicado con los municipios de Tena, Cachipay, Anapoima, Apulo, Mesitas del Colegio, Tocaima, Viotá, Giradot y Quipile. Es cabecera y capital de la provincia del Tequendama.

El municipio cuenta con un área de 14.700 hectáreas de las cuales se considera 100 hectáreas urbanas y 14.600 rurales para la realización del plan local de salud para el periodo comprendido entre 1998 - 2000.

El municipio está compuesto por tres Inspecciones de Policía: la Inspección de San Javier, San Joaquín y La Esperanza; por 36 veredas las cuales todas están comunicadas con la cabecera municipal; y por 14 barrios urbanos.

Según la ampliación de la ficha veredal implantada por el Fondo DRI y de la información primaria en el sector urbano se puede determinar que en el territorio municipal de La Mesa existe un total de 4.321 familias y 40.25 viviendas albergando una población de 21.791 personas. Por cada vivienda hay un promedio de 1.07 familias y en cada familia un promedio de 5.02 personas.

El director del Hospital Regional al igual que el administrador del SISBEN creen que las proyecciones poblacionales basadas en el censo de 1985 no coinciden con los datos encontrados estadísticamente por estas dos instituciones. Según cálculos realizados por el Hospital basados en el censo, la población total para 1996 debería ser 19.603 de los cuales 8.817 son de la zona rural y 10.786 de la urbana. Sin embargo, según los datos encontrados en la ampliación realizada por el Fondo DRI y la información urbana, el total de la población para 1997 es de 21.791. La gran diferencia entre la proyección para 1996 y los datos encontrados para 1997 implica que los datos entregados por el censo están subvaluados y que tanto la dinámica poblacional como sus tasas de crecimiento han sido substancialmente mayores a las presentadas anteriormente.

El 21.83% de la población está en edad preescolar (menores de 7 años), el 20.35% entre 8 y 24 años, el 52.41% entre los 14 y 60 años y el 5.37% son mayores de 60 años. Se puede señalar que la población menor de 25 años representa el 55.18% de la población, es decir, que la juventud del municipio es prioritaria.

centros educativos
municipio de la mesa 1996

Zona	Escuelas Públicas	Colegios Departamentales	Colegios Privados	TOTAL
Rural	31	3	0	34
Urbana	2	1	5	8
TOTAL	33	4	5	42

FUENTE: Centros Educativos Municipio de La Mesa 1996

porcentaje de menores de 12 años escolarizados
municipio de la mesa 1996

Escolares	Número	Porcentaje
Menores de 12 años	5171	61%
Mayores de 12 años	3306	39%
TOTAL	8477	100%

Fuente: Alcaldía Municipal de La Mesa 1996

El municipio es básicamente agropecuario, donde la ganadería, agricultura, piscicultura, cultivos frutales, caña panelera, café y otros son la fuente de ingresos de la población.

El proceso productivo se caracteriza por contar con una buena base tecnológica implementada por la asesoría de profesionales y técnicos particulares e institucionales como la Secretaría de Agricultura, el ICA, la UMATA, el Comité Departamental de Cafeteros y el INCORA.

Es importante resaltar la gran vocación turística, basada en la diversidad climática, paisajística y recursos naturales.

porcentaje cobertura de servicios
municipio de la mesa 1996

NECESIDADES BÁSICAS	**PORCENTAJE**
POTABILIZACIÓN DE AGUA	44.0%
ACUEDUCTOS VEREDALES	35.7%
SERVICIO SANITARIO	21.0%
DISPOSICIÓN DE BASURAS	35.0%
ELECTRIFICACIÓN	5.0%
VIVIENDA PROPIA	20.0%
DISPOSICIÓN DE EXCRETAS	20.0%

FUENTE: Alcaldía Municipal de La Mesa 1996

morbilidad general por urgencias
municipio de la mesa 1996

Causas	No. Casos
Otros traumatismos y los no especificados	696
Infección intestinal mal definida	573
Otras causas mal definidas y desconocidas	552
Heridas de otro sitio	460
Embarazo normal	347
Otras enfermedades del aparato respiratorio	355
Infecciones víricas	272
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	291
Otros trastornos de la uretra y del aparato urinario	265
Otitis media supurativa y la no especificada	292
Resto de causas	6.556
total	10.658

Fuente: Estadística Hospital León Alvarez Díaz - La Mesa 1996

mortalidad general
municipio de la mesa 1996

Causas	No. Casos
Infarto agudo de miocardio	39
Insuficiencia cardiaca congestiva	30
Accidente cerebro vascular	18
Herida con fractura cránea	19
Herida con arma cortopuzante	17
CA de estómago	10
Enfermedad coronaria	8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8
CA de recto y colon	6
Resto de causas	78
Total	233

Fuente: Estadística Hospital León Alvarez Díaz - La Mesa 1996

1.2 Prestación de servicios de salud

Las organizaciones de prestación de servicios en La Mesa son ESE, IPS públicas y IPS privadas.

Existen IPS privadas dentro de las cuales se encuentran: ASOMÉDICA, MESALUD, UNIDAD MÉDICA U.M., Consultorio de Medicina General, Laboratorios Clínicos, Droguerías, Consultorios Odontológicos, Centros Homeopáticos y de Medicina Alternativa y Parteras.

El municipio de La Mesa cuenta con 3 puestos de salud localizados en las veredas de Buenavista, Laguna Verde y Alto de Frisol. Estos puestos están ubicados en la escuela de cada vereda donde se presta el servicio de consulta médica general un día a la semana. Ocasionalmente, se programan desplazamientos de odontólogos para prestar los servicios correspondientes.

La ESE que opera en el municipio es el Hospital Pedro León Alvarez Díaz el cual es de carácter regional. Presta servicios a los municipios de Cachipay, San Antonio de

Tequendama, Tena, El Colegio, La Mesa, Viotá y Anapoima. En cada uno de estos municipio hay centros de salud que dependen del Hospital.

Los servicios que presta el Hospital Regional de La Mesa son de nivel I y II, contando actualmente con las especialidades de pediatría, medicina interna, ginecología, ortopedia, otorrinolaringología, cirugía general, dermatología, gastroenterología, entre otros.

Existen 4 IPS públicas que dependen del Hospital Local que están ubicadas en las inspecciones de La Esperanza, San Javier, San Juaquín y en el casco urbano de La Mesa. Todos estos centros de salud prestan los servicios de consulta médica general, consulta odontológica, toma y disposición de muestras para laboratorio y servicio de farmacia, excepto el del casco urbano de La Mesa que no presta este última servicio.

La Alcaldía no tiene ninguna ingerencia en el hospital local ya que éste es regional de nivel II. Sin embargo, la relación entre la alcaldía y el hospital es muy buena.

- Recursos Humanos

disponibilidad de recurso humano
municipio de la mesa

CARGOS	EN EL MUNICIPIO	EN LA ESE
Puesto Urbano	Odontóloga	Médico
	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar Servicios Generales
Centro Salud San Joaquín		Médico
		Odontóloga
		Auxiliar de Enfermería
		Servicio Generales
Centro Salud San Javier	Odontólogo	Médico
		Auxiliar Enfermería
		Auxiliar Servicios Generales
Centro de Salud La Esperanza	Odontólogo	Auxiliar Enfermería
	Médico	Auxiliar Servicios Generales

FUENTE: Plan Local de Salud de La Mesa, 1998

1.3 Administración Local

El municipio de La Mesa aún no se ha descentralizado. Según el alcalde, este proceso no se ha realizado debido a la falta de voluntad política del alcalde y gobernador de la administración pasada. Igualmente, se ha tenido presión del sindicato del hospital porque la descentralización implica que la alcaldía es el ordenador del gasto para el nivel I de atención.

Actualmente, el consejo, el gobernador y el alcalde están interesados en el desarrollo del proceso. El mayor miedo que tiene el alcalde es que al descentralizarse obtengan una serie de responsabilidades pero sin los recursos necesarios para realizar sus nuevos deberes. El alcalde aspira que La Mesa esté descentralizada a mediados de este año.

Hasta el momento los requisitos elaborados para la certificación como descentralizados son:
-Acuerdo de Dirección Local de Salud
-Acuerdo de Fondo Local de Salud
-Adopción de metodología para elaborar el Plan Local de Salud
-Decreto de metodologías de programación, ejecución, evaluación y control de los programas de salud municipales
-Elaboración de contratos con ARS
-Plan Local de Salud

Los requisitos que están en proceso de elaboración son:
-Sistema Básico de Información
-Ingreso a Carrera Administrativa del personal de las IPS municipales
-Afiliación a Seguridad Social
-Estudio para la Transformación Institucional

La estructura municipal con la cuenta el sector salud en La Mesa está encabezada por el Alcalde, quien es responsable directo de dirigir las acciones ha realizar en salud, delegando la planeación, el cumplimiento y el desarrollo de las mismas en la Dirección Local de Salud.

El municipio ya creó el Fondo Local de Salud mediante el Acuerdo 4 de mayo de 1997 y la Secretaría de Salud Municipal mediante el Acuerdo 5 de mayo de 1997. Sin embargo, la Secretaría aún no está operando porque al alcalde cree que nombrar un secretario sin estar descentralizados ya que sería tener un burócrata sin ninguna función. El Fondo Local de Salud está operando y está a cargo del alcalde, en éste se manejan los recursos de Ecosalud y del ICN del cual destinan el 25% a salud (15 puntos al régimen subsidiado).

2. Implementación del Régimen Subsidiado

2.1 Identificación y selección

La oficina del SISBEN de La Mesa fue creada en 1994 por iniciativa del departamento y del municipio, con recursos de éste último. La Mesa fue el primer municipio de Cundinamarca en realizar el SISBEN. Este proceso fue inicialmente asesorado por Planeación Nacional pero se crearon dificultades en la preparación de los proyectos ya que desconocían la realidad local. Según el alcalde, nadie comprendía la magnitud ni la importancia del SISBEN por lo que las encuestas no fueron realizadas adecuadamente. El SISBEN, en 1995, estuvo inicialmente conformado por un comité el cual trató de implementar la encuesta de la forma más económica posible. Es por esto que se contrató un grupo de encuestadores no capacitado conformado por promotores de salud, estudiantes y líderes comunitarios a quienes se les pagaba $500 pesos por cada encuesta realizada. Los encuestadores estaban interesados en hacer plata por lo que realizaron muchas encuestas sin verificar la veracidad de los datos, principalmente en las veredas. Existe una falta de fidelidad en los datos de la encuesta inicialmente realizada.

Para el alcalde, el método de clasificación del SISBEN tiene fallas estructurales. Por ejemplo, hay personas que cuidan haciendas sin pagar un arriendo y no tienen con que comer pero el SISBEN no capta estas diferencias y las clasifica en un nivel alto. Otro problema con la base de datos es que las personas dan datos erróneos. Las

personas cambian la información si creen que la encuesta es para impuestos o si es para subsidios. Es por estos problemas que se presentan dificultades con la focalización de las personas.

En esta primera encuesta del SISBEN se identificaron 10.500 personas de las cuales se afiliaron 7.500.

La oficina del SISBEN actualiza los datos diariamente según demanda de la población y a través del programa de control de calidad. Ambas actualizaciones se realizan por medio de visitas con la diferencia que en la primera se realiza si alguien pide ser encuestado y la segunda según la escogencia al azar de fichas de la base de datos. El SISBEN envía cada tres meses la base de datos actualizada a la Secretaría Departamental. Actualmente, el SISBEN ha identificado un total de 21.721 personas. Sin embargo, el número de afiliados sigue siendo el mismo por falta de recursos para adiciones de los contratos.

resumen estadístico de población

SECTOR	POBL. TOTAL FOCALIZADA	NIVEL			
		I	II	III	IV
URBANO	7.347	903	4.333	1.791	320
SAN JUAQUÍN	4.087	1.574	1.497	833	188
SAN JAVIER	2.293	456	884	838	115
LA ESPERANZA	4.296	621	1.731	1.769	175
VEREDAS PERIFÉRICAS	3.698	946	1.743	914	95
TOTAL	21.721	4500	10.183	6.145	893
PART. X SECTORES	**100%**	**21%**	**47%**	**28%**	**4%**

2.2 Afiliación

2.2.1 EPS-T

La Secretaría Departamental operó como EPS-T. Durante ese periodo se hizo un contrato para la prestación de servicios de los 7.500 afiliados de nivel I y II del SISBEN con el Hospital Regional ubicado en La Mesa (hospital local de La Mesa). El proceso de carnetización fue bastante desordenado ya que se hizo sin ningún límite de tiempo; la mayoría de los afiliados no recibieron el carné. Todo este proceso transitorio se llevo a cabo a nivel departamental por lo que el municipio estuvo completamente aislado del proceso. Esto trajo problemas en el municipio ya que al culminarse el periodo transitorio, el alcalde desconocía varios de sus deberes y derechos.

2.2.2 ARS

Al igual que en el periodo transitorio, el municipio no jugó ningún papel durante el proceso de convocatoria de las ARS. El departamento llevó a cabo la convocatoria y luego le informó a cada municipio que ARS le correspondía para la afiliación de la población. En el municipio existen 5 EPS que son ISS, Convida, Caprecom, Saludcoop y Unimec EPS y, 2 ARS que son Unimec y Cafesalud.

El monto de la contratación con las ARS depende de los ingresos del Fondo Local de Salud y del presupuesto aprobado por el departamento ya que los contratos siguen siendo tripartitas porque el municipio aún no se ha descentralizado.

Se realizó un contrato con las ARS de junio de 1997 a marzo de 1998. El municipio ha tenido problemas para pagar completamente el contrato debido a que el departamento realizó los contratos según la disponibilidad presupuestal calculada que al final resultó ser menor a lo esperado. Sin embargo, ya se tienen los recursos faltantes para el pago de los contratos los cuales provienen de los carnés no entregados por las ARS multiplicados por el valor de la UPC. Por ejemplo, de los 1.000 carnés no entregados por Unimec y los 820 por Cafesalud.

En el municipio de La Mesa se realizó el libre cambio de ARS hasta el 31 de diciembre de 1997. En total se realizaron 54 traslados de Unimec a Cafesalud.

El municipio no ha realizado las labores de vigilancia y control de las ARS por falta de recursos. Según el alcalde, la falta de interventorías constantes y la falta de información de la población ha permitido que las ARS no cumplan completamente con sus deberes, especialmente las labores de promoción y prevención. Sin embargo, en este momento las ARS están siendo vigiladas y controladas por el municipio. Principalmente, se vigila el cumplimiento del POS-S, la entrega de medicamentos, la carnetización de los afiliados y las acciones de promoción y prevención.

Para la administradora del SISBEN, el régimen subsidiado en salud ha operado mejor con las ARS que con la EPS-T porque la empresa privada funciona mejor que la pública. Durante el periodo de la EPS-T todo era un desorden y nadie sabía nada, mientras que con las ARS todos están mejor informados y además, tienen deberes por los cuales deben responder.

La alcaldía ha realizado labores de información mediante visitas a las veredas donde se hacen seminarios y foros. El alcalde quiere crear un proceso de información a cerca del nuevo sistema de salud y de los deberes y derechos de las personas. Con este proyecto pretende que las personas no la hagan "conejo" al sistema y así alcanzar una mayor cobertura. El problema es que el municipio no tiene los recursos necesarios para realizar el proyecto.

Para el alcalde el mayor logro del régimen subsidiado es que ahora 7.500 personas de La Mesa si tienen salud mientras que la mayor dificultad ha sido la falta de recursos para asesorarse de forma permanente para así llevar a cabo correctamente el desarrollo del sistema de salud. Otra gran dificultad hasta ahora presentada son las malas encuestas y por ende la incorrecta focalización de recursos.

En cuanto al acceso, cree que éste ha mejorado y que se ha logrado un gran avance. Anteriormente, las personas iban por caridad como pidiendo limosna, en cambio ahora las personas tienen un carné que les da el derecho a ser atendidos sin necesidad de pago. Además, la competencia entre ARS y hospitales ha mejorado la calidad de los servicios. Aunque el hospital local realmente no tiene competencia, la mentalidad ha cambiado.
El uso de los servicios de salud también ha mejorado. Ahora la población tiene la posibilidad de enfermarse y ser atendido sin pagar completamente el valor del servicio. Es evidente que el uso ha aumentado pues el hospital siempre está lleno.

El alcalde cree que el país no alcanzará la cobertura universal en muchos años. Piensa que para el año 2001, La Mesa tendrá una cobertura del 80% o 90% ya que esa es un prioridad de su administración. Esta meta será más fácil de lograr al descentralizarse el municipio. A nivel nacional es muy difícil conseguir la meta de cobertura universal; una de las razones es que las personas miden la eficiencia de un alcalde por las obras físicas construidas y no por las obras sociales. El estado debe crear unos canales para que todos los gobernantes del país se encaminen en la misma dirección en busca de una mayor cobertura. Otro limitante es la escazes de recursos que no permite la afiliación de toda la población y limita el nivel de información y pedagogía que se le pueda brindar a la población.

2.3 Cobertura Alcanzada

En el municipio de La Mesa a febrero de 1998 se han afiliado 7.412 personas. Esta cobertura representa el 50.48% de las personas identificadas en nivel I y II del SISBEN.

2.3.1 Diagnóstico financiero para 1998

- Recursos Financieros
De acuerdo con la asignación y distribución presupuestal para La Mesa, el sector salud cuenta con los siguientes recursos:

-Recursos Servicio a la Deuda:

Servicio a la deuda para financiar proyectos específicos dentro del Plan de Desarrollo Municipal, Puestos de Salud y Proyectos de Asistencia Social en Salud.

Área Urbana	4.008.785.55
Área Rural	5.836.527.00
Subtotal	9.845.312.55

-Gastos de Inversión:

recursos financieros disponibles
municipio de la mesa, 1998

1. RÉGIMEN SUBSIDIADO 62%	**184.912.969.50**
Contrato y/o convenio a la demanda de los servicios de salud de la población pobre y vulnerable - POS-S	
AREA URBANA	**66.161.860.49**
ARREA RURAL	**118.751.109.01**
2. LIBRE INVERSIÓN 38%	**113.430.000.45**
ÁREA URBANA	**40.099.121.44**
Honorarios personal técnico y profesional, salarios y prestaciones sociales	15.099.121.44
Mantenimiento y reparación puesto de salud	1.500.000.00
Dotación puesto de salud	2.500.000.00
Atención población discapacitada diferente al régimen subsidiado	3.500.000.00
Atención tercera edad diferente al régimen subsidiado	3.000.000.00
Alimentación Escolar	13.500.000.00
Promoción y prevención (PAB)	1.000.000.00
ÁREA RURAL	**73.330.879.01**
Honorarios personl técnico y profesional, salarios, prestaciones y seguridad social	28.000.000.00
Mantenimiento y reparación de centros y puestos de salud de veredas e inspecciones	17.830.879.01
Dotación centros y puestos de salud de veredas e inspecciones	13.000.000.00
Atención población discapacitada diferente al régimen subsidiado	2.000.000.00
Atención tercera edad diferente al régimen subsidiado	2.000.000.00
Programa de nutricional alimentación complementaria para población en edad escolar	5.500.000.00
Promoción y prevención (PAB)	5.000.000.00
TOTAL	**298.342.969.85**

FUENTE: Plan Local de Salud de La Mesa, 1998

3. Actores

3.1 ARS

3.1.1 Unimec

La oficina de Unimec ubicada en La Mesa maneja los afiliados de este municipio y los de Anapoima, Tena, Mesitas del Colegio y San Antonio. Inicialmente, Unimec afilió a 2.800 personas mediante asignación forzosa. Se tuvo problemas para carnetizar a sus afiliados básicamente por la movilidad de la población. Igualmente se han tenido problemas con la renovación de los carnés porque las personas no cambian los carnés vencidos sino hasta el momento en el cual tienen que utilizarlos.

Después del año de afiliación, ningún afiliado de Unimec se trasladó a la otra ARS[1] ni recibió afiliados de la otra ARS debido al pacto de no agresión entre Unimec y Cafesalud. Actualmente, Unimec cuenta con 3.163 afiliados de acuerdo a las adiciones que ha tenido.

[1]Esta información fue suministrada por los representantes de Unimec, sin embargo, Cafesalud y la Administradora del SISBEN confirmaron el traslado de 54 afiliados de Unimec a Cafesalud.

Unimec ha contratado, mediante capitación, al Hospital Regional para la prestación de servicios de nivel I y II. La ARS no ha tenido ningún problema con la prestación de servicios por parte del Hospital ni de sus centros de salud.

Dado que en Bogotá se manejan los contratos con los entes territoriales y con el Hospital al igual que el pago de éstos, los representantes de Unimec en La Mesa no conocen el monto de los contratos ni el flujo de dinero.

Unimec no ha recibido ningún tipo de vigilancia por parte de ninguna institución del gobierno.

Los representantes de Unimec en La Mesa creen que ha aumentado el acceso de la población pobre a los servicios de salud debido a que están mas conscientes de sus derechos y deberes. Creen que el uso de los servicios también ha aumentado "porque antes les era muy caro ir al médico mientras que ahora saben que alguien paga por ellos". Ellos creen que el mayor uso de los servicios no afecta financieramente a Unimec porque los contratos son por capitación.

Para los representantes, el mayor logro del régimen subsidiado es que tiene en cuenta a la población de bajos recursos. En cuanto a las dificultades del régimen subsidiado el mayor problema es la falta de recursos para la afiliación de personas.

3.1.2 Cafesalud[2]

Cafesalud es una empresa que funciona como ARS, EPS y medicina prepagada que pertenece a la Federación Nacional de Cafeteros. Inicialmente, afilió 4.109 personas mediante asignación forzosa. En 1997 le iba a ser ampliada en 140 la cobertura pero faltó la firma de la Alcaldesa del momento.

Se tuvo problemas en el proceso de carnetización debido a la movilidad de las personas y al difícil acceso a algunas veredas. Sin embargo, "sólo había que decir SISBEN para que todos fueran a buscar el carné porque nadie diferencia una ARS de otra ni del SISBEN". Después del año de afiliación ningún afiliado de Cafesalud se trasladó a otra ARS pero si recibió 54 traslados de Unimec.

Cafesalud contrata con el Hospital Regional y con el Hospital de Cachipay los servicios de nivel I y II. Inicialmente, el contrato con el Hospital Regional fue por facturación pero actualmente es por capitación por petición del Hospital. La oferta de servicios en la zona rural está cubierta por centros de salud pero "el problema es que las personas no creen en los centros por lo que van al Hospital sin antes ir al centro". Las labores de promoción y prevención pueden no seguir a cargo del Hospital sino de Esimed, una filial de Cafesalud, dependiendo de una evaluación que mide la eficiencia del Hospital en esta área. El único problema que ha tenido con el Hospital es por causa de la facturación.

---

[2]Se realizó la entrevista a la coordinadora de Cafesalud en La Mesa, sin embargo, como desconocía gran parte de la información debido a que ésta se maneja a nivel central, también se entrevistó al director del régimen subsidiado de Cundinamarca. Adicionalmente, se tuvo problemas en localizar a la coordinadora ya que Cafesalud en el momento no cuenta con una oficina en éste municipio, aunque están en busca de una.

Cafesalud ha tenido problemas con la Secretaría por el pago de los contratos. Por ejemplo, del contrato de septiembre de 1996 a junio de 1997 les pagaron el mes de abril en agosto y en el contrato de junio de 1997 a marzo de 1998, no le han pagado ni una de las cinco cuotas (a febrero de 1998). Supuestamente, la falta de pago los contratos iba a ser cubierta por el Municipio con las personas que no había sido carnetizadas pero finalmente, el Municipio no lo aceptó[3]. Dada esta situación, Unimec y Cafesalud pensaron no continuar los pagos a las IPS hasta recibir los recursos correspondientes pero decidieron que era una posición bastante radical que no utilizarán hasta ser extremadamente necesario.

Cafesalud recibe vigilancia por parte de la Secretaría Departamental pero ésta no es muy continua ni eficaz. La Superintendencia de Salud también los vigila mediante la demanda de informes trimestrales.

El director cree que el acceso de la población pobre a partir de su afiliación al régimen subsidiado ha mejorado indiscutiblemente debido al proceso de aprendizaje en el que se encuentra el sistema. "Un gran problema que entorpece el proceso es la ignorancia de las IPS". Cree que la Secretaría Departamental de Cundinamarca, no ha capacitado bien a los hospitales para así mejorar el desarrollo del proceso. En cuanto al uso, el director cree que éste también ha mejorado. "Este será mayor en la medida en que las personas conozcan sus derechos y deberes". En su opinión falta realizar más labores de medicina preventiva.

El director cree que uno de los mayores logros del régimen subsidiado ha sido permitir el acceso a los servicios mínimos de salud y una mayor cobertura así aún no sea la ideal. Esta falta de cobertura se debe básicamente a la falta de recursos y a la falta de información.

Al director le preocupa la competencia, no en los servicios, sino en el manejo político. "Por ejemplo, Convida que es del departamento se maneja políticamente. Es evidente el rechazo por parte de los alcaldes al llegar a los municipios. Convida no sólo se maneja políticamente sino que además, tiene como afiliados a todos los trabajadores oficiales bajo el régimen contributivo".

En los primeros años de Cafesalud se generaron pérdidas, sin embargo, el año pasado se logró llegar a un punto de equilibrio. Inicialmente, se creía que el régimen subsidiado daría pérdidas pero sucedió lo contrario por lo que ha sido "como un colchón para Cafesalud". Esto ha hecho que haya un mayor interés por el régimen subsidiado aunque éste ha evolucionado poco a poco.

"Cree que es más fácil trabajar en Bogotá que en los municipio porque en los municipios los alcaldes son ignorantes y se creen los dueños del municipio y que pueden hacer lo que quieran con el sector salud y los afiliados". Además, se generan varias trabas al no estar descentralizados los municipios porque se producen diversos problemas entre las secretarías departamentales de salud y los municipios. Los conflictos entre estos dos entes terminan involucrando a la ARS.

3.2 Hospital

Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz

---

[3]La administradora del SISBEN en la entrevista dijo que creía que el municipio si había aceptado el pago de los contratos con los recursos de aquellas peronas no carnetizadas.

El Hospital Regional ubicado en La Mesa es el único hospital en este municipio. El Hospital no sólo atiende a la población de La Mesa sino también a la de los municipios de Tena, Cachipay y Anapoima. En cada uno de estos municipios hay centros de salud que dependen del Hospital Regional de La Mesa. En La Mesa existen cuatro centros de salud ubicados en la zona urbana y en la zona rural. La cobertura del Hospital es bastante extensa por lo que han pedido la creación de un Centro de Atención Básico -CAB- en esta zona para ayudar a cubrir toda la demanda de servicios.

demanda de servicios en el hospital regional

Servicios	1995	1996	1997
Consultas	31.888	41.45	33.757
Urgencias	7.776	10.658	13.185
Hospitalizaciones	3.13	4.179	4.602
Citas Odontológicas	5.128	5.541	6.788
Exámenes Laboratorio	183.598	140.307	128.319
Total	231.52	202.135	186.651

El Hospital Regional se convirtió en ESE en junio de 1997 según el Decreto 028 de 1997. Esta transformación fue iniciativa de la gerencia del Hospital por instrucciones de la Secretaría Departamental. El proceso estuvo liderado por la Secretaría a través de talleres de capacitación. Actualmente, la Junta Directiva del Hospital está conformada por 2 representantes de los usuarios (uno de los gremios y otro de la Liga de Usuarios), 2 del hospital, 1 de la Gobernación y 1 de la Secretaría Departamental.

Dentro de las negociaciones para la transformación en ESE no se incluyó ningún aspecto económico. El pasivo prestacional lo paga el Hospital con los aportes que recibe del departamento. Actualemente, el Fondo de Pensiones y Cesantías Horizonte es quien les administra estos recursos.

El Hospital por ser de nivel regional depende directamente del departamento de Cundinamarca por lo que el municipio no tiene ningún poder sobre éste. Sin embargo, la relación del Hospital con el municipio es bastante buena. Actualmente, el Hospital los está asesorando en el proceso de descentralización.

A pesar de convertirse en ESE, realmente no han adquirido una mayor autonomía. El principal problema que tienen los hospitales es que no estaban preparados para los cambios a los que han tenido que adaptarse. Según el director del Hospital, la mayoría de los hospitales, incluido el de La Mesa, necesitan una gran inversión en infraestructura y tecnología para poder competir. Esta inversión no se las ha dado el estado por lo que la única forma de conseguirlo, dice el director, es "lagartiando" al secretario de salud, al gobernador o algún otro político. Sin embargo, los hospitales municipales no se enfrentan a ningún tipo de competencia y por tal razón han podido sobrevivir. Es irónico que un aspecto negativo como la falta de competencia sea tan positivo para algunos los hospitales.

La relación con la EPS-T fue buena al ser el Hospital un "subalterno" de la Secretaría Departamental. Durante la EPS-T la contratación con el Hopsital fue de tipo verbal y de orden. Inicialmente los contratos se pagaban anticipadamente pero después por

facturación. Uno de los principales problemas durante este periodo fue el proceso de facturación porque el personal no estaba acostumbrado a este tipo de trabajo. Los contratos por capitación se determinaron según el presupuesto histórico del Hospital y el número de habitantes. Estos contratos no fueron cancelados en su totalidad por la Secretaría a pesar de que ésta contaba con unos recursos que iban a ser repartidos proporcionalmente entre los diferentes hospitales del departamento.

Durante el periodo de funcionamiento de la EPS-T, el Hospital recibió recursos históricos al igual que nuevos recursos por subsidios de demanda. Sin embargo, éstos últimos no fueron significativos para el Hospital aunque ayudaron a pagar parte de la nómina la cual corresponde a más del 60% de los gastos. Al convertirse en ESE estos gastos incrementaron porque al ser un hospital de nivel II tenían que ofrecer ciertos servicios las 24 horas tal como ginecología, medicina interna, pediatría y anesteciología.

Al entrar en funcionamiento las diferentes ARS, el Hospital Regional realizó contratos por capitación con Unimec y Cafesalud y convenios con Convida y Caprecom para el régimen contributivo. El Hospital tiene contratado las labores de promoción y prevención para los afiliados de Unimec y Cafesalud; sólo Unimec las ha cancelado. Estas labores se realizan según un perfil epidemiológico de la región el cual es actualizado anualmente. Las actividades de promoción y prevención son realizadas por un grupo de personas que visitan cada vereda una vez por semana; dan charlas casa por casa al igual que en las escuelas. Han realizado también jornadas de vacunación a todos los niños de las veredas. Supuestamente estas labores deben ser pagadas por las ARS aparte del resto de servicios pero aún están incluidas en el total del contrato. El monto del contrato por capitación es determinado por la Secretaría Departamental quien determina el porcentaje de UPC pagado por afiliado.

El flujo de dinero de las ARS hacia el Hospital es bastante inoportuno. Por ejemplo, Unimec no le ha cancelado los contratos porque la Alcaldía tampoco les ha pagado a ellos. Con Cafesalud han tenido problemas porque en el momento no hay ningún representante de esta ARS. El Hospital a citado varias veces a alguien de Cafesalud pero siempre les han incumplido la cita hasta que finalmente el Hospital mandó una carta para la cancelación del contrato. Sin embargo, al recibir esta carta, los representantes de Cafesalud sólo se han presentado a dos citas después de las cuales nunca volvieron a aparecer. Actualmente, el Hospital manda las facturas a Bogotá para que sean canceladas. Como Cafesalud no tiene oficina en La Mesa, existe un convenio para que los afiliados de esta región no necesiten remisiones ni autorizaciones.

Para el director del Hospital, ni la EPS-T ni las ARS han sido buenos administradores de los recursos de subsidios en salud de la población pobre. Por ejemplo, las ARS se quedan con el 30% de la UPC por afiliado pero este porcentaje realmente es mayor porque muchos hospitales no facturan completamente el 70% restante. Adicionalmente, las ARS generalmente no le pagan oportunamente a los hospitales los servicios prestados. Para el director, la mejor fórmula es que los hospitales tengan el 100% de los recursos de subsidios pero con ciertas modificaciones en la remisión y estructura del sistema de salud anterior para así acabar con los antiguos problemas del sistema. Otro gran problema para el director es la descentralización del municipio porque a partir de ese momento tendrá a cargo todo el nivel I y el PAB; pero como el municipio no tiene la infraestructura para llevar a cabo esos servicios igualmente tendrá que contratar con las IPS para la prestación de estos servicios.

Actualmente, el Hospital le presta a los vinculados los mismos servicios que a los afiliados del régimen subsidiado. Todos los vinculados, así sean remitidos por el SISBEN, van a trabajo social donde son reclasificados. Luego se les presta todos los servicios necesarios y pagan lo mismo que el régimen subsidiado. La atención a los vinculados es pagada por el municipio o por el Hospital; sin embargo, estas facturas generalmente no le son pagadas al Hospital por lo que debe responder por éstas con sus propios recursos. El Hospital archiva estas facturas con la esperanza de que algún día alguien se las pague. El Hospital ve con preocupación que el número de vinculados es cada es vez mayor.

El departamento ha transformado parte de los recursos de oferta por recursos de demanda. Históricamente el Hospital recibe situado fiscal y rentas cedidas pero estos recursos fueron reducidos en un 15% al año pasado y este año se reducirán en un 25%. El manejo del presupuesto ya está especificado desde el momento en que se presenta la propuesta al departamento, aproximadamente, el 65% del presupusto está destinado al pago de nómina y el 35% al funcionamiento, mantenimiento e insumos del Hospital al igual que los gastos extras por epidemias.

No sólo la reducción de los recursos ha sido un problema sino también el pago inoportuno de éstos por parte del departamento. Esta reducción de los recursos ha sido un grave problema para el Hospital ya que les genera iliquidez. Dice el director que desde el año pasado los hospitales están en quiebra. El Hospital ha compensado parte de esta disminución de los recursos con la venta de servicios pero el problema es que las ARS y las EPS no se los han pagado agudizando así el problema de iliquidez del Hospital. A pesar de que para el Hospital el régimen subsidiado es bastante menos significativo que el contributivo con respecto a la venta de servicios, las ARS del subsidiado son más oportunas con los pagos que las EPS del contributivo y que el ISS.

variación de las fuentes de ingresos del hospital

miles $

	1995	1996	1997
1. Rentas Propias	**398.768**	**830.838**	**1.112.365**
Régimen Subsidiado	15.015	68.59	337.416
Régimen Contributivo	34.307	371.275	340.243
Otros *	349.446	390.973	434.706
2. Situado Fiscal y otros	**3.056.652**	**3.615.742**	**5.166.381**
Situado Fiscal	426.832	966.763	1.110.595
Rentas Cedidas	2.629.820	2.648.979	
Transferencias Departamentales			2.723.113
Transferencias de la Nación			1.332.673
Vinculados **		53.578	1.119.225
Total (incluyendo facturación por vinculados)		4.500.158	7.393.971
Total (sin incluir vinculados)	**3.455.420**	**4.446.580**	**6.278.746**

*Otros incluye ingresos recibidos por atención a pacientes particulares, seguro obligatorio, accidente de tránsito, urgencias, etc.
**Los ingresos por vinculados representan únicamente el monto facturado, no los ingresos recibidos.

El Hospital pretende compensar el déficit con la venta de servicios pero les será bastante difícil porque el presupueto para este año sólo les alcanza para 7 meses. Supuestamente, el presupuesto del Hospital debe ser desarrollado por la Junta Directiva de éste pero realmente quien lo realiza es el departamento, la Junta sólo tiene que firmarlo así no esté de acuerdo con el monto.

Otra razón por la cual la venta de servicios no les alcanza para cubrir los 3 meses restantes es la burocratización, politización y clientelismo existente en el Hospital que ha llevado a que tenga personal no calificado o en áreas no necesarias. Este clientelismo básicamente proviene del sindicato y de la Junta Directiva. Lo peor de este problema es que el Hospital no tiene como sacarlos o como controlar esta situación porque el sindicato los demanda o porque el director depende de la Junta. Otra razón que ha impedido controlar este problema se debe a que el despido sin justa causa (sin probar correctamente que las personas no son calificadas o necesarias) puede ser un problema en el futuro porque al Hospital le tocaría pagar los meses que la persona se quedó sin trabajo.

El director percibe que parte del personal no tiene un sentido de pertenencia lo que genera ineficiencia, esto no se ha podido combatir. A pesar de estos problemas con parte del personal, existen personas muy buenas que le ponen entusiasmo a su trabajo y que se sacrifican por ayudar en el Hospital.

evolución de la nómina

Personal	1995	1996	1997
Personal Asistencial	165	165	135
Supernumerario (x contrato)	24	31	29
Personal administrativo	94	96	74
costo (miles $)	1.589.789	2.384.604	3.254.258

La relación con el ISS ha sido problemática debido a que los contratos tuvieron que ser cancelados por falta de pago. El Hospital sólo atiende a los afiliados al ISS que necesiten atención de urgencias. Para el director del Hospital, el ISS trata mal a los hospitales y hace lo que quiere. El director adicionalmente dice que las propagandas del ISS a cerca del privilegio que tienen sus afiliados de escoger cualquier hospital y médico son completamente falsas, por ejemplo, el ISS sólo le paga al Hospital Regional de La Mesa la atención de aquellos afiliados de esta región que han sido autorizados, inclusive para los casos de urgencias.

Otro problema es la falta de inversión en infraestructura y tecnología. Si se realizara este tipo de inversión en el Hospital entonces sería más competitivo y seguramente les sería más fácil sobrevivir, dice el director.

El Hospital realiza evaluaciones de calidad de sus servicios mediante indicadores de gestión mensuales y encuestas. Estas evaluaciones son realizadas por el comité de gestión el cual está compuesto por los jefes de cada sección que se reunen todos los lunes. Igualmente, el Hospitalcontrola y evalúa el manejo financiero de éste. Todas estas evaluaciones facilitan la acreditación o licencia de funcionamiento, que es aprobada por la Gerencia para la Salud (antiguamente la Secretaría de Salud), para la contratación con ARS.

La Secretaría Departamental y el Ministerio de Salud han vigilado y asesorado al Hospital para su mejoramiento hospitalario. La Secretaría le donó al Hospital algunos de sus computadores.

La Asociación de Usuarios del Hospital fue creada a partir de la transformación en ESE. "Sin embargo, ésta no ha servido para nada". En la Junta Directiva y en el Comité de Etica hay en cada uno un representante de la Asociación, pero el problema es que sólo han ido a una de las reuniones realizadas. Al ver este problema, el director del Hopsital citó a la junta de la Asociación pero sólo acudió un miembro de la junta y otras personas pertenecientes a la Asociación. El director va ha convocar una asamblea para cambiar la junta de la Asociación de Usuarios que ha sido aplazada para evitar la politización de ésta en tiempos electorales.

El director del Hospital cree que ha mejorado el acceso de la población pobre a partir de su afiliación al régimen subsidado. Antes las personas no acudían tanto a los servicios porque tenían que pagar por éstos. Ahora, las personas estan respaldadas por lo que no tienen que preocuparse por pagar. Igualmente, el uso de los servicios ha aumentado. Por ejemplo, existen más programas y actividades que antes no ofrecía el Hospital. Adicionalmente, el número de consultas externas ha aumentado considerablemente. El aumento del uso de los servicios también es evidente en odontología ya que las personas ahora si llevan a cabo todo el tratamiento necesario.

Un problema que ve el director en cuanto a Ley 100 es su normatividad la cual no es clara. Adicionalmente, la Ley parece ser muy buena pero cree que es desvirtuada constantemente por los decretos modificatorios; que cambian constantemente la Ley por lo que es difícil que las personas estén actualizadas y que haya claridad sobre la normatividad.

- Principales Problemas y Necesidades del Sector Salud

PROBLEMAS DEL ÁREA ASEGURAMIENTO

SISBEN		
PROBLEMA	CAUSA	RESPONSABLES SOLUCIÓN
-Duplicidad del sistema -Focalizaciones inadecuadas -Desactualización	Desorden Desinformación Falta de vigilancia Mala técnica recolección de la información Deshonestidad	Alcalde Dirección Local de Salud Administrador del SISBEN Planeación Municipal ARS – Sector Salud Personería
No regulación operativa del funcionamiento del Comité Técnico del SISBEN	Falta información e interés por comunidad y Alcaldía. Desconocimiento de normas rectoras del sistema.	Alcalde Dirección Local de Salud Comunidad Administrador del SISBEN
No promoción régimen contributivo	Falta de mercadeo por EPS Falta información por parte de IPS y ARS Desinterés y falta de responsabilidad por la comunidad Irresponsabilidad patronal	Alcalde Personería Comunidad – Patronos Dirección Local de Salud ARS – EPS – IPS Inspección de Policía Oficina de Trabajo
Falta de orientación a los beneficiarios del régimen subsidiado	Falta información por parte de la IPS y ARS Desinterés y falta de responsabilidad por la comunidad Falta de promoción a través del PAB municipal	Alcalde Personería Dirección Local de Salud Comunidad ARS – EPS – IPS Personería

PROBLEMAS ÁREA DE OFERTA DE SERVICIOS		
PROBLEMA	CAUSA	RESPONSABLES SOLUCIÓN
Inexistencia portafolio de servicios	Desconocimiento de la importancia y necesidad para efecto de venta de servicios, contrataciones y seguimiento de los programas de salud que se ofrecen	Alclade Dirección Local de Salud Gerencia para la Salud de Cundinamarca Ministerio de Salud
Desconocimiento de la oferta de servicios - POS	Desinterés y falta de responsabilidad por la comunidad Falta de promoción a través del PAB municipal	Alcalde Dirección Local de Salud ARS IPS Comunidad
Inadecuada dotación y mantenimient de IPS municipales	Escazes de recursos Falta de inversión Situado Fiscal por parte del Hospital vigencia 1997 No claridad al asumir las responsabilidades por parte Municipio - Hospital	Alcalde Dirección Local de Salud Hospital de La Mesa IPS Consejo Municipa Personería
Inadecuadas vías de comunicación y acceso a algunos Centros y Puestos	Escazes de recursos Municipales Falta de proyección y apoyo por parte de Administraciones Municipales y Hospital para buscar el desarrollo de dichos centros	Alclade Planeación Municipal Obras Públicas Hospital de La Mesa Gobernación de Cundinamarca Presidentes JAC y comunidad general

PROBLEMAS DEL ÁREA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL		
DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD		
PROBLEMA	CAUSA	RESPONSABLES SOLUCIÓN
Deficiencia de recurso humano capacitado para trabajar en sector salud	Escazes de recursos del Municipio Falta de capitación a funcionarios de la administración Criterios inadecuados de selección del personal	Alcalde Municipal Consejo Municipal Gerencia para la Salud de Cundinamarca Ministerio de Salud ESAP
No dinamismo del Fondo Local de Salud (FLS)	Falta capacitación de Hacienda y Tesorería Falta de actualización de cuentas y en el manejo	Alcalde Tesorería Secretaría Hacienda Dirección Local de Salud
Inadecuada facturación	Falta de capitación a IPS y Administración Municipal Falta de organización de la Dirección Local de Salud No coordinación con las ARS	Alcalde Tesorería Secretario Hacienda Dirección Local de Salud IPS Municipales ARS
Deficiencia equipos de trabajo de oficina y para trabajo de campo con la comunidad (Equipo de Cómputo – Audiovisuales)	Falta recursos municipales Falta conscientización de la necesidad Falta de proyección de los servicios de salud	Alcalde Municipal Consejo Municipal Secretario Hacienda Ministerio de Salud Dirección Local de Salud

PROBLEMAS ÁREA DE VIGILANCIA Y CONTROL		
NO REALIZACIÓN DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL SECTOR SALUD		
PROBLEMA	CAUSA	RESPONSABLES SOLUCIÓN
Se desconoce qué vigilar y cómo se vigila	Falta capacitación leyes que rigen el sector Desconocimiento de los procedimientos e instancias de vigilancia	Alcalde Fondo Local de Salud ARS – IPS – EPS Gerencia para la Salud de Cundinamarca Ministerio de Salud Superintendencia de Salud
Recurso humano deficiente para los procesos de vigilancia	No se le ha dado la importancia necesaria Falta de recursos para contratar Inexistencia de normas y planes de vigilancia en el Municipio en los cuales se contemplen responsabilidades claramente.	Alcalde Dirección Local de Salud Consejo Municipal ARS - IPS Personería Control Interno
No adecuada veeduría ciudadana	Falta de capitación y participación ciudadana Aumentar la promoción de espacios de participación	Veedurías Ciudadanas Dirección Local de Salud Personería Secretaría de Salud Fondo de Participación Ciudadana del Ministerio del Interior Defensoría del Pueblo Gerencia para el Desarrollo Comunitario de Cundinamarca Gerencia para la Salud Ministerio de Salud
Inexistencia del Sistema Básico de Información	Falta de recurso económicos municipales Falta de conscientización de la necesidad	Alcalde Dirección Local de Salud Secretaría Hacienda Concejo Municipal Oficina de sistemas Gerencia para la Salud Ministerio de Salud Control Interno

CONCLUSIÓN

Desde el comienzo de implementación del sistema de salud, la Secretaría Departamental de Cundinamraca ha siod el ente encargado del sector en La Mesa debido a que el municipio aún no se ha descentralizado. Durante la EPS-T, la Secretaría estuvo a cargo de los procesos de identificación, selección y carnetización de la población beneficiaria. En ninguno de estos proceso tuvo participación alguna el municipio. Igualmente, la convocatoria de ARS se realizó a nivel departamental por lo que el municipio tampoco estuvo involucrado. Actualmente, a pesar de que los contratos con las ARS son tripartitas, La Mesa no participa en éstos en términos reales. El municipio no sólo no ha estado involucrado en los diversos procesos sino que además, no cuenta con un flujo de información continuo con el departamento.

Dada esta falta de participación y de información, los principales actores del sector salud del municipio desconocen gran parte del sistema. En La Mesa es evidente este desconocimiento del sector debido a la incongruencia entre los diferentes actores ya que la información dad por cada uno no tiene correlación entre sí.

El desconocimiento general del sector salud y de la implementación del sistema por parte de los diferentes actores es un grave problema que el municipio enfrenta actualmente. Primero, es difícil encontrar información exacta a cerca del proceso de implementación o de cifras relativas al sector. Segundo, nadie conoce realmente el proceso que ya se a llevado a cabo ni el que se está realizando actualmente y tampoco, con exactitud, el que se realizará en el futuro.

Esto generará grandes dificultades en el futuro cuando el municipio se descentralize y sus principales actores estén encargados del manejo del sector salud. Es probable que en el futuro la implementación del sistema de salud se realize incorrectamente debido al desconociemiento del sistema. Es posible también que debido al desconocimiento de los proceso hasta ahora desarrollados al igual qeu la falta de experiencia de los principales actores (por no estar involucrados) lleve a que el proceso de implementación se frene o desascelere. Entonces, cuál será el futuro del sector salud, sé implementará incorrectamente, no se alcanzará la cobertura total del municipio para el año 2001, sé canalizarán correctamente los recursos destinados al subsidio a la salud? Estos son sólo algunos de los interrogantes que surgen al percibir la ignorancia de los actores con respecto al sistema de salud.

Dado que el Hospital Local de La Mesa es regional, el municipio no tiene ninguna ingerencia sobre éste. El Hospital ha podidio compensar la disminución de los recursos con la venta de servicios. Sin embargo, el problema que enfrenta es que ni las ARS, EPS o ISS le pagan oportunamente los servicios prestados a sus afiliados. Por esta razón, al igual que por el inoportuno pago de la Secretaría y por la disminución de los recursos, el Hospital tiene problemas de iliquidez. De dónde obtendrá recursos si no recibe los ingresos correspondientes a sus ventas y además, cada vez le reducemás su presupuesto. Cuál será su futuro? Lo más preocupante es que el usuario será, en últimas, el más afectado por esta situación.

La relación con el ISS ha sido problemática debido a que los contratos tuvieron que ser cancelados por falta de pago. El Hospital sólo atiende a los afiliados al ISS que necesiten atención de urgencias. Para el director del Hospital, el ISS trata mal a los hospitales y hace lo que quiere. El director adicionalmente dice que las propagandas del ISS a cerca del privilegio que tienen sus afiliados de escoger cualquier hospital y

Otra razón por la cual la venta de servicios no les alcanza para cubrir los 3 meses restantes es la burocratización, politización y clientelismo existente en el Hospital que ha llevado a que tenga personal no calificado o en áreas no necesarias. Este clientelismo básicamente proviene del sindicato y de la Junta Directiva. Lo peor de este problema es que el Hospital no tiene como sacarlos o como controlar esta situación porque el sindicato los demanda o porque el director depende de la Junta. Otra razón que ha impedido controlar este problema se debe a que el despido sin justa causa (sin probar correctamente que las personas no son calificadas o necesarias) puede ser un problema en el futuro porque al Hospital le tocaría pagar los meses que la persona se quedó sin trabajo.

Para el director del Hospital ni la EPS-T ni las ARS han administrado correctamente los recursos de la población subsidiada. Cree que las ARS no sólo se estan quedadndo con el 30% de la UPC sino con un porcentaje mayor dabido a que los hospitales no facturan completamente el 70% de la UPC restante. Además, éstas no pagan oprtunamente los servicios por lo que se quedan con los rendimientos de estos recursos. Adicionelamente, le es ilógico que la descentralizarse el municipio éste quede a cargo del PAB y del nivel I de atnción ya que igualmente tendrá que contratar estos servico con el Hospital porque el municipio no cuenta con la infraestructura para prestarlos. La solución que plantéaes que los hopitales tengan el 100% de los recursos pero qeu se hagan modificaciones a la estructura del sistema anterior para así eliminar los antiguos problemas presnetados.

Uno de los principales problemas de las ARS es la falta de apgo de los contratos por parte de la Secretaría y el municipio. El último contrato celebrado entre las diferentes partes ha generado una serie de inconvenientes. Primero, el contrato casi no se realiza debido a que la alcaldesa de la administración pasada no quería firmarlo. Luego, cuando finalmente se firmó, aún no se conocía la disponibilidad presupeuestal. Actualmente, el preuspuesto es menor al calculado en ese entonces motivo por le cual el municipio ni la Secretaría cuentan con los recursos necesarios para el pago de los contratos. Es por esta razón que las RAS no han podido ser completamente oportunas con los pago correspondientes a la venta de servicios del Hospital.

7.412 afiliados, es decir, 50.48% de las personas identificadas en nivel I y II del SISBEN

ventaquemada

1. Caracterización

1.1 Descripción del municipio

Ventaquemada es un municipio del departamento de Boyacá ubicado en una de las estribaciones de la cordillera oriental. En el norte limita con Tunja y parte de Samacá, en el oriente con Boyacá, Jenesano y Nuevo Colón, por el sur con Turmequé y Villapinzón y por el occidente con Guachetá, Lenguasaque y Villapinzón. Se encuentra a una distancia de 29 kilómetros de Tunja y a 130 kilómetros de Santa Fe de Bogotá.

El municipio cuenta con una población de14.567 habitantes de los cuales 1.180 están ubicados en el área urbana y 13.387 en el área rural. (Existen 23 Veredas)

Según la información de la UMATA, la tenencia de la tierra está dada por minifundios siendo la mayoría de los predios (9.421) menores a 5 hectáreas.

La economía está basada principalmente en la agricultura siendo la papa el producto más importante. Ventaquemada se caracteriza por ser el primer productor del tubérculo en el departamento. Otros principales cultivos son los de maíz, arveja, frutales, cebolla, cabezona y frijol. Otro aspecto de gran importancia es la ganadería existiendo pequeñas cooperativas y empresas de lácteos.

El nivel industrial es bajo donde sobre sale la industria turística por la cantidad de restaurantes ubicados a orillas de la carretera central.

– Servicios Públicos

Acueducto, Alcantarillado, Servicio de Aseo
El acueducto del casco urbano está en proceso de optimización para lo cual se cuenta con una planta de tratamiento. El acueducto al igual que el alcantarillado es prestado por el municipio sin ninguna clase de organización. La red de alcantarillado no alcanza una cobertura del 80% y sus aguas son servidas a las quebradas que bañan el casco urbano sin ningún tipo de tratamiento lo que ha generado grandes focos de contaminación.

En el área rural existen varios acueductos pero ninguno posee tratamiento de aguas. Existen en construcción tres acueductos con lo que se espera elevar la cobertura de este servicio en el municipio.

En el área urbana, el 100% posee acueducto y el 85% alcantarillado mientras que en el área rural el 50% posee acueducto y el 5% un sistema de alcantarillado (un 25% tiene pozo séptico).

El servicio de aseo es prestado por el municipio una vez por semana, siendo depositados los desechos sólidos a campo abierto, produciendo problemas de contaminación convirtiéndose en focos de infección.
Educación
La educación formal es impartida por establecimientos oficiales, en los niveles preescolar, básica y media. La población escolar suma un total de 2.902 alumnos.

Salud

Se presentan índices de desnutrición especialmente en la población infantil debido a los malos hábitos alimenticios. Sin embargo, el nivel de nutrición es aceptable frente a las deficientes prestaciones de servicios.

Primeras Cinco Causas de Morbilidad

ENFERMEDAD	GRUPO MÁS AFECTADO	CAUSAS ASOCIADA
Infección Respiratoria Aguda Neumónica	Entre 1-5 años	Desnutrición, Hacinamiento, Variables Climáticas
Infección Respiratoria Aguda No Neumónica	Entre 20-44 años	Hacinamiento Desnutrición
Infecciones Vías Urinarias	Mujeres entre 44-60 años Mujeres embarazadas	Factores Biológicos Malos Hábitos Higiénicos
Enfermedad Diarréica Aguda	Niños de 5 años Población de 60 años	Malos Hábitos Higiénicos Malos Hábitos Alimenticios Contaminación del Agua
Poliparasitismo Intestinal	Niños 5 años Entre 20-44 años	Malos Hábitos Higiénicos Falta Educación en Salud Malos Hábitos Alimenticios

FUENTE: Hospital Tumerqué, Centro de Salud Ventaquemada

Primeras Causas de Mortalidad

CAUSA DE MUERTE	CAUSA ASOCIADA
Trauma Cráneo-Encefálico	Accidentes de Tránsito
Paro Cardio-Respiratorio	Infarto Agudo del Miocardio, Infec. Respir. Aguda
Paro Respiratorio	Infección Respiratoria Aguda
Deshidratación	Enferm. Diarréica Aguda, Inadecuada Educación

FUENTE: Hospital Tumerqué

1.2 Prestación de servicios de Salud

Los servicios de salud se prestan básicamente en el Centro de Salud y dos Puestos de Salud ubicados en área rural. El Centro de Salud ubicado en el área urbana cuenta con una planta física aceptable. Se prestan los servicios de consulta externa, atención de partos, hospitalización, odontología y urgencias. El personal adelanta programas de atención primaria y actividades de promoción y prevención, a través de programas presentados a la comunidad como los de planificación, citología, control de crecimiento y desarrollo, control prenatal e hipertensión arterial. Se prestan además servicios complementarios diagnósticos, tratamiento de laboratorio clínico y servicio de ambulancia.

Los servicios del Centro de Salud son prestados por :

3 Odontólogos
4 Médicos
1 Auxiliar de Odontología
1 Vacunador
1 Promotor de Saneamiento
5 Auxiliares de Enfermería
2 Auxiliar de Servicios Generales
1 Secretaria de Estadística
1 Auxiliar de Caja
1 Boticario
1 Bacterióloga
1 Técnico de Saneamiento
1 Promotor de Salud
1 Celador

Oferta de Servicios de IPS

SERVICIO	IPS	URBANO	RURAL
Promoción y Prevención	Hosp.Turmequé	X	X
	Centro de Salud	X	
	Puesto de Salud		X
Consulta Médica General	Hosp.Turmequé	X	
	Puesto de Salud		X
	Consultorio Médico	X	
Consulta Odontológica	Centro de Salud	X	
	Consult. Odont. Priv.	X	
Urgencias	Centro de Salud	X	
Partos	Centro de Salud	X	
	Centro Médico Priv.	X	
	Parteras	X	X
Cirugía Nivel I	Centro de Salud	X	
Atención Hospital Nivel I	Centro de Salud	X	
	Centro Médico Priv.	X	
Hospital Nivel I y II			
Laboratorio Clínico	Centro de Salud	X	
Centro Radiología			
Banco de Sangre			

FUENTE: Centro de Salud Ventaquemada, Observación Directa

1.3 Administración Local

El municipio de Ventaquemada aún no se ha descentralizado pero está realizando el proceso necesario. Para el alcalde y el director del Centro de Salud, la descentralización implica poder manejar directamente los recursos para dar un mayor dinamismo al sistema de salud.

En Ventaquemada aún no se ha creado la Secretaría de Salud Municipal. El Fondo Local de Salud se creó en 1993 pero comenzó a funcionar a partir de marzo de 1997. En este Fondo se manejan todos los recursos del sector salud tal como el ICN, FOSYGA, rentas cedidas y recursos propios. Del ICN, el fondo recibe los 25 puntos correspondientes al sector salud pero éstos no llegan en su totalidad. De los 25 puntos, 15 son destinados al régimen subsidiado y 10 para la compra de medicamentos, mantenimiento y dotación del Centro de Salud y pago del personal del Centro. Según el director del Centro, el sector salud no es prioritario para el alcalde ya que hay una gran demora para ejecutar el ICN destinado a este sector. Es importante anotar que el alcalde no tiene conocimiento a cerca da la transformación de recursos de oferta a demanda.

2. Implementación del Régimen Subsidiado

2.1 Identificación y Selección

Para el director del Centro, al SISBEN no se la ha dado el manejo correcto ya que el alcalde no es consciente del alcance de este mecanismo de identificación razón por la cual sólo es utilizado para salud. Además, dice que el SISBEN ha sido politizado porque se realizó aleatoriamente y no de barrido. Adicionalmente, ciertas veredas son liberales y otras conservadoras por lo que el primer SISBEN sólo se hizo en las veredas liberales ya que el alcalde era liberal. A pesar de que se aplicó al 60% de la población, el SISBEN no fue utilizado en los sectores más pobres y vulnerables.

Debido a los grandes problemas generados por el anterior SISBEN, actualmente se está realizando una nueva encuesta con recursos del municipio. Los encuestadores están siendo capacitados y orientados por sociólogos y veedores ciudadanos para que el proceso sea más preciso y transparente. Para la realización de las nuevas encuestas, se hizo una programación por veredas indicando la fecha en que se harán en cada vereda. La idea es realizar la encuesta en toda la zona urbana y en el 80%, o más, de la zona rural.

2.2 Afiliación

2.2.1 EPS- T

Durante la EPS-T, de junio de 1995 a marzo de 1996, el Centro de Salud firmó convenios con la Secretaría Departamental y el municipio. En este periodo la Secretaría afilió a todas las personas pero no alcanzaron los recursos para todas las afiliaciones. Inicialmente, se contrataron servicios de salud con el Centro por $70 millones. Sin embargo, el Centro nunca recibió esos recursos debido a que la Secretaría Departamental nunca le pago a pesar de que el municipio le giró ese valor a la Secretaría. Por lo tanto, al Centro le tocó pagar con sus recursos los servicios prestados.

El alcalde fue quien realizó el proceso de carnetización durante la EPS-T. Inicialmente, se afiliaron 3.700 de nivel I y II donde 2.641 corresponden a nivel I y parte del nivel II rural.

2.2.2 ARS

La convocatoria de ARS fue realizada por la Secretaría Departamental. Las ARS correspondientes a Ventaquemada fueron asignadas al municipio por la Secretaría. El municipio no tuvo ninguna participación en la convocatoria y selección de ARS. Las ARS supuestamente comenzaban a operar en marzo de 1996 al dejar de funcionar la EPS-T pero debido a que no tenían conocimiento del SISBEN, las ARS comenzaron a funcionar 3 meses después por lo que fueron meses perdidos. Para el director del Centro, estos fueron meses de ganancias para las ARS. Cree además que las ARS se están quedando con el 70% de la UPC mediante la reducción de costos al máximo. Por ejemplo, buscan conseguir los servicios más baratos, evaden los servicios especializados de alto costo y en ocasiones hacen pagar a los afiliados parte de los gastos. Las ARS no sólo son vigiladas por la Secretaría sino también por los veedores.

Actualmente, se están conformando entre dos y tres veedores de salud en cada vereda del municipio. La asamblea general de veedores se creó hace unos seis meses, en septiembre de 1997, pero aún no tiene presidente. El director del Centro de Salud es quien inició el proceso de conformación de veedores. Adicionalmente, los ha capacitado e

informado a cerca del sistema de salud. El director junto con los veedores realizaron el plan local de salud. Según el director del Centro, el alcalde no tuvo ninguna participación en el proceso de conformación de los veedores ni en la elaboración del plan local de salud ya que era indiferente ante estos procesos.

Con respecto a asesorías suministradas para el proceso de implementación del régimen subsidiado, el municipio ha recibido algunos seminarios pero bastante incompletos. Ha faltado una mayor divulgación de información no sólo a los actores principales del sector salud sino también a la comunidad en general a pesar de que hay reuniones en las diferentes veredas para la realización de esta labor de divulgación.

Para el alcalde, la mayor dificultad del régimen subsidiado es que al inicio del proceso las personas no le prestaron atención al régimen subsidiado mientras que ahora todos quieren pertenecer a este régimen. Por otro lado, cree que el mayor logro ha sido que las personas entiendan el significado de este sistema y de lo que pueden hacer en éste. El alcalde cree que el acceso de los servicios de salud ha aumentado ya que se le ha dado una mayor atención a la población de bajos recursos. El uso también a incrementado debido a que las personas están concurriendo más a los servicios de salud.

La meta de cobertura universal para el año 2001 para el alcalde es una meta que depende de los recursos disponibles a nivel nacional.

2.3 Cobertura Alcanzada

En el municipio de Ventaquemada la cobertura alcanzada a febrero de 1998 es de 2.740 personas. Esta cobertura representa el ??% de las personas identificadas en nivel I y II del SISBEN.

2.3.1 Recursos económicos del municipio

Para la vigencia fiscal de 1997, el municipio contó con un presupuesto de $1.419.590.745 de los cuales se destinaron al sector salud la suma de $195.840.600. Estos se destinaron de la siguiente forma:

DESTINO	MONTO
Pago subsidio para el acceso de la población con NBI a la atención en salud	$117.504.360
Programa Infraestructura	$2.100.000
Programa Dotación Centro y Puestos de Salud	$25.636.240
Programa Recurso Humano	$39.700.000
Programa Otros Sectores Salud	$10.900.000
TOTAL	$195.840.600

Es importante anotar que del monto discriminado, sólo $19.000.000 provienen de los servicios que el municipio vende a través del Centro de Salud, los demás recursos provienen de la participación del municipio del ICN.

Tabla de afiliaciones - régimen subsidiado

	1996	1997
Población Total	14.567	14.567
Población Objeto de Subsidio	4200	4200
Población Régimen Contributivo	10.367	10.367
Participación Municipal ICN	1.186.745.000	1.419.590.000
Valor UPC-S	77.924	87.274

Afiliación Régimen Contributivo

Ya Afiliados	1.458	1.673
Nuevos Afiliados Durante el Año	266	266
Total Afiliados Final del Año	**1.724**	**1.903**
Quedan por Afiliar	8.643	8.464

Recursos Régimen Subsidiado

Subsidio Demanda 15 punto ICN	178.011.750	212.938.500
Situado Fiscal		
Otros Recursos Municipales		
Recursos Cajas Compensación		
Subtotal	178.011.750	212.938.500
Recursos Adicionales FOSYGA	149.302.384	153.602.240
TOTAL	**327.314.134**	**366.540.740**

Afiliación Régimen Subsidiado

Con Subsidio Demanda	2.284	2.44
Con Situado Fiscal	135	201
Con Total Recursos Rég. Subsidiado	2.419	2.641
Con Recursos de FOSYGA	0	0
Total Afiliados Reg. Subsidiado	**2.419**	**2.641**
Cobertura	58%	63%
Por Afiliar al Rég. Subsidiado	7.948	7.726
Total Población No Afiliada	**10.064**	**10.023**

3. Actores

3.1 ARS

3.1.1 Caprecom

Caprecom no tiene una oficina en Ventaquemada por lo que atiende a sus afiliados en la oficina ubicada en Tunja o por medio de la coordinadora. Caprecom afilió 1.948 personas mediante asignación forzosa. El proceso de carnetización se realizó por medio la entrega de carnés vereda por vereda y en el Centro de Salud.

Para la prestación de servicios a sus afiliados tienen contratos con el Hospital de Tunja, el

Hospital de Turmequé y el Centro de Salud de Ventaquemada el cual está adscrito al de Turmequé. La forma de pago de los contratos con Hospital de Turmequé y el Centro de Salud es por capitación mientras que con el Hospital de Tunja es por facturación. Inicialmente, Caprecom contrató todos los servicios con el Centro de Salud pero luego el Hospital de Turmequé les exigió que contrataran también con ellos porque el Centro de Salud está adscrito a ellos. A partir de ese momento se repartió la UPC entre las dos IPS el varía de acuerdo a los servicios que cada uno preste.

Hasta el momento Caprecom no ha controlado los servicios de salud que las IPS le prestan a sus afiliados debido a problemas en el tamaño de personal de la oficina. Sin embargo, se está iniciando una evaluación a las IPS la cual debe estar terminada en abril de 1998.

La relación de Caprecom con las IPS es bastante buena. A veces tienen problemas con el Centro de Salud como, por ejemplo, porque no siempre entregan todos los medicamentos o porque la bacterióloga no volvió durante un mes. Los problemas que tienen con las IPS se debe a que la atención no es oportuna, no les dan todos los medicamentos y porque afiliados van a Tunja a recibir atención de nivel I en cambio de ir al Centro de Salud. Estos problemas han llevado a Caprecom ha elaborar un manual para las IPS con el fin de informarlos mejor a cerca de la normatividad del sistema.

Respecto al flujo de dinero de Caprecom hacia las IPS, éste ha sido bastante inoportuno. Esto se debe a que Caprecom tuvo una crisis a nivel nacional lo que implicó el no pago de ninguno de sus contratos. Sin embargo, el Gobierno en noviembre de 1997 le inyectó dinero a Caprecom por lo que están cancelando sus deudas en este momento. Actualmente, existe un acta de compromiso donde Caprecom se compromete a pagar a las IPS desde abril de 1997 hasta marzo de 1998. Los contratos en Ventaquemada aún no se han pagado pero están el proceso correspondiente.

Los pagos a las IPS se les van a facilitar de ahora en adelante ya que Caprecom ahora es de nivel regional al descentralizarse de Bogotá lo que implica que los pagos se manejan y se realizan desde Tunja.

Las labores de promoción y prevención en 1996 fueron realizadas por el Centro de Salud y en 1997 por el Hospital de Turmequé. Caprecom ahora cuenta con una oficina nacional de promoción y prevención por lo que estas labores ahora serán realizadas por ellos.

Han recibido vigilancia de la Secretaría Departamental y de la Superintendencia de Salud. La Secretaría los a vigilado sobre todo en el pago de los contratos ya que es el ente que ha recibido todas las quejas por el inoportuno pago de éstos. La Superintendencia los supervisa mediante informes que Caprecom le debe entregar.

El mayor logro del régimen subsidiado para la directora es la vinculación de la población pobre a los servicios de salud. Para la directora, algunas de las dificultades que se han presentado se deben a la mal realización del SISBEN. Existen muchas personas a las cuales no se le ha realizado la encuesta. Además, existen problemas por el manejo político que se le ha dado a la identificación de las personas. Otro problema que identifica la directora es la falta de prestación de servicios por parte de las IPS porque se quieren quedar con la plata. Sin embargo, cree que este problema también es culpa de ellos porque no han controlado muy bien a las IPS.

Para la directora de Caprecom, sí ha aumentado el acceso de la población pobre a los servicios de salud a partir de su afiliación al régimen subsidiado. No sólo ha aumentado el acceso de los afiliados al régimen sino también el de los vinculados ya que igualmente están cubiertos por el sistema de salud. En cuanto al uso, la directora cree que éste ha aumentado porque las personas están más atentas y ya conocen sus derechos.

3.1.2 Coopsaludesa

Coopsaludesa es una ESS que presta servicios en 12 municipios del departamento de Boyacá, en total tiene 19.320 afiliados en todo Boyacá. Coopsaludesa se creó a raíz a de la Ley 100 formando una organización comunitaria para el manejo de los recursos del régimen subsidiado. Inicialmente, la ESS estaba conformada por 663 asociados número que ascendió a 2.800. Inicialmente, sólo operaba en Samacá pero luego le ampliaron la cobertura a 15 municipio dentro de los cuales se encuentra el municipio de Ventaquemada donde Coopsaludesa tienen 792 afiliados. La ESE aún no tienen una oficina en Ventaquemada por lo que atienden a sus afiliados de este municipio en la oficina ubicada en el municipio de Samacá o por medio de la coordinadora.

Hasta el momento la alcaldía aún no le ha dado ningún listado a Coopsaludesa. Como no tenían un listado, la alcaldía fue realizó el proceso de carnetización. Luego de ser carnetizados, a la promotora de Coopsaludesa le tocó ir de casa en casa a donde cada uno de los afiliados para poder obtener los datos correspondientes ya que no se tenía conocimiento alguno de sus afiliados.

Para la prestación de servicios Coopsaludesa ha realizado contratos con el Centro de Salud para la prestación de servicios de nivel I, excepto para hospitalización. Adicionalmente, tienen contratos con el Hospital de Turmequé para atención de nivel II y con el Hospital de Tunja para nivel II y III. Los contratos con el Centro de Salud de Ventaquemada y con el Hospital de Turmequé son por capitación mientras que los otros son por facturación. Es posible que no se renueve el contrato con el Hospital de Turmequé por capitación sino por facturación ya que muy pocas personas acuden a este hospital porque prefieren ir al de Tunja. Adicionalmente, Coopsaludesa cuenta con una red de servicios propia pero ésta se encuentra en Samacá.

La relación de Coopsaludesa con las IPS es buena. Sin embargo, han tenido quejas de sus afiliados porque en ocasiones las IPS les cobran el total de algún servicio de salud. A Coopsaludesa le gustaría que los contratos se realicen por facturación ya que pueden utilizar recursos no utilizados por ciertos afiliados para el pago de servicios de otros que realmente necesiten algún servicio de salud. Por esta razón, están capacitando a sus afiliados a que utilicen los servicios adecuadamente.
El flujo de dinero de coppsaludesa hacia las IPS es oportuno a pesar de que ha tenido problemas con el flujo de dinero de la Secretaría y del municipio hacia ellos. Durante el periodo comprendido entre 1996 y 1997, la Secretaría le pidió al municipio que la girara el ICN para así crear un sólo fondo. La Secretaría en este momento era muy inoportuna con los pagos. A Coopsaludesa le tocaba utilizar recursos de los asociados para poder pagarle a las IPS. A partir de 1997 la Secretaría cambio la forma de contratación por lo que el municipio le gira directamente a la ESS. Estos pagos del municipio han sido bastante inoportunos mientras que los pagos por parte de la Secretaría han mejorado un poco.

Coopsaludesa únicamente ha recibido vigilancia por parte de la Superintendencia de

Salud a través de informes trimestrales a cerca del funcionamiento de la ESS. El Ministerio de Salud por su parte ha asesorado a la ESS.

Según el director de la ESS, el mayor logro del régimen subsidiado es que un mayor número de personas pueden acceder a los servicios de salud. En cuanto a las dificultades cree que la principal es no poder prestar servicios de salud a las personas más necesitadas ya que, por ejemplo, existen personas en el régimen subsidiado que no deberían estar en este régimen pero que están afiliados por las preferencias de los alcaldes o por otros motivos. Coopsaludesa ha tenido que retener carnés del régimen subsidiado porque esa persona aparece afiliado al régimen contributivo o porque tiene solvencia económica.

El director cree que si ha mejorado el acceso de la población pobre a partir de su afiliación al régimen subsidiado al igual que el uso de los servicios de salud. Las personas antes llegaban al hospital y como no tenían con que pagar los servicios entonces el hospital no los atendía. Cree que el régimen subsidiado es lo mejor que le han podido ofrecer a la población pobre. Sin embargo, aún hay problemas ya que los hospitales a veces discriminan a una persona al ver el carné de la ARS o del SISBEN. El director cree que es necesario capacitar al personal de los hospitales para que sepan que alguien está pagando por los servicios que recibe un afiliado del régimen subsidiado.

3.2 Hospital

Centro de Salud de Ventaquemada

El Hospital de Turmequé tiene Centros de Salud adscritos en 5 municipios de Boyacá. Uno de los Centros de Salud queda ubicado en Ventaquemada y es la única IPS en este municipio. Toda la organización, administración, mantenimiento y recursos del Centro está a cargo del Hospital. Con los recursos que recibe el Hospital de la Secretaría Departamental, le paga al Centro 1 médico rural, 1 odontólogo rural, 1 técnico de saneamiento, 1 vacunador y 2 auxiliares. El municipio por su parte paga 3 auxiliares, 1 médico, 1 odontólogo, 1 auxiliar médico, 1 bacteriólogo, 1 conductor de ambulancia, 1 aseadora y 1 vigilante.

Al Centro de Salud no le llegan recursos directamente sino a través del pago de la nómina del personal debido a que está adscrito al Hospital de Turmequé. El alcalde no ha dejado que el Centro tenga ninguna autonomía sobre el manejo de los recursos del Fondo Local de Salud por lo que el Centro sólo puede manejar los recursos propios. Para el director, los aportes que recibe el Centro del Hospital no alcanzan a cubrir la demanda de servicios y lo que reciben por venta de servicios, es decir, cobro de copagos, es también insuficiente. El cree que al Centro no le pagan lo justo según los servicios que presta a la población.

El Centro tiene contratos por capitación con las 2 ARS que operan en Ventaquemada. Algunos de los servicios que presta son el de consulta externa, hospitalización, atención de partos, laboratorio clínico, farmacia y ambulancia entre otros. A Coopsaludesa además, le presta los servicios correspondientes a las labores de promoción y prevención. El pago de estos contratos llega a la tesorería del municipio o al Hospital de Turmeque y no al Centro por lo que no tiene autonomía sobre estos recursos. Como los recursos por

venta de servicios no le llegan entonces los únicos recursos propios que recibe y maneja son aquellos obtenidos por el cobro de copagos. Los copagos representan el 90% de sus recursos propios y el 10% restante son pagos realizados por particulares.

Las labores de promoción y prevención que realiza el Centro se basan en el Plan Local de Salud el cual se concertó con la comunidad quienes informaron a cerca de los mayores problemas. Con esto se pretende prioritizar las principales enfermedades de la población. Las labores de promoción y prevención se realizan mediante charlas pedagógicas y brigadas de salud a las diferentes veredas.

La relación del Centro de Salud con la ESS Coopsaludesa es excelente mientras que con Caprecom no es tan buena. "Por ejemplo, el gerente de la ESS colabora, es eficiente y no hace que el afiliado tenga que esperar a ser atendido. Caprecom, por otro lado, hace que envíen a un afiliado a Bucaramanga mientras que puede ser atendido en Bogotá". Además, el flujo de dinero de la ESS hacia ellos es bastante oportuno mientras que Caprecom les debe desde marzo de 1997, es decir, alrededor de 11 meses. Para el director, el hecho de que Caprecom es del Estado hace que les sea indiferente la demora de los pagos. Además, el Estado genera negligencia por lo que no hay un sentido de responsabilidad dentro de Caprecom.

El director ve como un grave problema que ninguna de las ARS tenga una oficina en Ventaquemada. Para él esto implica una falta de compromiso institucional por lo que se generan varios problemas. Primero, se genera una mala utilización de los recursos. Además, implica un desconocimiento por parte de las ARS de la realidad que viven sus afiliados en ese municipio y también desconocimiento por parte de sus afiliados ya que no cuentan con un flujo de información continuo. Por último, genera una mala prestación de servicios o peor aún, la no prestación de servicios.

Respecto a los vinculados, la prestación de servicios a esta población se carga al situado fiscal, es decir, al municipio ya que la tesorería maneja este recurso. Como se considera que son SISBEN III, se les cobra un copago equivalente al 30% del valor del servicio.

El Centro no tiene contratos para la prestación de servicios del régimen contributivo. La prestación de servicios a las personas de este régimen es pagada por el Hospital de Turmequé. El Centro de Salud principalmente sólo presta servicios de urgencias. Esto se debe a que para el Centro es un mal negocio porque ellos prestan el servicio pero el Hospital es el que recibe el pago de éstos.

Para el director del Centro de Salud, el régimen subsidiado ha implicado un beneficio para la población más pobre. Además, la población ahora tiene un mayor acceso a los servicios de salud a precios más cómodos y más fáciles de pagar. Sin embargo, esto ha generado problemas ya que algunas IPS han inflado los precios de sus servicios. El Centro no aumenta los precios ya que no está interesado en generar rentabilidad sino en que la población tenga un mayor acceso a los servicios de salud.

El director cree que ha mejorado el acceso de la población pobre a los servicios de salud ya que con el régimen subsidiado se está llegando a un mayor número de personas y a la población más pobre. El uso de los servicios igualmente ha incrementado. Esto lo puede observar ya que antes el Centro sólo necesitaba un médico para atender a la población mientras que ahora necesita dos médicos.

CONCLUSIÓN

El sector salud de Ventaquemada está a cargo de la Secretaría Departamental de Boyacá debido a que el municipio aún no se ha descentralizado. La Secretaría Departamental operó como EPS-T y realizó las labores de identificación y selección de beneficiarios potenciales de subsidios de salud y luego carnetizó a los afiliados al régimen subsidiado. El municipio no tuvo conocimiento alguno a cerca de los procesos y actividades llevadas a cabo por la Secretaría Departamental. Al culminar este periodo transitorio, la Secretaría realizó la convocatoria de ARS. Igualmente, el municipio no tuvo ninguna participación en este proceso de convocatoria ni en la selección de las ARS que operan en Ventaquemada.

Actualmente, el municipio no ha tenido ninguna interacción en el sector salud ya que todo lo maneja la Secretaría Departamental. Dado que el municipio no está descentralizado, los contratos con las ARS y el Hospital de Turmequé y el Centro de Salud son tripartitas lo que supone una participación del municipio en el sector salud. Sin embargo, el municipio no tiene ningún poder de decisión sobre éstos.

Un gran problema que surge en Ventaquemada es la falta de participación del municipio en el proceso de implementación del sistema de salud. La Secretaría no ha involucrado al municipio en el sector salud razón por la cual los principales actores del sector salud del municipio desconocen el proceso de implementación del sistema de salud y su correcto funcionamiento. Esto se debe primordialmente a que la Secretaría no los ha involucrado en el proceso por lo que no son actores partícipes del sistema de salud. Además, la frecuencia con la que la normatividad es modificada puede impedir un conocimiento completamente actualizado. Estos diferentes problemas causan que el proceso no sea tan ágil.

La falta de flujo de información entre el departamento y el municipio puede traer grandes problemas cuando el municipio se descentralize ya que los entes encargados del sector salud a nivel municipal desconocen el sistema y el desarrollo de este. Esta falta de información podría frenar el proceso que se está llevando a cabo. Igualmente, la desinformación lleva a que no se desarrolle el sistema de salud correctamente como lo plantea la Ley. Sin embargo, a pesar de los problemas que podría traer la descentralización del municipio por el desconocimiento del sistema también traerá cambios positivos como, por ejemplo, la agilización de los contratos al dejar de ser tripartitas.

Aparentemente el SISBEN ha sido politizado porque se realizó aleatoriamente y no de barrido. Adicionalmente, el primer SISBEN sólo se hizo en las veredas liberales ya que el alcalde era liberal. A pesar de que se aplicó al 60% de la población, el SISBEN no fue utilizado en los sectores más pobres y vulnerables. Debido a los grandes problemas generados por el anterior SISBEN, a finales de 1997 se comenzó a realizar una nueva encuesta con recursos del municipio. Los encuestadores están siendo capacitados y orientados por sociólogos y veedores ciudadanos para que el proceso sea más preciso y transparente. Para la realización de las nuevas encuestas, se hizo una programación por veredas indicando la fecha en que se harán en cada vereda. La idea es realizar la encuesta en toda la zona urbana y en el 80%, o más, de la zona rural.

En Ventaquemada existen dos ARS, Caprecom (EPS pública) y Coopsaludesa (ESS). Ninguna de las ARS tiene oficina en Ventaquemada para la atención de sus afiliados pero cuentan con una coordinadora que visita todos los días el municipio. El Centro de Salud ha tenido varios inconvenientes con Caprecom debido a que no le ha pagado los servicios facturados. Esto se debe a que Caprecom recientemente tuvo una crisis financiera. Sin embargo, en noviembre de 1997 el gobierno le inyectó dinero a la EPS por lo que supuestamente podrán pagar todos los contratos incluido el del Centro de Salud.

El Centro de Salud de Ventaquemada depende directamente del Hospital de Turmequé. Por tal razón al Centro de Salud no le llegan recursos directamente ni tampoco recibe el situado fiscal. Los recursos correspondientes al Centro son canalizados a través del pago de la nómina del personal. Es importante resaltar que los recursos por venta de servicios no le llegan entonces los únicos recursos propios que recibe y maneja son aquellos obtenidos por el cobro de copagos. Por lo tanto, el 90% de los recursos propios provienen del cobro de copagos y el 10% de venta de servicios a particulares. Adicionalmente, el Centro no tienen ninguna autonomía sobre el manejo de los recursos del Fondo Local de Salud por lo que el Centro sólo puede manejar los recursos propios.

El municipio de Ventaquemada se caracteriza básicamente por la falta de flujo de información de todos las instituciones involucradas en el sector salud. No hay una clara divulgación de información del municipio a las ARS y de éstas a los afiliados. Sin embargo, una de las más preocupantes rupturas de la cadena de información es aquella entre la Secretaría Departamental y el municipio. Este es un grave problema ya que el municipio será el futuro administrador del sector salud a nivel local por lo que, al descentralizarse el municipio, la falta de conocimiento a cerca del sector salud frenará el proceso de implementación del sistema de salud.

La cobertura actual en Ventaquemada es de 12.740 afiliados.