

**PRÁCTICA EMPRESARIAL: EVALUACION DEL PROCESO DE GESTION
FINANCIERA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD COMO GARANTE DE
DESARROLLO SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE LOS PALMITOS (SUCRE)**

PAOLA PATRICIA HERNANDEZ ZAFRA

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMIA Y ADMINISTRACION
BUCARAMANGA
FEBRERO 2009**

**PRÁCTICA EMPRESARIAL: EVALUACION DEL PROCESO DE GESTION
FINANCIERA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD COMO GARANTE DE
DESARROLLO SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE LOS PALMITOS (SUCRE)**

PAOLA PATRICIA HERNANDEZ ZAFRA

Trabajo de grado para optar el título de Economista

Director

GILBERTO GOMEZ MANTILLA

Docente asociado Escuela de Economía y Administración.

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMIA Y ADMINISTRACION
BUCARAMANGA
FEBRERO 2009**

AGRADECIMIENTOS

A Dios, guía de mi vida

A mi familia, por el apoyo, incondicionalidad y paciencia

Al Profesor Gilberto Gómez por su dirección y sus valiosos aportes

A Luis Miguel, por su constante motivación, amor y comprensión.

A mis amigos, especialmente al Ingeniero Luis Eduardo Villalba Campillo, quien siempre estuvo dispuesto a colaborar

A las personas que de una u otra forma contribuyeron al logro de esta meta

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1. APROXIMACION A LAS REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD ...	4
1.1 REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMERICA LATINA	4
1.2 REFORMA AL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO.....	8
1.2. IDONEIDAD EN EL PROCESO DE COMPETENCIA REGULADA....	15
1.3 EL NUEVO SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	23
2. ASEGURAMIENTO EN FUNCION DE LA FINANCIACION DE LOS ENTES TERRITORIALES	29
2.1 REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD COMO GARANTE DE DESARROLLO TERRITORIAL.....	31
2.2 FINANCIAMIENTO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	33
2.3 FINANCIAMIENTO TERRITORIAL	34
2.3.1 RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (S.G.P.).....	36
2.3.2 RECURSOS PROVENIENTES DEL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA (FOSYGA)	40
2.3.3 RECURSOS PROVENIENTES DE LA EMPRESA TERRITORIAL PARA LA SALUD (ETESA).....	43
2.3.4 RECURSOS PROPIOS DE LOS ENTES TERRITORIALES	44
2.4 ARTICULACIÓN DEL ASEGURAMIENTO.....	44
3. EVALUACION DEL PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA DE RÉGIMEN SUBSIDIADO, MUNICIPIO DE LOS PALMITOS	46

3.1	<i>GENERALIDADES MUNICIPIO DE LOS PALMITOS</i>	46
3.1.1	RESEÑA HISTORICA	46
3.1.2	ASPECTOS GEOGRÁFICOS	48
3.1.3	ASPECTOS ECONÓMICOS	49
3.1.4	DINAMICA POBLACIONAL	50
3.2	<i>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL EN SALUD</i>	53
3.2.1	Cobertura de Seguridad Social en Salud	54
3.3	<i>EVALUACION DE LA GESTION FINANCIERA DEL REGIMEN SUBSIDIADO</i>	55
3.3.1	PROCESO DE CONTRATACION.....	56
3.3.2	PROCESO DE FINANCIACION.....	60
3.3.3	SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS, AFILIACION Y SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU)	64
4.	RESULTADOS DE LA EVALUACION	71
4.1	<i>RESULTADOS EVALUACION DE LA CONTRATACION</i>	72
4.2	<i>RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LA FINANCIACION</i>	76
4.3	<i>RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA AFILIACION</i>	79
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	82
6.	BIBLIOGRAFIA	88
	ANEXOS	90

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Diseño Institucional Por Funciones	24
Tabla 2. Fecha del Giro del SGP.....	40
Tabla 3. Porcentaje cofinanciación del Fosyga	43
Tabla 4. Calificación de la población por Sisben y Estratos Año 2007	51
Tabla 5. Poblacion con N.B.I los Palmitos.....	52
Tabla 6. Oferta de servicios, Centros de Atención	53
Tabla 7. Consolidado Afiliación por EPS-S. Los Palmitos 2008	54
Tabla 8. Contratación Régimen Subsidiado	73
Tabla 9. Fuentes de Financiacion RS Mun. Los Palmitos 2008	77
Tabla 10. Flujos de Recursos Regimen Subsidiado, Municipio de los Palmitos....	78
Tabla 11. Población Sisbenizada Municipio Los Palmitos 2008.....	79
Tabla 12. Afiliación a Seguridad Social en Salud Municipio de los Palmitos.....	81

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Recursos de salud	36
Figura 2. Distribución de los Recursos del SGP	39
Figura 3. Mapa Proceso de Contratación.....	59
Figura 4. Planeación de la gestión Financiera	61
Figura 5. Proceso de Financiación.....	63
Figura 6. Mapa de selección y priorización de posibles beneficiarios	66
Figura 7. Mapa de proceso de Afiliación	69

RESUMEN

Título: EVALUACION DE LA GESTIÓN FINANCIERA DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD COMO GARANTE DEL DESARROLLO SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE LOS PALMITOS (SUCRE)

*

Autor: PAOLA PATRICIA HERNANDEZ ZAFRA **

Palabras Claves: Régimen Subsidiado, Municipio de Los palmitos, Teoría de la Competencia Regulada, Evaluación de la Gestión Financiera.

Descripción:

En la década de los ochenta y noventa las aplicaciones de la teoría económica ejercieron una marcada influencia en la concepción de los servicios de salud e introdujeron reformas en ellos, basándose en el enfoque teórico conocido como competencia regulada. En tal sentido, la reforma adoptada en Colombia mediante la Ley 100 de 1993 optó por un modelo que combina la acción del Estado con la del mercado, buscando alcanzar mejores condiciones de eficiencia, equidad y calidad de los servicios, y el cumplimiento de los objetivos principales, los cuales eran: lograr una cobertura universal del aseguramiento.

Y es así como nace el Régimen Subsidiado en Salud (RS), que tendría como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables. Así pues, compete a las direcciones Departamentales, Distritales y Municipales del País, administrar los recursos de los subsidios a la demanda utilizadas para la contratación de los Servicios contenidos en el Plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S). De ahí parte la importancia de la evaluación del proceso de gestión financiera, ya que esta busca garantizar el adecuado y oportuno manejo de los recursos del subsidio a la demanda en salud en el municipio, desde el origen de cada una de las fuentes que lo financian hasta su pago y aplicación para garantizar el acceso efectivo de la población beneficiaria.

* Practica Empresarial.

** Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Economía y Administración, Economía,
Director: Gilberto Gómez Mantilla.

SUMMARY

Title: ASSESSMENT OF THE FINANCIAL MANAGEMENT OF REGIME IN SUBSIDIZED HEALTH AS A GUARANTOR OF SOCIAL DEVELOPMENT IN THE MUNICIPALITY OF PALMITOS (SUCRE) *

Author: PAOLA PATRICIA HERNANDEZ ZAFRA **

Key Words: Subsidized Scheme, Municipality of Palmitos, Theory of the Regulated Competition, Assessment of the Financial Management.

Description:

In the decade 80 and 90 applications of the economic theory exerted a strong influence in the design of the health services and introduced reforms in them, based on the theoretical approach known as regulated competition. In that sense, the reform adopted in Colombia by the Law 100 of 1993 opted for a model that combines the action of the State with the market, are looking for better conditions of efficiency, equity and quality of services, and the implementation of the main objectives, which were: to achieve universal coverage of assurance.

And it is as well as born subsidized health care system in Health (RS), that would be intended finance health care to the poor and vulnerable people thus, falls to the departmental, District and Municipal of the country, manage the resources of the demand subsidies used for the procurement of services contained in the compulsory health Plan subsidized (POS-S). Hence the importance of the evaluation of the process of financial management, since this seeks to ensure adequate and timely handling of the resources of the grant to demand on health in the municipality, from the origin of each of the sources, which is financed until its payment and implementation to ensure effective access to the beneficiary population.

* Business Practice.

** Social Sciences Faculty. Economics and Management School. Economy.
Director: Gilberto Gomez Mantilla.

INTRODUCCIÓN

“La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social”¹

En la década de los ochenta, las aplicaciones de la teoría económica ejercieron una marcada influencia en la concepción de los servicios de salud, por lo cual la formulación de las políticas en salud expresaban una alta valoración de los mecanismos de mercado y de los incentivos económicos, lo que conllevaba, a su vez, una redefinición del papel del Estado en su capacidad de intervención².

Luego, a comienzos de los noventa, dentro de unos procesos amplios de reforma en América Latina, caracterizados por políticas de ajuste y de estabilización macroeconómica, y basados en la apertura externa de las economías y en la desregulación y flexibilización de sus mercados, se introdujeron reformas, en algunos casos de fondo, en los sistemas de salud.

Dentro de ese contexto emergió el enfoque teórico conocido como competencia regulada³, dadas las características de los mercados de servicios de salud, cuyas

¹ Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia de 1991

² Restrepo M. La reforma al financiamiento de la salud en Colombia. En: Daniel Titelman y Andras Uthoff (comp), Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica & Cepal, Tomo II; 1999.).

³ Enthoven CA. Managed competition of alternative delivery systems. Journal of Health Politics,

conocidas fallas limitan su funcionamiento como mercados competitivos. Dicho enfoque ganó amplio respaldo en las propuestas de reforma impulsadas por el Banco Mundial. En tal sentido, la reforma adoptada en Colombia mediante la Ley 100 de 1993 optó por un modelo que combina la acción del Estado con la del mercado, buscando alcanzar mejores condiciones de eficiencia, equidad y calidad de los servicios, y el cumplimiento de los objetivos principales, los cuales eran: lograr una cobertura universal del aseguramiento, garantizar el acceso de los grupos más pobres de la población a los servicios de salud y mejorar la eficiencia y calidad en la provisión de tales servicios ⁴.

De lo anterior resultó la aplicación de dos estrategias básicas: de una parte, la afiliación obligatoria a la seguridad social para toda la población del país; y por otra, la adopción de un esquema de competencia, inspirada en la teoría de la competencia regulada, con el fin de contener costos, aumentar la eficiencia y mejorar el acceso y la calidad de los servicios.

Y es así como nace el Régimen Subsidiado en Salud (RS), que tendría como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres vulnerables y sus grupos familiares que no tengan capacidad de cotizar.

Así pues, compete a las direcciones Departamentales, Distritales y Municipales del País, administrar los recursos de los subsidios a la demanda a través de subcuentas especiales Municipales de salud y que sean destinadas o utilizadas para la contratación de los Servicios contenidos en el Plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S) a través de una administradora de estos recursos. De ahí parte la importancia de la evaluación del proceso de gestión financiera, ya que

Policy and Law. 1988; (13):125-32

⁴ Barón G. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento. Ministerio de la Protección Social-Departamento Nacional de Planeación. Bogotá D.C: Impresol Ediciones Ltda: marzo 2007.)

esta busca Garantizar el adecuado y oportuno manejo de los recursos del subsidio a la demanda en salud en el municipio, desde el origen de cada una de las fuentes que lo financian hasta su pago y aplicación para garantizar el acceso efectivo de la población beneficiaria.

1. APROXIMACION A LAS REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

1.1 REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMERICA LATINA

A partir de la segunda mitad de los años ochenta, pero con mayor énfasis en los noventa, en América Latina, se inició un proceso de reconfiguración de los sistemas de salud bajo la presión de un conjunto de factores extrasectoriales y sectoriales, y bajo el influjo de la globalización de la política y la economía y la emergencia de nuevos actores en la esfera internacional de la toma de decisiones en salud. Este proceso de cambio estuvo marcado por la versión neoliberal de la política y del desarrollo económico y social. El sector Salud, por una multitud de factores, no pudo mantenerse al margen de estas concepciones.

Entre los factores sectoriales se destacaron:

1. La revolución tecnológica y la obsolescencia moral del equipamiento y la base material y técnica de los servicios de salud;
2. La escalada de los costos de las funciones de producción para la atención de la salud;

3. La revolución de las expectativas de la población con los sistemas y servicios de salud, que reclaman mayores oportunidades de elección y solución a sus problemas;
4. La emergencia de grupos de presión sectoriales y extrasectoriales (ambos nacionales y extranjeros, expresión estos últimos de la globalización del negocio de la salud) por lograr mayores cuotas de participación en el mercado de salud;
5. La discusión acerca de la eficacia, eficiencia y equidad de los servicios de salud;
6. El discurso neoclásico en salud y la debilidad del acomodo de las teorías y metodologías alternativas al mismo, para ofrecer respuestas adecuadas a las necesidades de transformación de los sistemas de salud contemporáneos;
7. La hegemonía de los organismos internacionales de financiamiento y crédito, en la oferta de cooperación para el desarrollo de procesos de reforma institucionales de ministerios de salud e institutos de seguridad social.⁵

Ante las presiones extra sectoriales y sectoriales mencionadas se inició el proceso de reacomodo de los sistemas de salud a los cambios macro que se sucedían en las sociedades latinoamericanas y a las reformas de los Estados nacionales.

La lectura de los problemas se hizo a través de la visión política y económica del neoliberalismo que realizó una crítica profunda a los logros alcanzados por el Estado de Bienestar en relación con el desarrollo económico y social, embate que arrastró a los sistemas de salud. El discurso neoliberal en salud se tornó hegemónico, prácticamente todos los países, adoptaron acríticamente las concepciones que sobre el particular emergieron de la Universidad de Harvard y del Banco Mundial.

⁵ La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance. Ramón Granados Toraño y María c. Gómez Montoya.2000

Las reformas de los sistemas de salud formaron parte de los programas de estabilización y ajuste estructural que recorrieron todo el continente, bajo el influjo del Fondo Monetario Internacional.

Algunos gobiernos aplicaron la receta neoliberal de salud al pie de la letra, otros optaron por opciones de optimización y transformación de sus sistemas de salud teniendo en cuenta la especificidad de sus situaciones nacionales, su propia historia, el caudal de logros y éxitos acumulados, el rol de la salud dentro de sus procesos de desarrollo y de sus concepciones de los derechos humanos fundamentales, la igualdad en el acceso a los beneficios y la equidad en la protección frente a los riesgos, la solidaridad y la redistribución de la riqueza nacional con justicia social ⁶. En tales casos los pasos para la reforma de los sistemas de salud han sido cautelosos, se ha puesto el énfasis en las necesidades emergentes de la salud de la población y no han primado las concepciones neoliberales, ni se ha hecho uso de las fuerzas del mercado en salud como elementos autorreguladores de los sistemas y servicios de salud. La contribución de salud a la construcción de la democracia sustantiva ha sido un elemento determinante en la toma de decisión para elegir los cambios necesarios.

En los años en que hizo aparición la reforma de las instituciones sectoriales, desde la microeconomía se introdujo en salud una serie de conceptos que reconfiguraron la visión de la atención en salud. Un documento del Banco Mundial, el Informe sobre el Desarrollo Mundial⁷, publicado en 1993, fue dedicado a salud: Invertir en salud. Los conceptos utilizados allí se convirtieron en el substrato dominante para la negociación de créditos para el apoyo a la reforma de los sistemas de salud en el continente americano, y por tanto, con una buena dosis de

⁶ Ministerio de Salud Pública; OPS/OMS. Análisis del sector salud en Cuba. Ciudad de la Habana, Cuba, Diciembre de 1995.

⁷ Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud. Washington, D.C: Banco Mundial; 1993.

oportunidad (dadas las condiciones internacionales y nacionales de contexto apuntadas anteriormente), alimentaron la visión de la política de salud para nuestros países y nutrieron de argumentos técnicos a funcionarios foráneos y domésticos, en la década que recién culmina.

Las bases de sustentación del documento citado del Banco Mundial, que contó con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud-OMS⁸ y de varias escuelas de salud pública y grupos de investigación prestigiosos de los países industrializados⁹, fueron:

1. Existe una asignación equivocada de recursos en los sistemas de salud, dedicándose una proporción de los mismos a intervenciones de escaso beneficio, en función de los costos.
2. La inequidad, ineficiencia e ineficacia de los sistemas de salud actuales.
3. La necesidad de utilizar adecuadamente los escasos recursos de los países en desarrollo mediante una estricta definición de las externalidades de las acciones de salud y la focalización del gasto público en los más pobres.
4. La promoción de la competencia como factor de eficiencia y de ampliación de las oportunidades de elección por los usuarios de servicios de salud.
5. La asunción de riesgos compartidos entre financiadores y prestadores de servicios.
6. La separación de funciones de regulación, financiamiento, articulación y prestación de servicios de salud.
7. El adecuado uso de recursos privados y de organizaciones no gubernamentales para la atención de la salud, restringiendo el campo de actuación de lo público a la satisfacción de bienes públicos y la generación de canastas básicas de atención con criterios de costo/beneficio.

⁸ Methods for evaluating effects of health reforms. Currents concerns. ARA Paper number 13, Geneva: WHO;1997, www.redmed.unal.edu.co.

⁹ Ministerio de Salud, Universidad de Harvard. Reforma de Salud en Colombia y Plan Maestro de implementación. Bogotá;1997

8. La recuperación de costos y establecimiento de cuotas moderadoras en el uso de los servicios de salud.
9. La descentralización hacia niveles subnacionales y la privatización o externalización de servicios públicos.
10. La subsidiaridad del Estado en Salud, es decir la responsabilidad primordial del individuo y las familias por su salud.
11. La desideologización y despolitización de la salud pretendiendo darle un carácter neutralmente tecnocrático a los procesos de cambio en salud.

El modelo que sirvió de base a las concepciones en que se basó el discurso neoliberal en salud fue el de la competencia administrada o Regulada (managed competition) desarrollado en los Estados Unidos a partir de los años 70¹⁰. Este modelo se experimentó en diferentes países europeos a partir de los ochenta.

1.2 REFORMA AL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Al momento de ser promulgada la ley de reforma (Ley 100/93), el sistema de Salud colombiano estaba organizado básicamente en tres subsistemas de servicios de salud, cada uno de los cuales contaba con su propia forma de financiamiento y proporcionaba atención a grupos específicos de población, con base en su capacidad de pago.

La población empleada en el sector formal de la economía estaba parcialmente cubierta por varias instituciones de seguridad social. El Instituto del Seguro Social

¹⁰ Fairfield G. Managed care: origins, principles, and evolution. British Medical Journal; 1997. 314:1823. www.redmed.unal.edu.co.

(ISS), a pesar de tener más de 40 años de desarrollo, afiliaba en 1992 a menos del 20% de la población, cifra muy inferior a la de 57% que había alcanzado América Latina. La cobertura de la familia del trabajador era mínima. Sólo el 18% de las familias de los afiliados tenía derecho a la seguridad social y el grado de insatisfacción de los afiliados con los servicios que prestaba esta institución era muy alto.

Debido a la baja cobertura y calidad de los servicios de salud del ISS, fueron surgiendo otras modalidades de aseguramiento. De manera paralela se desarrolló un subsistema de Cajas de Previsión para los empleados públicos y de Cajas de Compensación Familiar (CCF). Estas últimas se crearon para manejar el subsidio familiar y otorgar compensación por los hijos. Los patrones cotizaban el 4% sobre la nómina, independientemente del número de hijos que tuvieran sus empleados, y las CCF se encargaban de redistribuir los subsidios familiares en proporción al tamaño de la familia de cada trabajador.

La disminución en el número de hijos por familia dio lugar a balances superavitarios en estas entidades, por lo que la Ley permitió que los recursos no utilizados se dedicaran al financiamiento de programas de cobertura familiar en salud. Al asumir estas funciones, las CCF se fueron superponiendo paulatinamente al sistema de seguridad social en salud, al punto que en los años 80 existían más de 1200 entidades de este tipo.

Por su parte, la población de mayores ingresos atendía sus necesidades de salud en el sector privado, ya fuera a través de la contratación de seguros o planes de prepago privados, o pagando directamente los servicios en el momento de requerirlos. Los planes de medicina prepagada, comprados directamente u ofrecidos por ciertas empresas a sus empleados, experimentaron una notable expansión desde mediados de los 80. Se estima que cerca del 10% de la población accedía directamente a prestadores privados.

La población pobre de las zonas urbanas y rurales, que por su falta de capacidad de pago estaban excluidas de la seguridad social, obtenían atención médica a través de los servicios de salud del sector público. El subsistema público de salud lo integraban los centros de salud y la red hospitalaria, administrados en las distintas entidades territoriales por los Servicios Seccionales de Salud (dependencias departamentales) y a escala nacional por el Ministerio de Salud (MinSalud). Dichos servicios se financiaban fundamentalmente con recursos públicos de los distintos niveles gubernamentales, pagos de cuotas de recuperación ajustadas a la situación socioeconómica de los usuarios y, en algunos casos, a través de campañas o eventos especiales para acceder a donaciones o a la caridad pública.¹¹

Entre 1975 y 1982 creció y se mejoró la planta de hospitales y centros de salud de este subsistema. No obstante, a partir de la crisis fiscal acaecida en ese último año, los recursos que se asignaron a este tipo de servicios se redujeron de 8% del Presupuesto nacional a menos de 4% en los años sucesivos, lo que ocasionó el progresivo deterioro del sector. A este subsistema le correspondía atender en 1993 a aproximadamente el 70% de la población nacional; sin embargo, su cobertura era muy limitada y la calidad de sus servicios muy deficiente. Alrededor del 25% de la población nacional no tenía acceso a ningún tipo de servicios, por lo que gran parte de sus necesidades de salud y de medicamentos estaban siendo paulatinamente cubiertos por los médicos, laboratorios y farmacias del sector privado.¹²

Aunque el Sistema Nacional de Salud (SNS) incluía en su esquema organizativo a los tres subsistemas anteriormente descritos, en la realidad funcionaba de manera

¹¹ Jaramillo I. El futuro de la Salud en Colombia. 4a. edición. Sta. Fe de Bogotá D.C.:

¹² Vargas J. y Sarmiento A. La descentralización de los servicios de salud en Colombia.

desarticulada. El Ministerio tenía poca injerencia en la orientación del ISS y de las demás entidades de seguridad social, y su papel en la regulación del sector privado era extremadamente restringido.

La segregación de la población en subgrupos de acuerdo con su capacidad de pago representaba una fuente de desigualdad e inequidad en el sistema. No existía ningún tipo de solidaridad entre la población de mejores ingresos hacia la población pobre. Cerca de la mitad de los gastos en salud se canalizaban al subsistema de la seguridad social y, por ende, al 20% de la población del país (población con capacidad de pago). La mitad restante se destinaba al subsistema público encargado de atender al 70% de la población, que en gran parte era la de menos recursos y mayores problemas de salud.¹³

Los escasos recursos públicos no se focalizaban de manera efectiva en la población más pobre. El 40 % de los subsidios asignados a los hospitales públicos se filtraba al 50% más pudiente de la población. La utilización de los servicios del ISS por parte de la población de altos ingresos beneficiaba finalmente a la medicina prepagada. Los casos que requerían manejo especializado terminaban siendo atendidos por el ISS, mientras que una proporción creciente de sus beneficiarios atendía sus necesidades de salud en los servicios del sector privado.¹⁴

Con tal traslape en la demanda de servicios se perjudicaba más a la población de escasos recursos, en virtud de que no podían utilizar los servicios de la seguridad social y de que la carga financiera de los costos de la atención era proporcionalmente mayor para ellos. En general, los gastos de bolsillo de las familias representaba más del 50% del gasto en salud en 1992; sin embargo, el

¹³ Jaramillo-Pérez I, Olano G, Yepes –Luján FJ. Ley 100: cuatro años de implementación. 1a.edición. Santafé de Bogotá, D.C.: ASSALUD-FES, 1997.

¹⁴ www.saludcolombia.com

decil más pobre de la población gastaba el 18% de sus ingresos en el pago de hospitales, médicos y medicamentos, en contraste con el decil más rico que dedicaba menos del 0.5%¹⁵.

La falta de equidad en el sistema también se expresaba en la falta de acceso a los servicios de salud. En 1993, el 19% de la población no recibió atención médica cuando se sintió enferma y cerca de 200 mil niños nacían sin contar con asistencia en salud. En el estrato más pobre de la población, más del 35% de los enfermos no recibieron atención, en tanto que en el estrato más rico menos del 8% no fueron atendidos.¹⁶ Para la población más pobre, los costos de los servicios representaban una barrera de acceso más importante que la falta de médicos o instalaciones.

La asignación y disponibilidad de los recursos eran también profundamente desiguales. La mayor parte de los recursos se concentraba en los departamentos y municipios con mayor nivel de desarrollo socioeconómico, mientras era deficitaria en las áreas rurales y urbanas pobres.

Se privilegiaba el gasto en la atención de tipo curativo, particularmente la más especializada y de mayor costo, descuidándose la atención de primer nivel y las acciones preventivas y de promoción a la salud. La falta de desarrollo de la prevención y de los niveles primario y secundario de atención provocaba la saturación de los hospitales de mayor capacidad tecnológica, originando el desperdicio de la capacidad instalada y el deterioro de la calidad.

Los recursos en el sector público se asignaban con base en presupuestos históricos o en proporción directa al déficit de las instituciones, o en respuesta a su

¹⁵ Jaramillo-Pérez I, Olano G, Yepes –Luján FJ. Ley 100: cuatro años de implementación. 1a.edición. Santafé de Bogotá, D.C.: ASSALUD-FES, 1997

¹⁶ Revista *Vía Salud*: Página del Centro de Gestión Hospitalaria. www.cgh.org.co

capacidad de movilización en los medios de comunicación. Las transferencias de recursos no guardaban relación alguna con las necesidades de salud locales, ni con los costos de producción de los servicios requeridos para su atención. La eficiencia administrativa de las instituciones públicas y del seguro social era muy baja; además, presentaban graves problemas de corrupción, “robo hormiga”, tráfico de influencias y desperdicio de recursos.

En resumen, el Sistema Nacional de Salud (SNS) enfrentaba enormes dificultades para hacer realidad el derecho de todos los colombianos a la protección de la salud consagrado en la Nueva Constitución de 1991. Cerca del 80% de la población no contaba con un seguro de salud y el 25% no tenía acceso a ningún tipo de servicios de salud. El sistema funcionaba de manera desarticulada, era excluyente, altamente inequitativo, ineficiente y de calidad deficiente¹⁷

Varios elementos contribuyeron a que las motivaciones y preocupaciones sectoriales condujeran a una primera propuesta de cambio en el SNS. Una de ellas fue el *Estudio Nacional de Salud* de 1989, realizado por iniciativa del ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación (DNP), con el apoyo del Banco Mundial —*Programa Consolidación del Sistema Nacional de Salud*—. En dicho estudio se sistematizaron las principales inquietudes existentes en el sector y se planteó por primera vez la posibilidad de crear un sistema de salud que asegurara a toda la población colombiana.

Otro antecedente importante fue la reforma del sector emprendida por la Ley 10 de 1990, la cual intentó descentralizar la dirección y operación de los servicios hacia los departamentos y los municipios. Bajo esta iniciativa, no obstante, el financiamiento no se entregó finalmente a los municipios. Los nombramientos del personal continuaron realizándose de manera centralizada y el presupuesto y la

¹⁷ Sánchez-Gómez LH, Yepes-Luján FJ, et al. Ley 100: un año de implementación. 1a.edición. Santafé de Bogotá, D.C.: ASSALUD-FES, 1995.

nómina siguieron en manos de los Ministerios de Hacienda y de Salud.¹⁸

Con la aprobación de la nueva Constitución Política en 1991, se definió un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social en el país. Con relación a la salud se estableció que “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado”. La Constitución garantiza el derecho de todos los colombianos a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Plantea, así mismo, que la organización de los servicios de salud debe llevarse a cabo de manera descentralizada, por niveles de atención, con participación de la comunidad y siguiendo los principios clásicos de la seguridad social: universalidad, solidaridad y eficiencia. El sistema debe ser sostenible financieramente y plural en la gestión y prestación de los servicios a la población (agentes públicos y privados).

El mandato constitucional fue desarrollado posteriormente por la Ley 60 de 1993, la cual definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y culminó con la Ley 100/1993, que creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El proceso de reforma fue liderado por los Ministerios de Salud y del Trabajo, con el apoyo del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el aval de las comisiones VII de Senado y la Cámara de Representantes. En estas leyes se adoptaron además otros principios para la reforma: equidad, unidad, obligatoriedad, protección integral, libre elección, autonomía institucional, calidad, descentralización, subsidiariedad, complementariedad, concurrencia y participación.¹⁹

¹⁸ Narrativa sobre la Reforma del Sistema de Salud en Colombia. Alexander Enrique Corcho Berdugo, Mónica Castilla Luna, Naydú Acosta Ramírez (Marzo del 2000)

¹⁹ Ministerio de Salud. Estatuto orgánico del Sistema de Seguridad Social en Salud y requisitos legales para la descentralización de competencias y recursos. Sta Fe de Bogotá. D.C.: Ministerio de Salud, 1994.

1.2. IDONEIDAD EN EL PROCESO DE COMPETENCIA REGULADA

En las últimas dos décadas el modelo de competencia regulada ha prevalecido como un conjunto de políticas para la reforma de los sistemas de salud que tiene el potencial de hacer que éstos sean más eficientes y receptivos a las necesidades de los usuarios (Light, 2001). La premisa del modelo de competencia regulada parte de que dados unos mecanismos para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y unas normas regulatorias encaminadas a corregir las fallas inherentes a los mercados de salud, la competencia puede ser utilizada como instrumento de política para mejorar la eficiencia y la calidad (Enthoven 1998;1994;1993;1986).

Siguiendo la tendencia internacional, Colombia reformó su sistema de salud por medio de la Ley 100 de 1993, e implementó un modelo de competencia regulada basado en el aseguramiento universal de la población y la competencia en los mercados de aseguramiento y provisión de servicios. Antes de 1993 Colombia tenía un sistema de salud segmentado, en el que los trabajadores del sector formal estaban afiliados a un esquema de seguridad social obligatorio, la población con capacidad de pago compraba seguros de salud privado o pagaba los servicios de salud de su bolsillo y en el que más de la mitad de la población dependía de la provisión pública de servicios. Bajo este sistema existían importantes limitaciones para el acceso de a la atención en salud y deficiencias en la calidad de los servicios, evidenciadas por el bajo uso y aceptación de la red pública. Esta problemática motivó el diseño de un sistema que le diera un vuelco a la organización, financiamiento y prestación de los servicios de salud del sistema de salud colombiano.

La estrategia principal de la reforma colombiana para incrementar el acceso a los servicios de salud es eliminar las barreras financieras por medio de la afiliación de toda la población a un seguro de salud. La implementación de esta estrategia se inició con dos regímenes separados, el Contributivo y el Subsidiado, que difieren en fuentes de financiación, población objeto y beneficios. Con el objeto de mejorar la eficiencia y la calidad, ambos regímenes operan bajo un modelo de competencia regulada, en el que los usuarios escogen entre empresas aseguradoras que compiten entre sí ofreciendo productos que incluyen los atributos de calidad preferidos por los consumidores.²⁰

Así pues, el mercado tiene tres protagonistas: los patrocinadores, los consumidores conscientes del costo y los prestadores de los planes de salud, que integran las funciones de financiación y provisión de los servicios y disponibilidad de información relevante acerca de costos y calidades de los servicios. Sin embargo, el Estado mantiene las prerrogativas de poder de coerción y del comando y control, con el objeto de maximizar el bienestar de la sociedad.²¹

Aquí pues, se supone la existencia de agentes, inteligentes y activos, compradores de servicios que contratan los planes de salud en nombre de un grupo de afiliados consumidores y que en forma continuada, monitorean, estructuran y ajustan el mercado en su natural tendencia a evitar la competencia por precio. A dichos agentes se les denomina patrocinador o "sponsor". Este agente actúa como corredor y contrata con un plan de salud lo relacionado con los beneficios cubiertos, los precios, los procedimientos de afiliación y otras condiciones de la participación de los usuarios. El patrocinador estructura y ajusta

²⁰ la competencia regulada y la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario. Diana Margarita Pinto) Harvard School of Public Health, Octubre de 2002.

²¹ descentralización, Vicente herrera tello,Ariel Emilio cortes, Bogotá D.C., Colombia, noviembre del 2000

el mercado de proveedores, que compiten entre sí, para establecer reglas de equidad, crear demanda elástica al precio y evitar selección de riesgo.²²

Podemos observar cómo se mantiene el supuesto básico del modelo de Arrow: debe existir un mercado y un precio para cada bien o servicio.

✓ **Bien y/o servicio salud:**

Este modelo considera diversidad de bienes y servicios, los cuales se distinguen por: características físicas, por su disponibilidad y por el tiempo de disponibilidad. Adicionalmente, se puede tener en cuenta el concepto de incertidumbre en dicho caso se distingue también por el estado alternativo del mundo donde está disponible.²³

Teniendo en cuenta lo anterior, la salud es considerada como un bien público o social del cual no se puede excluir a ningún ciudadano colombiano en la prestación de este y la inclusión de nuevos individuos no afecta a los que ya se benefician de ella. Sin embargo, la salud puede ser catalogada como un bien público, cuasi-públicos y privado.

Es público cuando no es excluyente y/o no hay competidores en el consumo o sea que un individuo los puede utilizar o consumir sin que disminuya el consumo o el beneficio de los demás. No excluyente significa que sería imposible o demasiado costoso negar el consumo a los individuos una vez que el bien está disponible. En pocas palabras el costo marginal para beneficiar a un nuevo consumidor es igual a cero. En el sector salud, la mayoría de las medidas en salud pública lo son.

²² Enthoven CA. Managed competition of alternative delivery systems. Journal of Health Politics Policy and Law. 1988.

²³ Enthoven CA. Managed competition of alternative delivery systems. Journal of Health Politics Policy and Law. 1988.

En cuanto a los bienes cuasi-públicos se diferencian de los anteriores porque su costo marginal no equivale a cero. Son aquellos bienes y servicios cuyo consumo resulta en mayores beneficios sociales que privados, es difícil cobrar por su uso, pero si es posible gravar unos de los beneficiarios como sucede en las actividades de vacunación, atención primaria o planificación familiar. Estos servicios generalmente ocasionan externalidades las cuales pueden ser negativas o positivas.

Las externalidades negativas producen efectos no deseados como el consumo de antibióticos que se traduce en la aparición de bacterias resistentes. Las positivas o sea los beneficios que se pueden extender a otros individuos por el consumo de servicios médicos en el caso de enfermedades contagiosas. Teniendo en cuenta que con frecuencia a pesar de las necesidades no existe una demanda efectiva que se exprese en una disposición a pagar adicional por el beneficio ocasionado por la externalidad, se observa que el mercado privado tiende a no suministrar o a producir estos bienes y servicios con externalidades, por lo cual está realizando una asignación de recursos pocos eficientes.²⁴

Como la salud es considerada un bien social o público, se requiere por tanto la intervención del Estado para asegurar la provisión óptima de los servicios de salud más públicos, como por ejemplo el control de vectores epidemiológicos y la promoción de la salud, y de los cuasi-públicos como la promoción y prevención, como por ejemplo, la vacunación. Para esto, el Estado asigna una provisión presupuestaria, que en el caso de Colombia se transfiere a los entes territoriales municipales en quienes se delega la provisión de dichos bienes y servicios.

La prestación de los servicios de salud curativos tiene un carácter de bienes

²⁴ Descentralización, Vicente herrera tello, Ariel Emilio cortes, Bogotá D.C., Colombia, noviembre del 2000.

privados por cuanto son excluyentes y existe rivalidad en el consumo. En este caso el mercado opera como un buen asignador en la mayoría de los casos. No obstante, debido a que las dotaciones iniciales son diferentes, para los grupos más pobres existe una barrera económica de acceso al mercado que ocasiona a su vez una asignación por debajo del óptimo social. En este caso la intervención del Estado consiste en garantizar el acceso de todos mediante un subsidio a la demanda que eleve las dotaciones iniciales de este grupo. De esta manera el estado garantiza una mayor demanda efectiva y el funcionamiento de un mercado competitivo.²⁵

✓ **Consumidores:**

Los consumidores gastan bienes y servicios; tienen al comenzar el análisis una cierta cantidad de estos bienes y servicios. Ellos se caracterizan por el objetivo que tienen y por las restricciones que enfrentan para lograrlo. Se supone que cada consumidor quiere escoger el consumo alternativo que prefiera dentro de las restricciones. Las restricciones que enfrenta son de dos tipos: el primero, que incluye restricciones de tipo físico, de conocimiento, biológico, legal, etc. dado por el llamado conjunto de posibilidades de consumo y el segundo, que incorpora restricciones de tipo económico, por el presupuesto, definido a su vez por la dotación inicial, los precios de los bienes y servicios y, en determinadas circunstancias otras influencias como los impuestos.²⁶

El supuesto principal es que el consumidor toma los precios de todos los bienes como dados y considera que sus acciones no pueden modificar los precios en

²⁵ descentralización, Vicente herrera tello, Ariel Emilio cortes, Bogotá D.C., Colombia, noviembre del 2000

²⁶ Enthoven CA. Managed competition of alternative delivery systems. Journal of Health Politics Policy and Law. 1988

ninguno de los mercados.

El problema de escoger el consumo preferido dadas las restricciones y los precios tiene como solución las llamadas funciones de demanda, en las cuales las cantidades consumidas por cada consumidor aparecen como una función de las dotaciones iniciales, los precios, las preferencias y el conjunto de posibilidades de consumo. La suma de estas funciones de demanda individuales es la función de demanda del mercado.

Sin embargo, en lo referente a la salud en cuanto al supuesto de la relación de ajuste mutuo que se establece entre demanda y oferta en los mercados, cabe anotar que menudo, y específicamente a propósito de los servicios más costosos, por ejemplo cirugía, cuando la integridad física está amenazada, la oferta queda completamente inelástica a la demanda. Eso en gran parte porque a menudo, la demanda no deriva de la capacidad de pago. Pero aunque los ingresos personales sean suficientes para pagar la atención médica, la satisfacción del paciente no depende del nivel de ingresos.

Esto viene en contra de la teoría ortodoxa que considera que la demanda por cualquier bien o servicio proviene de los ingresos de que disponen los consumidores para gastar, los precios que deben pagar y sus deseos, expresados en una "función de utilidad". El concepto de función de utilidad es conveniente en la medida que se refiere a gustos o deseos relativamente estables, lo cual no es el caso de los bienes y servicios en salud.²⁷

²⁷ descentralización, Vicente herrera tello, Ariel Emilio cortes, Bogotá D.C., Colombia, noviembre del 2000

✓ **Productores y patrocinadores:**

Los productores realizan bienes y servicios a través de la transformación en sus empresas. Ellos son caracterizados por el objetivo que tienen y por las restricciones que enfrentan para lograr dicho objetivo. Se supone que cada productor desea escoger la producción que maximice ganancias, esta escogencia tiene como limitación su conocimiento de los procesos de transformación, conocimiento que se incorpora formalmente en el llamado conjunto de posibilidades de producción.²⁸

Como en el caso de los consumidores, se supone que el productor toma los precios de todos los bienes como dados. Esta suposición es más importante en el caso de los productores que en el de los consumidores.

El problema de escoger la producción que maximice las ganancias dadas las restricciones de conocimiento tecnológico y los precios tiene como solución las llamadas funciones de oferta, en las cuales las cantidades producidas aparecen como una función de los precios y el conjunto de posibilidades de producción. La suma de estas funciones de oferta individuales es la función de oferta del mercado.

Si aplicamos en este caso el concepto básico del óptimos de Pareto podemos observar que es un concepto muy débil de optimalidad: la única condición que tiene es la de que no sea posible mejorar la condición de un agente sin empeorar la de otro: no tiene en cuenta para nada aspectos de equidad; mientras que un resultado, demostrado por Arrow y Debreu, conocido como el segundo teorema de la Economía del Bienestar, es el de que si se quiere una determinada distribución de consumo, esta puede lograrse por medio de un equilibrio competitivo de una

²⁸ Enthoven CA. Managed competition of alternative delivery systems. Journal of Health Politics Policy and Law. 1988

economía de competencia perfecta, después de una redistribución adecuada de la riqueza. Este resultado exige suposiciones matemáticas más fuertes que el de la optimalidad del equilibrio.

Resultados adicionales debidos inicialmente a Edgeworth y formalizados por Debreu y Scarf muestran que cuando el número de agentes es muy grande las únicas distribuciones que pueden lograrse por medio de acuerdos voluntarios entre los agentes son las que corresponden a equilibrios competitivos.

Esta serie de resultados, y algunos otros referentes a información e incentivos, muestran las propiedades deseables que tienen los equilibrios competitivos; en especial en economías de propiedad privada.

Pero a pesar de que el modelo considera la Salud como un bien y/o servicio, la Salud se sigue considerando como un bien social, como un derecho de todos los ciudadanos que el estado debe proteger. En el modelo de Competencia Regulada en los servicios de salud el estado debe garantizar el acceso de todos mediante un subsidio a la demanda porque no obstante el perfeccionamiento del modelo este requiere la instauración y la propugnación de un marco genérico de normas, provisiones y penalidades de orden jurídico, económico y procedimental para la adecuada operación que garantice el bienestar social.

Es por ello que aun al día de hoy, el modelo de Competencia regulada de los servicios de salud, amerita seguimientos como el que se pretende realizar con esta práctica, que tiene como objetivo el adecuado manejo de los recursos del estado y más concretamente, los recursos del municipio de los Palmitos destinados a la atención en salud de la población vulnerable con el fin de garantizar el bienestar y el desarrollo social del municipio.

1.3 EL NUEVO SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El nuevo SGSSS basado en el modelo de competencia regulada, se propone estructurar reglas claras de juego para un conjunto plural de instituciones que permitan lograr la universalización del acceso a la seguridad social en salud con equidad y eficiencia. El diseño institucional se basa en la creación de agentes especializados para el desempeño de las cuatro funciones básicas del Sistema de Salud: rectoría, financiamiento (patrocinadores), articulación y producción de servicios (Bien y/o servicio salud).

Así pues, el nuevo sistema general de seguridad social en salud colombiano se resume en la siguiente tabla:

<u>FUNCION</u>	<u>AGENTE ENCARGADO</u>
RECTORIA	Ministerio de Salud (MinsSalud) Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) Superintendencia Nacional de Salud (SuperSalud) Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) Direcciones de Salud Departamentales, Distritales y Locales Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud

<p style="text-align: center;">FINANCIAMIENTO</p>	<p>Fondo de Solidaridad y Garantía (FoSyGa): Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo Subcuenta de Solidaridad del Régimen Subsidiado Subcuenta de Promoción a la Salud Subcuenta de Riesgos Catastróficos Fondos de Salud Departamentales, Distritales y Locales</p>
<p style="text-align: center;">ARTICULACION</p>	<p>Empresas Promotoras de Salud (EPS), públicas y privadas Administradoras del Régimen Subsidiado (EPS-S)</p>
<p style="text-align: center;">PRESTACION</p>	<p>Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas y privadas</p>

Tabla 1. Diseño Institucional Por Funciones

Fuente: Narrativa sobre la Reforma del Sistema de Salud en Colombia.2000.Grafico 1

Así pues, al reconocer que la enfermedad está ligada a las condiciones de vida de la población y no solamente relacionada de manera unívoca a una causa biológica, en Colombia se optó por un modelo que incorporó elementos de la teoría de la competencia regulada.

La competencia manejada o regulada (manager competition) propuesta por Alain Enthoven, como estrategia de compra de servicios para obtener el máximo valor

por el dinero que pagan los consumidores (Restrepo, 2000: 675) utiliza una serie de reglas para la competencia; se dispone de información sobre los costos de los servicios; participan tres actores: los consumidores bien informados del costo de los servicios, los aseguradores (integración del financiamiento y provisión) y los patrocinadores que son los agentes compradores de servicios que contratan planes de salud a nombre de los consumidores, estructuran y ajustan el mercado. Los patrocinadores (sponsors) pueden ser públicos gubernamentales, privados o mixtos (Restrepo,2002:715).

Uno de los elementos de esta teoría que se tomaron para la reforma colombiana fue la protección financiera para todos, mediante un seguro obligatorio de salud. Se crean unas agencias compradoras de servicios a nombre de los usuarios, que supuestamente son conscientes de los costos y que, además, deben ajustar la competencia entre proveedores. En la aplicación de la teoría, en la reforma colombiana, la figura del patrocinador la asume el Estado y las agencias compradoras. Las funciones del patrocinador que recaen en el Estado son la regulación de las normas y acuerdos que regirán la competencia, mientras que las agencias compradoras se configuran directamente en el comprador informado de servicios y deben representar a los consumidores en la provisión de servicios.

El estado con la figura del patrocinador tomara pues la rectoría de la dirección, asistencia y regulación del modelo mediante agentes a nivel nacional, departamental y municipal de la siguiente forma:

- En el nuevo sistema, el Ministerio de Salud se concentra en las tareas de dirección y asistencia técnica a escala nacional, y en la descentralización de la provisión de servicios hacia las entidades territoriales y las empresas públicas independientes.
- La rectoría general del sistema a escala nacional queda a cargo de un organismo colegiado de gobierno llamado Consejo Nacional de Seguridad

Social en Salud (CNSSS), al cual lo dirige el Ministerio de Salud y se integra con representantes de los principales actores y gestores del sistema. Las principales funciones de este organismo son: definir el Plan Obligatorio de Salud (POS), el monto de la cotización, el valor de la Unidad de Pago por Cotización (UPC) y el régimen de reconocimiento y pago de incapacidades y licencias de maternidad; diseñar las medidas requeridas para evitar la selección adversa de usuarios; establecer los criterios para la selección de los beneficiarios del régimen subsidiado; reglamentar los Consejos Territoriales de Salud; y ser Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía (FoSyGa).

- Las funciones de inspección, vigilancia y control de los distintos agentes responsables de la gestión de los recursos las desempeña la Superintendencia Nacional de Salud (SuperSalud). La SuperSalud lleva a cabo el control presupuestal y financiero de las distintas entidades participantes, así como el montaje de los mecanismos para la evaluación de la calidad de los servicios que se proporcionan a la población. A la SuperSalud se le agrega el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).
- Dado que la gestión territorial en el nuevo sistema recae sobre el Departamento y el Municipio, se estableció que los antiguos Servicios Seccionales de Salud se transformaran en instancias de Dirección Departamental y que los Distritos y Municipios contaran con sus propias direcciones locales de salud. En ambos niveles territoriales debe funcionar un Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (CTSSS), el cual se encarga de dirigir, coordinar y regular el desarrollo y funcionamiento del sistema de salud en sus respectivos niveles territoriales, y de atender la salud pública

mediante el Plan de Atención Básica (PAB), hoy llamado Plan Local de Salud.²⁹

El control se ha ido transfiriendo progresivamente, primero a las entidades territoriales y luego a la comunidad usuaria de los servicios, a través de diversos mecanismos que buscan fortalecer la función de rectoría de las entidades territoriales de gobierno, estimular la democracia participativa y regular la dinámica de los mercados de aseguramiento y de prestación de servicios.

Es por ello que las administraciones locales municipales deberán acogerse a la reglamentación de la seguridad social colombiana y considerar la prestación de los servicios Médico asistenciales como un servicio público esencial con el propósito de mantener o recuperar la salud. Al Estado le corresponde garantizar el conjunto de beneficios de la Ley 100 de 1993 a través de uno de los Regímenes de Seguridad Social en Salud como lo es *EL REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD* destinado a toda la población de escasos recursos y vulnerable del país, que no tienen capacidad de pago, para lo cual el estado Colombiano destina subsidios de demanda a Poblaciones específicas.

Por tanto, el estado Colombiano como agente que regula las normas y acuerdos dentro de la competencia y ejercicio de sus facultades legales, fija los lineamientos para realizar la evaluación de la gestión financiera del régimen subsidiado que tiene como fin garantizar los recursos necesarios para el acceso oportuno de la población vulnerable al sistema de salud nacional, lo que hace necesario verificar por parte de las alcaldías municipales si las Administradoras de los Recursos del Régimen Subsidiado garantizan la posibilidad real de acceso a los servicios del Plan Obligatorio De Salud del Régimen Subsidiado.

²⁹ La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance. Ramón, Granados Toraño y María c. Gómez Montoya. 2000

Así pues, y según lo establecido por el acuerdo 77, artículo 38, “es obligación de las entidades territoriales supervisar el cabal cumplimiento de las obligaciones a cargo de las Administradoras de Recursos del Régimen Subsidiado, por tanto, el Municipio de Los Palmitos en cumplimiento de su plan de desarrollo “Un buen Gobierno Para Todos” presenta como objetivo primordial salvaguardar los recursos del Sector salud dado que de estos depende, el acceso al sistema de salud de la población vulnerable en función del desarrollo social del municipio.

La evaluación del proceso de gestión financiera del Régimen Subsidiado en Salud Propuesta para el municipio de Los Palmitos, se desarrolla en la hipótesis de la inadecuada utilización de los recursos destinados al Régimen Subsidiado, que a su vez afecta el nivel de vida de la población y su desarrollo social.

2. ASEGURAMIENTO EN FUNCION DE LA FINANCIACION DE LOS ENTES TERRITORIALES

Con base en análisis de las políticas de salud desde la perspectiva del análisis económico del modelo de mercado de competencia regulada, se redefine el papel del Estado en cuanto a su capacidad de intervención en el proceso del mercado, llevando a que se cambie el criterio de planificación por los de competencia, precios e incentivos económicos, convirtiéndose estos en el núcleo propulsor del actual modelo de salud.

Lo demás viene expresado claramente en la legislación: luego de la ley 10 de 1990 viene la Constitución de 1991 que crea las condiciones posibilitadoras del proceso de economía de mercado en la salud, lo cual es reglamentado por leyes sucesivas como la ley 60 de 1993 que establecía las transferencias nacionales representadas en el situado fiscal y la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación, asignando mayor disponibilidad de recursos y responsabilidad a los entes territoriales para salud y educación; la ley 100 de 1993 y la ley 715 de 2001, entre otras.

Es por ello que el ente territorial, así mismo, se vuelve el núcleo del aseguramiento, con funciones claramente establecidas por la normatividad vigente, como son Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental que permitan el desarrollo socio-económico de su población.

Para ello el SGSSS se estructura con base en dos regímenes de aseguramiento,

que coexisten articuladamente: un régimen contributivo (para la población con capacidad de pago) y un régimen subsidiado. La vinculación entre los dos regímenes se lleva a cabo a través de un fondo de recursos denominado Fondo de Solidaridad y Garantía (FoSyGa). Dicho fondo es una cuenta especial adscrita al Ministerio de Salud, la cual se maneja por encargo fiduciario y se integra de cuatro subcuentas: 1) Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo; 2) Subcuenta de Solidaridad del Régimen Subsidiado; 3) Subcuenta de Promoción a la Salud; y 4) Subcuenta de Riesgos Catastróficos.³⁰

La función más importante del FoSyGa es la de servir de caja de compensación para el régimen contributivo y de fondo de solidaridad para el régimen subsidiado. Otra de sus funciones es el manejo de los recursos de los programas de promoción y fomento a la salud diseñados por las aseguradoras con base en las orientaciones del CNSSS. También sirve de mecanismo de financiamiento y cofinanciamiento de las catástrofes y accidentes de tránsito.

Una función colateral es regular el mercado, la competencia y la complementariedad entre las distintas empresas aseguradoras, para lo cual el financiamiento se asigna a costos estandarizados de acuerdo al valor de la unidad de pago por capitación (UPC) de cada régimen de aseguramiento.³¹

³⁰ Ministerio de Salud, Universidad de Harvard. Reforma de Salud en Colombia y Plan Maestro de implementación. Bogotá;1997

³¹ Ministerio de Salud, Universidad de Harvard. Reforma de Salud en Colombia y Plan Maestro de implementación. Bogotá;1997

2.1 REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD COMO GARANTE DE DESARROLLO TERRITORIAL.

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

Por consiguiente, este régimen se orienta a garantizar este derecho a la población más vulnerable de la sociedad y sin capacidad de pago, quienes se vinculan al sistema general de seguridad social en salud, a través del pago de una unidad de pago por capitación subsidiada -UPC-S.

Los objetivos de este régimen se describen en el artículo 212, en los siguientes términos:

“ART. 212.—Creación del régimen. Créase el régimen subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. La forma y las condiciones de operación de este régimen serán determinadas por el consejo nacional de seguridad social en salud. Este régimen de subsidios será complementario del sistema de salud definido por la Ley 10 de 1990”.

Los criterios de identificación de la población beneficiaria de este sistema subsidiado han sido definidos por el CNSSS, el cual, a su vez, se ha encargado de ajustar los mecanismos de afiliación para garantizar la viabilidad y de estabilidad de la operación del mismo.

Sobre las características generales de este régimen, la Corte Constitucional, en

sentencia C-828//01, manifestó:

“El régimen subsidiado por su parte, es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la ley 100 de 1993.

Su propósito fundamental es financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. La forma y las condiciones de operación de este régimen serán determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana, teniendo especial importancia dentro de este grupo, personas como las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, entre otros.

El carácter del subsidio que podrá ser una proporción variable de la Unidad de Pago por Capitación se establecerá según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda. Las personas que cumplan con los criterios fijados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como posibles beneficiarios del régimen de subsidios se inscribirán ante la Dirección de Salud correspondiente, la cual calificará su condición de beneficiario del subsidio.
(...)

La administración del régimen subsidiado corresponde a las direcciones locales, distritales o departamentales de salud, las cuales suscribirán contratos de administración del subsidio con las Entidades Promotoras de Salud (EPS-S) que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto. Las EPS-S que afilien a los beneficiarios del régimen subsidiado prestarán, directa o indirectamente, los servicios contenidos en el POS”.

2.2 FINANCIAMIENTO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

El régimen subsidiado se encarga del aseguramiento de todas las personas sin capacidad de pago. La identificación de esta población es competencia municipal y se lleva a cabo mediante la aplicación de un instrumento conocido como Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN), diseñado con el propósito de focalizar el gasto social en la población con necesidades básicas insatisfechas³²

Las personas clasificadas en los estratos I y II de dicha escala son las que se consideran beneficiarias de este régimen y su identificación por el SISBEN es un requisito indispensable para la incorporación al sistema.

Los ingresos para el financiamiento del régimen subsidiado provienen de la subcuenta de Solidaridad del FoSyGa y de diversas fuentes fiscales. La subcuenta se integra a partir de los siguientes recursos: un punto de la cotización de solidaridad del régimen contributivo, 5% de los recaudos del subsidio de las Cajas de Compensación Familiar, aportes del Presupuesto Nacional, rendimientos financieros generados por la inversión de los mismos recursos, impuesto de

³² Como indicadores de pobreza se han considerado los siguientes: lugares con alta dependencia económica; hogares en viviendas inadecuadas; hogares en viviendas carentes de servicios básicos; hogares en hacinamiento crítico; hogares con presencia de ausentismo escolar. La presencia de uno de estos indicadores es considerada como pobreza y de dos o más como miseria (DANE).

remesas de utilidades de las empresas petroleras de Cusiana y Cupiagua, impuesto al Valor Agregado destinado a los planes de ampliación de la cobertura de la seguridad social a las madres e impuesto social a las armas de fuego. La UPC correspondiente (UPC-S) es un Subsidio público otorgado por el municipio con sus ingresos y complementado con recursos del FoSyGa.³³

Debido a las restricciones presupuestales existentes, la cobertura del régimen subsidiado inicialmente no abarca a toda la población potencialmente beneficiaria.

La franja de población que queda descubierta se le conoce como “vinculados” y la atención de sus problemas de salud se lleva a cabo en los hospitales públicos con cargo a los subsidios de oferta que todavía reciben esas instituciones. El subsidio se continúa asignando transitoriamente a partir de los recursos territoriales provenientes del situado fiscal y con base en los presupuestos históricos de estos servicios; posteriormente dicho subsidio irá disminuyendo y las instituciones públicas deberán competir con otros agentes y sostenerse con los subsidios a la demanda establecidos para el régimen subsidiado (conversión de subsidios de oferta en subsidios de demanda).³⁴

2.3 FINANCIAMIENTO TERRITORIAL

Como sabemos, el Régimen Subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada,

³³ Ministerio de Salud, Universidad de Harvard. Reforma de Salud en Colombia y Plan Maestro de implementación. Bogotá;1997

³⁴ Ministerio de Salud, Universidad de Harvard. Reforma de Salud en Colombia y Plan Maestro de implementación. Bogotá;1997

total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad.

La financiación de dicho sistema se hará según lo dispuesto por la Ley 100 de 1994 con los siguientes recursos:³⁵

- a) Del Sistema General de Participaciones, constituido por los montos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios cuya competencia se les asigna en la Ley 715 de 2001.
- b) De los recursos para subsidios del Fondo de Solidaridad y Garantía que se describen en el artículo 221 de la Ley 100 de 1994
- c) Los nueve departamentos que se erigían como intendencias y comisarías antes de la entrada en vigencia de la constitución de 1991, son beneficiarios de los recursos provenientes de la Lotería la Nueve Millonaria, por cuanto son socios de la misma.
- d) El 15% de los recursos adicionales que a partir de 1997 recibirán los municipios, distritos y departamentos como participaciones y transferencias por concepto del impuesto de renta sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de copiagua y cusiana.

La Ley exige que para el giro de los recursos mencionados líneas arriba, los montos asignados a los entes territoriales por intermedio de las direcciones Seccionales, distritales y locales de salud al régimen de subsidios en salud, se manejarán como una cuenta especial aparte del resto de recursos dentro del respectivo fondo seccional, distrital y local de salud, y nunca harán unidad de caja con estos últimos, o lo que es lo mismo, con los recursos de salud no se podrá cancelar nada diferente a lo señalado por la Ley para este sector.

³⁵ Artículo 214, Ley 100 de 1994, modificado Ley 715 de 2001

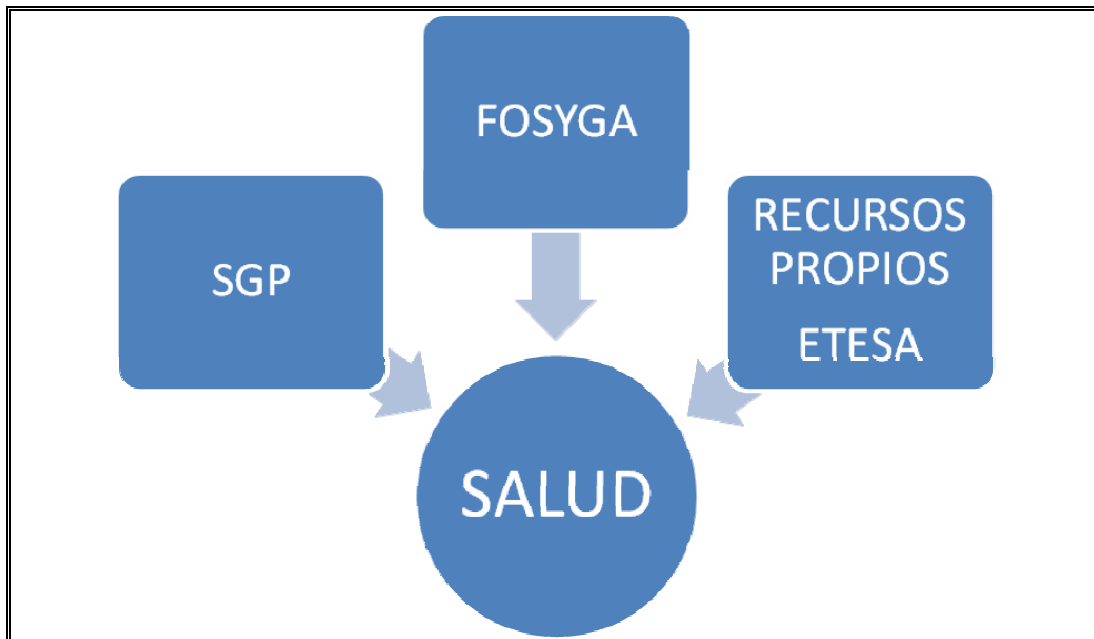


Figura 1. Recursos de salud

Fuente: Secretaria de Desarrollo Social Municipio de Los Palmitos.

2.3.1 RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (S.G.P.)

Creado por la Ley 715 de 2001 para reemplazar el anterior situado fiscal contenido en la Ley 60 de 1993. Está constituido por los montos que la nación transfiere a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios especificados en la misma y que son de competencia de los entes; tales servicios son:

1. Una participación con destinación específica para educación, correspondiente al 58.5%,

2. Una participación con destinación específica para salud, correspondiente al 24,5%
3. Y Una participación de propósito general que incluye los recursos para agua potable y saneamiento básico correspondiente al 17.0 %.

En el 24,5% correspondiente al sector salud, los recursos deben ser distribuidos entre departamentos, distritos y municipios para la atención de la población, la afiliación al régimen subsidiado y las acciones de salud pública que les corresponden de acuerdo con la distribución de competencias.

La distribución entre estas tres áreas del sector salud se realiza asignando al Régimen Subsidiado, para todos los municipios y distritos, el 65%³⁶ de la bolsa sectorial. Para Salud Pública, en todos los departamentos, distritos y municipios, el 10.1%³⁷ de la bolsa sectorial. A Prestación de Servicios a la Población Pobre, para los departamentos y municipios certificados, el monto que resulte después de restar el valor asignado para subsidios a la demanda y la asignación correspondiente a la salud pública.

La distribución de los recursos para subsidios a la demanda, más conocido como régimen subsidiado, se realiza dividiendo el valor destinado a régimen subsidiado entre la población atendida en la vigencia anterior. El valor per cápita resultante se multiplica por la población afiliada en la vigencia anterior en cada distrito o municipio, para asignar el valor correspondiente a cada entidad.

La distribución de los recursos de Salud Pública se realiza teniendo en cuenta la siguiente distribución: un 40% con base en la población por atender, que para el

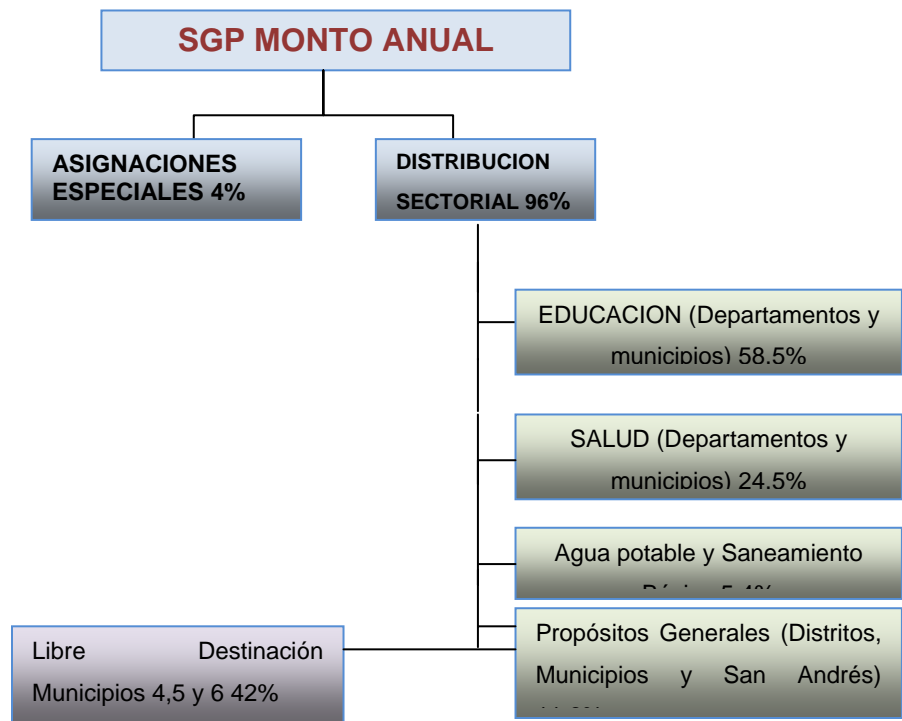
³⁶ De acuerdo con lo previsto en la Ley 1122 de 2007, para el año 2008 es el 61% y a partir del 2009, el 65%.

³⁷ Dado que le corresponde al Gobierno Nacional definir los porcentajes de Salud Pública y atención de la población pobre, este porcentaje puede ser modificado en cualquier momento

caso de salud pública es la totalidad de la población. Un 50% con base en criterios de equidad, entendido en relación con el nivel de pobreza y los riesgos de salud. Y un 10% por eficiencia administrativa, entendida como el cumplimiento de las metas de salud pública a 31 de septiembre de cada año. Dichos recursos se distribuyen para los departamentos en un 45% y a los distritos y municipios en un 55%.

Los recursos para la atención de la población pobre no afiliada al régimen subsidiado y a los afiliados en lo no cubierto por el plan obligatorio de salud subsidiado POS-S; se distribuye así: el 59% para los departamentos para cubrir el tercer y segundo nivel de atención en salud y el 41% para la atención de primer nivel que será distribuido entre los municipios y los corregimientos departamentales. Entre entidades se distribuyen determinando un valor per cápita de la población no afiliada al sistema de salud, agregando un factor para la atención de la población afiliada al régimen subsidiado, en lo no cubierto por el POS-S. Este valor se multiplica por la población pobre no afiliada y por el factor de dispersión y se obtiene el valor a asignar para cada entidad territorial.³⁸

³⁸ www.minsalud.gov.co/supersalud/html/principa.htm



Fuente: www.mininteriorjusticia.gov.co

Figura 2. Distribución de los Recursos del SGP

Los recursos de régimen subsidiado o subsidios a la demanda, pueden ser destinados únicamente a contratar el régimen subsidiado. El 0,4% para interventoría de los contratos de régimen subsidiado y el 0,2% a la Superintendencia Nacional de Salud, como cuota para financiar las labores de inspección y vigilancia que le corresponden.

Los recursos del Sistema General de Participaciones correspondientes a cada vigencia fiscal se giran mes vencido dentro de los diez primeros días del mes siguiente. Esto significa que, durante cada año, se reciben 11/12 partes correspondientes a la vigencia y una correspondiente a la vigencia anterior. El calendario de fechas queda así:

No DEL GIRO	MES AL QUE CORRESPONDE	FECHA MAXIMA DEL GIRO
1	ENERO	10 DE FEBRERO
2	FEBRERO	10 DE MARZO
3	MARZO	10 DE ABRIL
4	ABRIL	10 DE MAYOO
5	MAYO	10 DE JUNIO
6	JUNIO	10 DE JULIO
7	JULIO	10 DE AGOSTO
8	AGOSTO	10 DE SEPTIEMBRE
9	SEPTIEMBRE	10 DE OCTUBRE
10	OCTUBRE	10 DE NOVIEMBRE
11	NOVIEMBRE	10 DE DICIEMBRE
12	DICIEMBRE	10 DE ENERO

Fuente: www.mininteriorjusticia.gov.co

Tabla 2. Fecha del Giro del SGP

2.3.2 RECURSOS PROVENIENTES DEL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA (FOSYGA)

El Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud es manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia.

La Estructura del Fosyga, tiene las siguientes subcuentas:

- a) De compensación interna del régimen contributivo
- b) De solidaridad del régimen de subsidios en salud
- c) De promoción de la salud
- d) Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT)

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

Las asignaciones que se hacen por parte del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) -subcuenta de solidaridad- al régimen subsidiado, se destinan a financiar continuidad y cofinanciar con los entes territoriales ampliación de cobertura.

Es importante resaltar en este punto, que la distribución de recursos en este aspecto la hace el Ministerio de la Protección Social mediante Resoluciones que se sujetan a las directrices del Consejo Nacional de seguridad Social en Salud.

Para cofinanciar con los entes territoriales los subsidios a los usuarios afiliados, la subcuenta de solidaridad se financia con los siguientes recursos:

- a) Un punto de la cotización de solidaridad del régimen contributivo³⁹. Esta Cotización está girada por cada Entidad Promotora de Salud directamente a la subcuenta de solidaridad del Fondo;
- b) El 5% de los recaudos del subsidio familiar que administran las Cajas de Compensación Familiar destinados para salud;
- c) Un aporte del presupuesto nacional igual al del literal a)
- d) Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores

³⁹ Artículo 203 Ley 100 de 1993.

recursos;

- e) Los rendimientos financieros de la inversión de los ingresos derivados de la enajenación de las acciones y participaciones de la nación en las empresas públicas o mixtas que se destinen a este fin por el CONPES;
- f) Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de la zona Cusiana y Cupiagua;
- g) Los recursos del IVA social destinados a las planes de ampliación de la cobertura de seguridad social a las madres comunitarias del ICBF de que trata la Ley 6a. de 1992.⁴⁰

En resumen, la estructura del fosal, para nuestro análisis está conformada por:

- ✓ **Subcuenta de solidaridad:** Los recursos de esa Subcuenta tiene por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la Cofinanciación de los Subsidios correspondientes.
- ✓ **Cofinanciación régimen subsidiado:** Concurrencia de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosal, una vez las Entidades Territoriales (Municipios, Departamentos y Distritos) han aplicado los recursos de Ley, en la financiación de la afiliación al Régimen Subsidiado.

Para la distribución de los recursos de cofinanciación del FOSYGA para subsidios a la demanda se aplican las reglas contenidas en el siguiente cuadro:

⁴⁰ www.minsalud.gov.co/supersalud/html/principa.htm

Tabla de porcentajes de cofinanciación del Fosyga según categoría de municipio y porcentaje de cobertura actual

Categoría Municipal	Porcentaje de Cobertura de Aseguramiento				
	< 45%	45<60%	60<75%	75%<90%	>=90%
4, 5 y 6	60	50	40	20	0
2 y 3	45	30	20	10	0
1 y Especial	25	20	15	5	0

Tabla 3. Porcentaje cofinanciación del Fosyga

Podrán acceder a estos recursos solamente aquellos municipios cuya base única de afiliados se encuentre depurada como mínimo en un 90% en relación con los afiliados contratados en la vigencia que termina el 31 de marzo de 2004.

Fuente: www.minproteccionsocial.gov.co

El problema con los giros de los recursos del FOSYGA radica precisamente en el requisito Anterior, pues, ningún municipio en Colombia salvo Bogotá tiene una base depurada Realmente en ese porcentaje.

Finalmente en este aspecto, los criterios para las asignaciones son los mismos de equidad, población y eficiencia.

2.3.3 RECURSOS PROVENIENTES DE LA EMPRESA TERRITORIAL PARA LA SALUD (ETESA)

Señalados en la Ley 643 de 2001, sobre rentas de juegos de suerte y azar, se giran también a cada departamento para salud. La distribución para los departamentos se hace con base en el nivel de participación de rifas, juegos y espectáculos.

2.3.4 RECURSOS PROPIOS DE LOS ENTES TERRITORIALES

Son para cofinanciar junto con la nación ampliación de cobertura, Atención de población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y Plan de Atención básica en salud. Son recursos que los entes destinan para salud pudiendo ser de libre destinación, de capital o de destinación específica para salud.

2.4 ARTICULACIÓN DEL ASEGURAMIENTO

El aseguramiento en salud, se refiere al manejo del riesgo en salud y a la administración de la prestación de servicios.

El nuevo sistema contempla la creación de dos tipos de entidades para el desempeño de esta función: las Empresas Promotoras de Salud (EPS) para el régimen contributivo y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) ahora EPS-S. Las EPS son los organismos, públicos o privados, responsables de afiliar y registrar a los usuarios, recaudar las cotizaciones, organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del POS, y girar la diferencia entre los ingresos por cotizaciones y el valor de las correspondientes UPC al FoSyGa con base en los términos previstos en la Ley.

Las entidades articuladoras descritas desempeñan tres importantes subfunciones dentro del sistema: el manejo del riesgo, la racionalización del acceso y la representación de los usuarios. El manejo del riesgo se lleva a cabo mediante la afiliación obligatoria de las poblaciones, de tal manera que se reduce la incertidumbre financiera asociada a los eventos de enfermedad futuros e inciertos.

En cuanto a la racionalización del acceso, a través de las EPS se operacionalizan los procedimientos para el ingreso y salida de los usuarios, las contingencias que

deben ser cubiertas por el paquete explícito de beneficios del POS y el acotamiento de las opciones disponibles para los consumidores, mediante la organización de redes integrales de proveedores. Las EPS, además, deben actuar en beneficio de los consumidores, de tal forma que estos puedan ejercer la libertad de elección en la búsqueda de continuidad y calidad en la atención. Con ello se espera que, además de la función clásica de aseguramiento, las EPS desempeñen un papel más activo en el mercado de la atención a la salud como agentes de compra a nombre de los consumidores.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) son los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y todos los profesionales que ofrecen sus servicios a través de las EPS o las EPS-S. Las EPS deben ofrecer a los afiliados y beneficiarios distintas alternativas de IPS, entre las cuales los usuarios puedan ejercer la libre elección. Estas pueden tener relación patrimonial con las EPS, pero deben tener autonomía técnica y financiera. La autonomía de las IPS se estableció como un mecanismo para asegurar la eficiencia en la gestión, mejorar el control de los distintos agentes participantes y estimular la competencia entre agentes públicos y privados en un mercado abierto. La progresiva autonomía de las IPS requiere de mecanismos de control, entre los que destacan tres básicamente. En primer lugar, el Ministerio de Salud estableció un programa de acreditación de entidades. En segundo lugar, las EPS y las IPS deben contar con sistemas de auditoría médica. Finalmente, como un componente administrativo pero también de regulación de la calidad del servicio, las IPS deben contar con sistemas de control de costos.⁴¹

⁴¹ Ministerio de Salud. Estatuto orgánico del Sistema de Seguridad Social en Salud y requisitos legales para la descentralización de competencias y recursos. Sta Fe de Bogotá. D.C.: Ministerio de Salud, 1994.

3. EVALUACION DEL PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA DE RÉGIMEN SUBSIDIADO, MUNICIPIO DE LOS PALMITOS

3.1 GENERALIDADES MUNICIPIO DE LOS PALMITOS

3.1.1 RESEÑA HISTORICA

“El origen de Los Palmitos no se encuentra en el pasado indígena y tampoco es el resultado de una fundación específica. La tradición oral habla de un poblamiento espontáneo en las márgenes de los caminos de herradura que cruzaban este territorio y lo ponían en comunicación con los principales centros urbanos y comerciales de la región, como Sincelejo, Corozal, Magangué, Cartagena, Tolú y Montería; caminos que también eran utilizados para el traslado de grandes lotes de ganado de la sabana hacia la ciénaga y viceversa, y que luego pasaron a convertirse en las principales calles de este naciente caserío. Esta realidad está evidenciada en el trazado irregular que presentan las más antiguas calles y carreras del área urbana.

Los comienzos de este poblamiento se remontan hacia la década comprendida entre los años 1845 y 1855, época en la que se dieron las reformas liberales de medio siglo, entre las cuales se cuenta el levantamiento del estanco del tabaco en

1850 (libertad para producir, distribuir y comerciar la hoja de tabaco), medida que convirtió a la Costa Atlántica, en especial a los Montes de María y parte de las Sabanas de Bolívar, en una zona de alta producción y comercialización de dicho cultivo. Es, entonces, el cultivo del tabaco el factor determinante del aglutinamiento de familias y personas provenientes de los vecinos distritos de Corozal, Sincé, Morroa y Ovejas, que, esperanzadas en mejorar sus condiciones de vida, se trasladaron a este territorio a cultivar la tierra con la preciada hoja, dando inicios al poblamiento de lo que hoy conocemos como el municipio de Los Palmitos.

En este proceso de formación y crecimiento de Los Palmitos es de suma importancia destacar la llegada del señor José Baldomero Mendoza Buelvas, hacia mediados de la década de 1860, prestigioso comerciante oriundo del vecino municipio de Ovejas, quien supo ganarse la admiración y el aprecio de todos los moradores de esta comarca, ya que, haciendo uso de su capital y su prospectiva visión de comerciante, asumió una labor eminentemente urbanizadora a través de la construcción de casas de bahareque y palma, que entregaba a los beneficiarios con cómodas formas de pago, ya fuera en dinero, en especie o en trabajo.

El nombre de Los Palmitos surgió del señalamiento cotidiano con el que viajeros y comerciantes distinguían al sitio que les servía de albergue y de descanso, por ser punto intermedio hacia la meta que se pretendía alcanzar después de una dura cabalgata a través de los tortuosos caminos de herradura, que eran nuestras más importantes vías de comunicación en el incipiente mercado regional. Este albergue estaba ubicado en lo que hoy es el barrio El Jardín, en una finca denominada Santa Bárbara de Los Palmitos, la cual era adornada por la presencia majestuosa de numerosos árboles de palma amarga". (Confr. Los Palmitos Entre la Oscuridad del Pasado y la Claridad del Presente, págs. 21 y 22).

El caserío de Los Palmitos, en virtud de su desarrollo urbanístico y crecimiento

demográfico, fue elevado a la categoría de corregimiento del distrito de Corozal, tal como se reseña en el Registro Único de Bolívar N° 1899 de 25 de mayo de 1901. Posteriormente, a través del acuerdo N° 13 del 4 de septiembre de 1.934 emanado del Honorable Concejo del municipio de Corozal, es considerado como corregimiento de dicho municipio, junto con Sabanas de Pedro. El corregimiento de Los Palmitos se componía de la cabecera del mismo nombre y de las agregaciones de El Piñal, Bajo de Lata, Joney, Palmas de Vino, Hatillo, Sabanetica Y Charcón; al corregimiento de Sabanas de Pedro lo conformaban la cabecera del mismo nombre y las agregaciones de Los Chiqueros, Villa López y Sabanas de Beltrán (confr. Dimas Badel, Diccionario Histórico-Geográfico de Bolívar, 1948).

La insistencia y perseverancia de los ciudadanos conllevó a que la Honorable Asamblea Departamental de Sucre, mediante la Ordenanza N° 27 de 28 de noviembre de 1968, elevara al corregimiento de Los Palmitos a la categoría de municipio, compuesto por la cabecera del mismo nombre y por las agregaciones (corregimientos) de El Piñal, Sabanas de Pedro, Palmas de Vino, El Coley y Sabanas de Beltrán.

3.1.2 ASPECTOS GEOGRÁFICOS

El municipio de Los Palmitos está ubicado al nororiente del Departamento a 9° 22' 30" de Latitud norte y 75° 16' de Longitud occidental del meridiano de Greenwich. Posee una altura máxima de 175 m sobre el nivel del mar, temperatura media de 27°C y una extensión territorial aproximada de 215 Km². Limita por el Norte con el municipio de Ovejas, por el Sur con los municipios de Corozal y San Juan de Betulia; por el este con los municipios de Sincé y San Pedro y por el Oeste con los municipios de Colosó y Morroa.

El municipio de Los Palmitos tiene la mayor parte de su territorio ubicado en la

subregión Sabanas del departamento de Sucre y una considerable franja en los Montes de María. Por esta razón, el relieve del sector ubicado en la primera subregión es ligeramente ondulado, en tanto que el perteneciente a la segunda subregión es considerablemente quebrado, con elevaciones que alcanzan los 175 m sobre el nivel del mar, específicamente localizados en los corregimientos de Naranjal y El Piñal.

Se localiza en el piso térmico cálido con temperaturas promedios anuales mayores de 26° C. de tipo Isohipertérmico. Las lluvias se inician en abril y se incrementan hasta noviembre con un promedio de 1.100 mm. El clima es cálido seco. Las escasas e intensas precipitaciones en el área del municipio hacen que se presenten problemas erosivos y escasez de agua para las actividades agropecuarias.⁴²

3.1.3 ASPECTOS ECONÓMICOS

Actividades Económicas. El municipio de Los Palmitos se caracteriza porque su economía depende básicamente de la actividad agrícola, ganadera, y la comercial.

Agricultura. La actividad agrícola se desarrolla con el cultivo comercial de los siguientes productos: yuca, ñame, ajonjolí y maíz. En menor escala los cultivos tradicionales de: fríjol, patilla, ahuyama, ají dulce, mango y maracuyá, tabaco

Ganadería. La actividad de la ganadería es eminentemente extensiva con dificultades en épocas de verano, lo que obliga a hacer la trashumancia hacia las

⁴² Plan Territorial de Salud, Alcaldía Municipal de los Palmitos (Sucre) 2008-2011

ciénagas, generando altos costos por el desplazamiento.

La explotación de especies menores (cerdos, aves, de corral y ovinos) se hace en forma tradicional y poco tecnificada.

Comercio. Aunque el movimiento de La actividad comercial y de servicios a presentado un aumento notable aun sigue manejando un bajo perfil en que no repercute de manera notable la economía, no es dinámico, lo constituyen no más de 20 negocios familiares de Tiendas y Droguería.

Industria. El municipio no cuenta con una industria siquiera incipiente, y aunque son pocas las micro empresas existentes, se puede señalar que hay fabricación artesanal de pan, ebanistería, fabricación de artesanías (bolsos).⁴³

3.1.4 DINAMICA POBLACIONAL

Demografía. La población del municipio de Los Palmitos está caracterizada por la mezcla de dos grupos raciales: Blanco, y Negro, ocasionando la aparición de Mestizos, Mulatos. Es escasa la población de origen Indígena en el municipio.

En la pirámide sobre la distribución porcentual por edad y sexo podemos observar que del total porcentual de población, el 1.13% son menores de 1 año, 8.33% se encuentra entre las edades de 1 a 4 años, el 10.3% de 5 a 9 años, el 11.73% de 10 a 14 años, el 46.2 % de 15 a 44 años, el 12.5% está entre 45 y 59 años y el 9.8% es mayor de 60 años. Lo anterior permite mostrar que el mayor porcentaje de la población (77.7%) del municipio de LOS PALMITOS se encuentra por debajo de los 45 años, es una población joven económica y socialmente activa, donde el

⁴³ Plan de Desarrollo Territorial “Un Buen Gobierno Para Todos”. Alcaldía Municipal de Los Palmitos, 2008-2001.

31.5% representa la población infantil susceptible de educar y formar profesionalmente, que le permitirá al municipio alcanzar altos niveles de escolaridad y el 46,2% que es la población económicamente activa, con capacidad de generar apoyo a la población infantil y a la población adulta mayor y actividades que impulsen el desarrollo en el municipio, para alcanzar mejor calidad de vida.

La pirámide poblacional fue elaborada con población proyectada Dane 1993, cuya población total para el municipio es de 19.312 pero al compararla con la proyección Dane 2005, el municipio registro una población total para el año 2007 de 30.914 habitantes, conservándose el 53,9 % de la población residente en el área rural, ⁴⁴ por lo que el municipio se encuentra en la categoría Municipal Cuatro (4).

Perfil Demográfico. El Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), contribuye a identificar y analizar las condiciones generales de vida de la comunidad, lo que permite el diseño y elaboración de estrategias de solución a la problemática de LOS PALMITOS actual que enfrenta el municipio Población por SISBEN y ESTRATOS Según la encuesta del SISBEN y estratificación la población del Municipio de LOS PALMITOS se encuentra distribuida así:

SISBEN		
NIVEL	TOTAL	%
1	15.908	
2	3.652	

Fuente: ASEGURAMIENTO DASSSALUD SUCRE 2007

Tabla 4. Calificación de la población por Sisben y Estratos Año 2007

⁴⁴ Plan Territorial de Salud, Alcaldía Municipal de los Palmitos (Sucre) 2008-2011

Población por N.B.I. (Necesidades Básicas Insatisfechas). En relación a la distribución de la población por NBI se ha podido establecer, que la población con necesidades básicas insatisfechas ha aumentado considerablemente atribuido esto al aumento en el número de la población y falta de fuentes de ingreso.

	TOTAL
<i>PORCENTAJE DE NBI</i>	76%
POBL. CON NBI	23.592
POBL. TOTAL	30.914

Fuente: DANE 2005

Tabla 5. Poblacion con N.B.I los Palmitos

Población Económicamente Activa

La población en capacidad de trabajar según el censo de 2005 proyectado a 2007, es de aproximadamente 43.0% de la población, que están en capacidad de desarrollar actividades laborales (de 14 a 45 años) y aptos para incorporarse al trabajo productivo y poder generar valor agregado, igualmente existe un alto porcentaje de población discapacitada de la cual no hay censo establecido, y que requiere con urgencia oportunidades de vinculación a actividades productivas, además de la implementación de programas que apoyen su sustento.

3.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL EN SALUD

El municipio de LOS PALMITOS organizó la Secretaría de Salud como una dependencia directa del Alcalde Municipal- El Municipio cumple con las competencias asignadas por la Ley 715, Art. 44 en su totalidad.

Oferta de servicios de salud Municipales.

La ESE CENTRO DE SALUD, se encuentra ubicado en el Centro del casco urbano del municipio, al frente de la plaza central.

PUNTO DE ATENCIÓN	DISTANCIA EN TMPO.	VIA DE ACCESO	DE LOCALIZACIÓN
Centro de Salud LOS PALMITOS	0		URBANA
Puesto de Salud	20 Minutos	Carreteable	Rural

Fuente: (Secretaría de Desarrollo Social, 2008)

Tabla 6. Oferta de servicios, Centros de Atención

El Centro de Salud de LOS PALMITOS, Tiene a su cargo los Puestos de Salud, el horario de consulta externa de la ESE es de 8 Hrs. y el de urgencias de 24 Hrs, la infraestructura es propia, el recurso humano es estable y se prestan los servicios descritos en el portafolio.

Es la única ESE que funciona en el municipio, utilizan sus servicios la población subsidiada, vinculada, contributiva. Dentro del régimen subsidiado prestan servicio 6 EPS-s que contratan con el municipio las cuales son: MUTUAL SER, Y CAPRECOM, SOLSALUD, COMFASUCRE, COOSALUD, MUTUAL QUIBDO. La población tiene acceso a todos los servicios de la ESE y en caso de necesitar

atención de segundo nivel se remiten al Hospital COROZAL, Clínica Santa María, Clínica Sabanas, y otras según la contratación de las EPS. La población vinculada Sisbenizada o no, tienen acceso a todos los servicios prestados en el Centro de Salud Local, e igualmente cuando necesiten servicios de mayor complejidad se remiten al segundo nivel, La población Contributiva se le brinda la atención de urgencia y el servicio de ambulancia cuando sea necesario remitirlo a otro nivel de complejidad.⁴⁵

3.2.1 Cobertura de Seguridad Social en Salud

Régimen Contributivo. Del total de población con capacidad de pago en el municipio de Los Palmitos, se encuentran afiliados a Régimen Contributivo aproximadamente-865 personas.

Régimen subsidiado: A este régimen de seguridad social se encuentran afiliadas un total de 20.185 personas pobres y vulnerables de LOS PALMITOS.

TOTAL AFILIADOS EPS-S	
CAPRECOM	3046
COMFASUCRE	6963
MUTUAL SER	2927
COOSALUD	3951
MUTUAL QUIBDO	1807
SOLSALUD	1491
TOTAL AFILIADOS EPS-S	20185

Fuente: (Secretaría de Desarrollo Social, 2008)

Tabla 7. Consolidado Afiliación por EPS-S. Los Palmitos 2008

⁴⁵ Informe Diagnostico Régimen Subsidiado en Salud Municipio de Los Palmitos. Secretaría de Desarrollo Social, Febrero, 2008.

La cobertura del Régimen subsidiado es del- 87.13% del total de aptos para subsidio, (SISBEN I y II) según datos del Municipio.

3.3 EVALUACION DE LA GESTION FINANCIERA DEL REGIMEN SUBSIDIADO

La evaluación del régimen Subsidiado en Salud, se realiza en tres frentes de así:

1. La gestión territorial (Macrogestión)
2. La gestión del aseguramiento (Mesogestión)
3. La gestión en la prestación del servicio (Microgestión)

➤ Macrogestión o Gestión Territorial del Régimen Subsidiado de Salud

La gestión territorial del régimen subsidiado incluye los siguientes procesos:

1. Gestión financiera del régimen subsidiado
2. Identificación, selección y priorización de beneficiarios.
3. Afiliación
4. Contratación
5. Seguimiento a contratos de aseguramiento
6. Liquidación de contratos

➤ Mesogestión o Gestión del Aseguramiento del Régimen Subsidiado de

Salud

La gestión del aseguramiento en salud incluye los siguientes procesos:

1. Activación de derechos.
 - a. Carnetización.
 - b. Reporte de novedades.
 - c. Administración de la base de datos.

- d. Información a usuarios.
 - e. Atención de usuarios.
 - f. Participación social de los usuarios.
 - g. Evaluación de la satisfacción de usuarios.
2. Gestión del riesgo en salud.
 - a. Evaluación del estado de salud de la población afiliada.
 - b. Evaluación del riesgo en salud.
 3. Gestión de la red prestadora de servicios.
 - a. Dimensionamiento de la red prestadora requerida.
 - b. Contratación de la red prestadora.
 - c. Sistema de referencia y contrarreferencia. (S.R.C.R.)
 4. Evaluación de la calidad de la atención.
 - a. Evaluación de los requisitos de habilitación de la red prestadora.
 - b. Evaluación de la satisfacción de usuarios con la red prestadora.
 - c. Evaluación de indicadores de oportunidad de la atención.⁴⁶

En nuestro trabajo de practica pudimos observar que la gestión financiera no puede ser evaluado por separado de otros procesos esenciales del Régimen Subsidiado, pues estos se encadenan entre si, por ello a lo largo del documento tomaremos procesos de la macro y la mesogestion territorial del Régimen Subsidiado, para evaluar la gestión.

3.3.1 PROCESO DE CONTRATACION

La contratación de EPS-S tiene el objetivo social de materializar la garantía de

⁴⁶ Orozco, Julio Mario, Interventoria del Régimen Subsidiado, Pautas para su Aplicación, Cartagena mayo 2008

prestación de servicios de salud para la población pobre y vulnerable, es también proceso en el que se formaliza y da seguimiento a los compromisos y en general a la relación contractual entre el ente territorial y las EPS-S previa realización del proceso de Afiliación.

Este proceso y/o los subprocesos que lo conforman aplican a las contrataciones entre el Ente Territorial y las EPS-S para el aseguramiento de población previamente identificada y priorizada como beneficiaria del Régimen Subsidiado.

La suscripción de contratos se realiza tanto en los periodos normales, posteriores a los procesos anuales de libre elección y afiliación, como en los periodos extraordinarios. Un periodo de contratación extraordinario se presenta en diversas épocas del año, cubriendo generalmente periodos menores a una anualidad, y por ejemplo ampliaciones de cobertura de las generadas a partir de saldos de liquidación de contratos del régimen subsidiado de vigencias pasadas, junto con sus rendimientos financieros. Corresponden también a periodos de contratación extraordinarios aquellos resultantes de la asignación de recursos del FOSYGA para ampliar cobertura en el Régimen Subsidiado de Salud mediante subsidios parciales. Se considera un subsidio parcial, a la proporción del valor de la unidad de pago por capitación subsidiada UPC-S, destinada a cofinanciar algunos contenidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POS-S, dirigidos a atender la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda⁴⁷. (Ver acuerdo 267 del 2004)

Dentro del proceso de Contratación se identifican subprocesos como son:

- **Suscripción y legalización de contratos:** Subproceso en el que se realiza formalmente el contrato e implica tomar la base de datos de afiliados para cada EPS-S con operación en el municipio, resultante del proceso de

⁴⁷ Orozco, Julio Mario, Interventoría del Régimen Subsidiado, Pautas para su Aplicación, Cartagena mayo 2008, pag 102

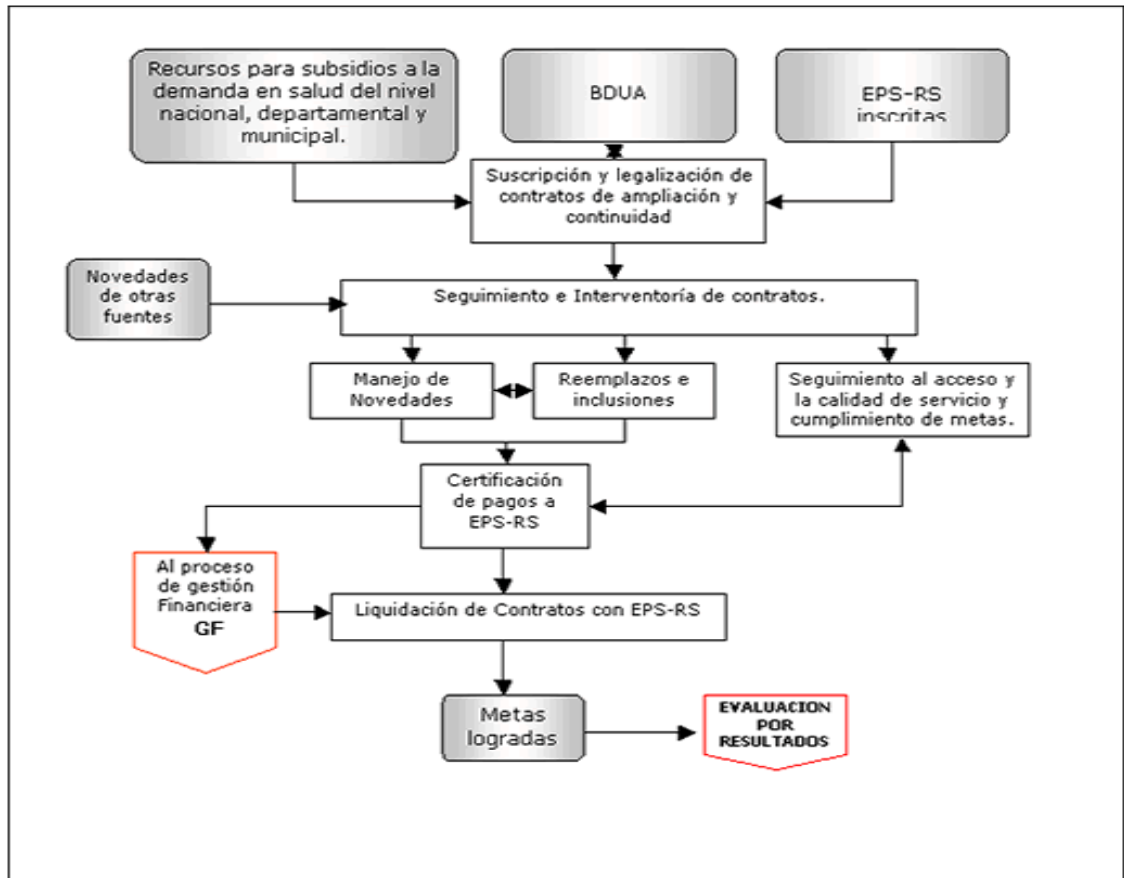
afiliación (ampliación de cobertura, continuidad y/o traslados), establecer el valor del contrato, firmarlo, radicarlo en el Departamento para que allí se realicen las actividades que el son pertinentes y finalmente archivarlo en el municipio con sus correspondientes soportes para su seguimiento, entre otras actividades.⁴⁸

- **Manejo de Novedades:** En este se identifican y validan los diferentes cambios en la información de afiliación, especialmente los que implican modificaciones en los valores a pagar a las EPS-S, en este sentido es importante resaltar que las novedades deben ser validadas en la periodicidad que define la ley 1122 de 2007.

Incluyen los cambios por nacimientos, fallecimientos, traslados, múltiples afiliaciones.

- **Realización de inclusiones y reemplazo:** En este subproceso se hacen efectivas las inclusiones y reemplazos identificados en el subproceso de manejo de novedades, conservando los criterios de priorización vigentes.
- **Certificación de pagos:** Como su nombre lo indica en este subproceso se realizan las actividades para determinar y certificar el valor que se le ha de pagar a las EPS-S. Implica el confrontar la información suministrada por las EPS-S, la información de carnetizados efectivos y el manejo de novedades avaladas.
- **Liquidación de contratos:** En este subproceso se da por cerrada la relación contractual, determinándose los saldos a favor o en contra del municipio, si es el caso.

⁴⁸ Orozco, Julio Mario, Interventoría del Régimen Subsidiado, Pautas para su Aplicación, Cartagena mayo 2008, pag 102



Fuente: Medimarketing Ltda, 2008

Figura 3. Mapa Proceso de Contratación

PROCESO DE EVALUACION DE LA CONTRATACION.

Este proceso se inicio con la verificación del cumplimiento por parte de las entidades territoriales y EPS´S de las condiciones necesarias para la suscripción y legalización del contrato de aseguramiento, así como las actividades propias de la ejecución del contrato (manejo de novedades, certificación de pagos,

seguimiento a la prestación de los servicios de salud y el estado de la liquidación de los contratos de aseguramiento).

La Contratación entre Entes Territoriales y Eps-s, es regulado por el estado como patrocinador o "sponsor", según el modelo de Competencia Regulada mediante la siguiente normatividad:

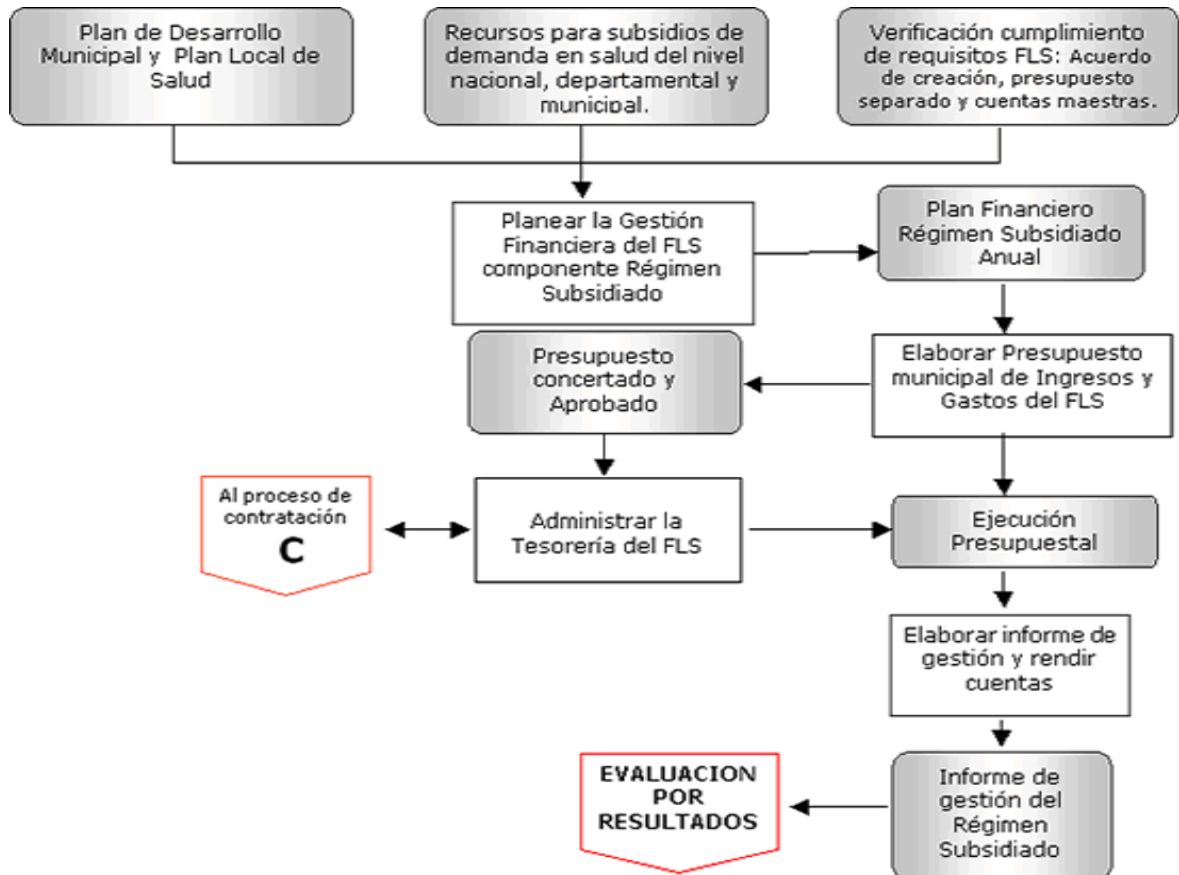
- Ley 715 de 2001 Acuerdo 192 de 2001- Acuerdo 199 de 2001
- Acuerdo 229 de 2002- Acuerdo 225 de 2002- Decreto 2309 de 2002- Decreto 1281 de 2002- Resolución 1375 de 2002- Resolución 890 de 2002.
- Circular 00016 de 9 de abril de 2003- Decreto 050 de 2003- Decreto 3353 de 2003
- Acuerdo 244 de 2003
- Acuerdo 284 de 2005- Decreto 506 de 2005
- Decreto 3260 de 2004- Resolución 3384 de 2004- Resolución 838 de 2004
- Resolución 1189 de 2004- Resolución 581 de 2004.
- Decreto 515 de 2004- Acuerdo 282 de 2004- Acuerdo 272 de 2004- Acuerdo 267 de 2004- Acuerdo 262 de 2004- Acuerdo 260 de 2004- Acuerdo 258 de 2004
- Resolución 812 de 2007

3.3.2 PROCESO DE FINANCIACION

La financiación de los contratos de administración de RS buscan garantizar el adecuado y oportuno manejo de los recursos del subsidio a la demanda en salud en el ente territorial, desde el origen de cada una de las fuentes que lo financian hasta su pago y aplicación para garantizar el acceso efectivo de la población beneficiaria a los servicios de salud que cubre el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

Así como la contratación, la financiación tiene subprocesos tales como:

- Administración del Fondo Local de Salud, el cual se orienta hacia el establecimiento de un manejo adecuado de los recursos que se destinan a mantener y aumentar la cobertura en salud.
- Planeación de la gestión financiera, que establece las fuentes y los montos de los recursos que se aplicarán a pago de la UPC-s, para la población beneficiaria a través de la identificación de esta y de la focalización del gasto social.



Fuente: Medimarketing Ltda

Figura 4. Planeación de la gestión Financiera

- Administración del presupuesto municipal de ingresos, su concertación, discusión, modificación y ejecución de los recursos destinados a salud.

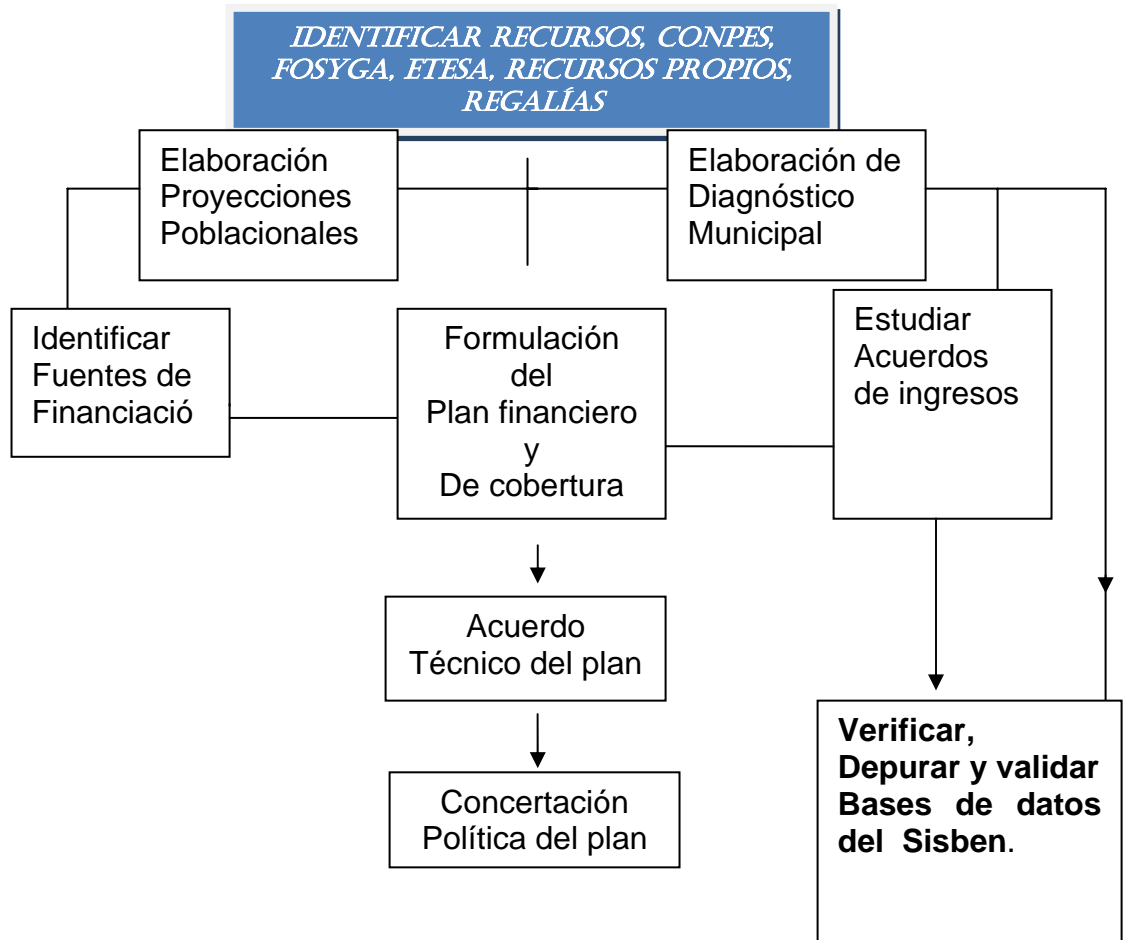
Administración del presupuesto municipal de gastos, que amparado principalmente en la ley de apropiaciones, establece un conjunto de valores máximos autorizados por cada rubro.⁴⁹

PROCESO DE EVALUACION DE LA FINANCIACION

En este proceso se involucro el comportamiento de los recursos que financian la afiliación de la población pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado de salud; inicia con la verificación de requisitos formales para recibir las transferencias de recursos de orden nacional y departamental y finaliza con el pago, bimestre anticipado de las UPC-S correspondientes a la población afiliada debidamente carnetizada.

El proceso de Financiación, se resume en el siguiente grafico:

⁴⁹ Orozco, Julio Mario, Interventoria del Régimen Subsidiado, Pautas para su Aplicación, Cartagena mayo 2008,pag 74



Fuente: secretaria Desarrollo Social.2008

Figura 5. Proceso de Financiación

La financiación del Régimen Subsidiado también está regulada por la Siguiete Normatividad: Ley 100 de 1993 y Ley 1122 de 2007, que básicamente regula el flujo de recursos entre Ente Territorial- EPS-S-IPS.

3.3.3 SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS, AFILIACION Y SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU)

Así como la financiación y la contratación de los servicios se vuelve indispensable para la prestación del servicio de salud a las personas más pobres y vulnerables, la selección y priorización de los posibles candidatos a subsidios es una de las preocupaciones constantes de la administración local, porque existen beneficiarios que no son aptos para subsidios por su nivel socioeconómico y excluyen a beneficiarios potenciales. Por ello la evaluación de los criterios de priorización y validación de la base de datos del Sisben, así como la calidad del servicio son conceptos que también están regulados por el estado en pos del desarrollo social de las comunidades más vulnerables.

La asignación de subsidios constituye una herramienta de política pública que los gobiernos pueden utilizar para mejorar la equidad en los distintos sectores responsables del desarrollo social, entre ellos la salud. El uso acertado de ésta permite optimizar la asignación de recursos escasos para lograr mayores beneficios posibles. De esta manera, el logro de mayor equidad se constituye en la posibilidad real que todo ciudadano tiene de ejercer su derecho a la salud.

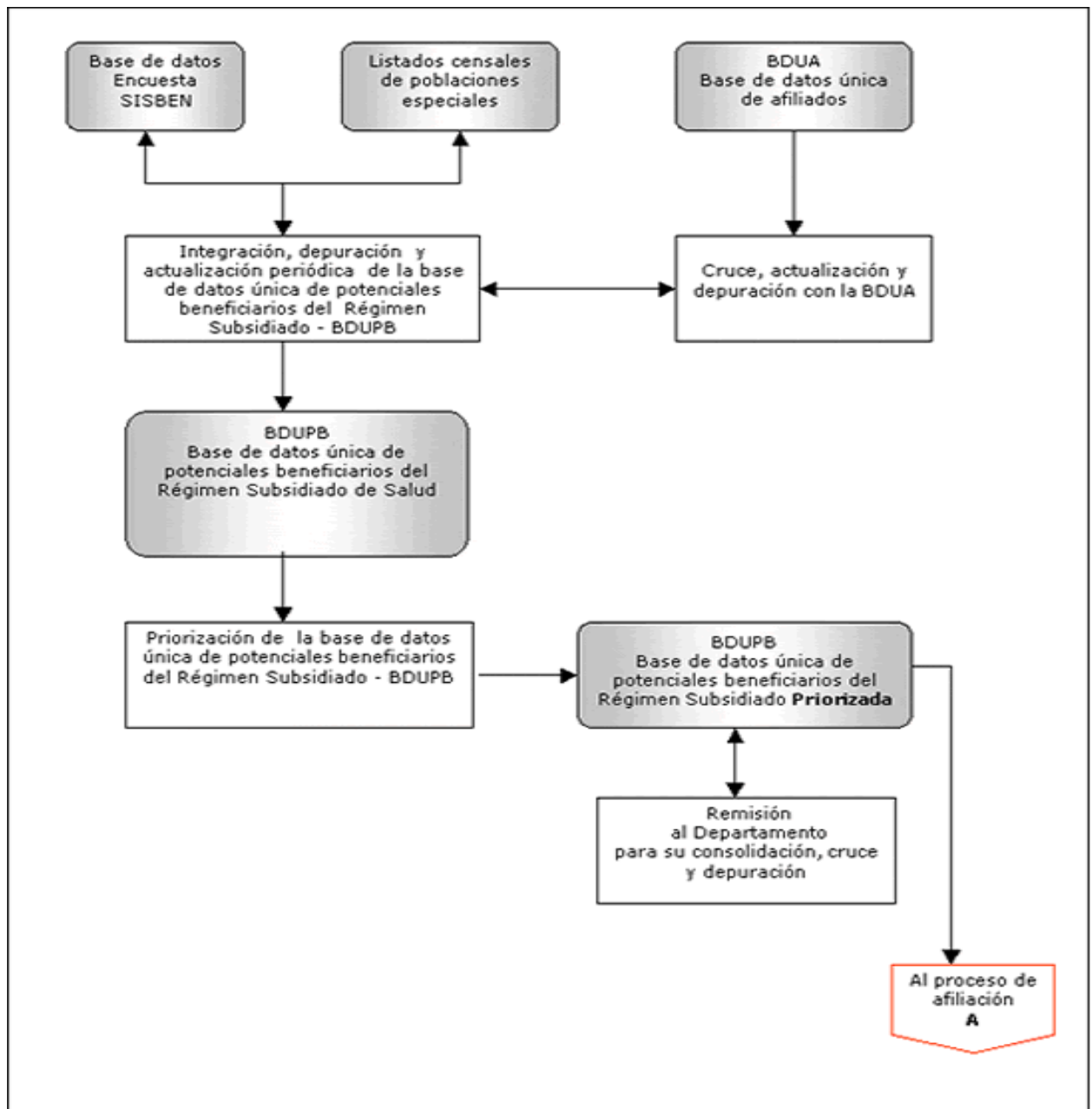
El uso adecuado de esta herramienta permite que el gobierno destine los subsidios para la salud a los grupos de la población, más necesitados o más vulnerables. Por ejemplo, el gobierno puede construir centros de salud en barrios pobres con la esperanza de que los beneficiarios de los servicios médicos públicos sean principalmente las personas de menor ingreso de la zona. También puede tratar de restringir la entrega de bonos para atención privada subsidiada a las

personas que puedan dar pruebas de su estado de pobreza o de su capacidad de pago limitada para recibir atención privada, mediante encuestas que midan las capacidades de los hogares para acceder a los servicios.

En tal sentido, la posibilidad de identificar adecuadamente a la población destinataria de los subsidios, es una condición esencial, no solo para la asignación adecuada de los recursos sino para el mejoramiento de las situaciones de inequidad existente⁵⁰.

El procedimiento para la selección y priorización de posibles candidatos se describe en el siguiente grafico.

⁵⁰ ⁵⁰ Orozco, Julio Mario, Interventoria del Régimen Subsidiado, Pautas para su Aplicación, Cartagena mayo 2008,pag 82



Fuente: Medimarketung Ltda, 2008

Figura 6. Mapa de selección y priorización de posibles beneficiarios

PROCESO DE EVALUACION DE LA SELECCION DE BENEFECIARIOS

Este proceso se realizo mediante la aplicación del mecanismo de focalización y posterior ordenación, según criterio de vulnerabilidad, de la población objeto de subsidios en salud.

El proceso se inicia con el resultado de la aplicación de la encuesta SISBEN por parte de la entidad territorial y la información recibida de las instituciones encargadas de suministrar los “listados censales” o de población identificada bajo criterios diferentes al SISBEN y finaliza con la emisión y divulgación del listado de población priorizada por parte del ente territorial.

PROCESO DE AFILIACION

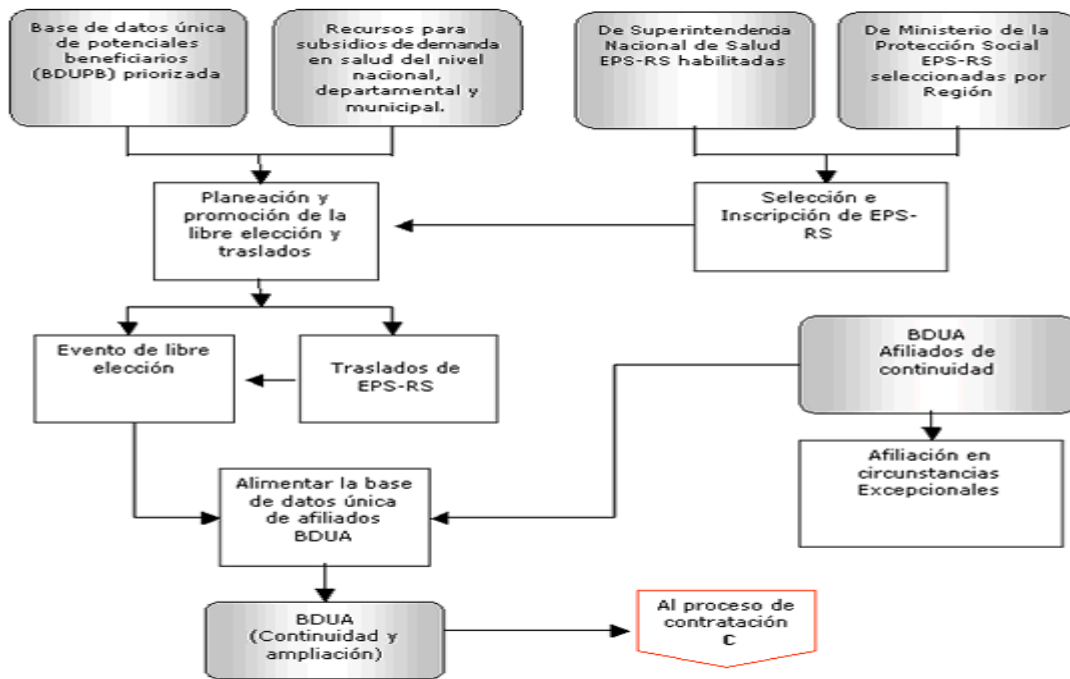
El proceso de afiliación además de describir el proceso de libre elección para los nuevos afiliados, contempla el subproceso de traslados y el de afiliación en circunstancias excepcionales y consta de seis subprocesos esenciales, los cuales se enuncian a continuación:

- **Selección e inscripción de EPS del Régimen Subsidiado** , cuyo objetivo es seleccionar, inscribir y calificar a las EPS autorizadas y habilitadas en el municipio, que permitan al potencial beneficiario elegirla como su EPS-RS.
- **Planeación y promoción de la libre elección**, que permite definir y divulgar el proceso para la libre elección de EPS-RS y disponer de los recursos necesarios para su ejecución⁵¹.
- **Libre elección**, que garantiza que el potencial beneficiario priorizado escoja libremente la EPS de su preferencia, mediante un acto público transparente.

⁵¹ Orozco, Julio Mario, Interventoria del Régimen Subsidiado, Pautas para su Aplicación, Cartagena mayo 2008,pag 92

- **Traslados de una EPS del Régimen Subsidiado a otra;** en igual forma se debe garantizar el efectivo traslado de los afiliados al Régimen Subsidiado que así lo soliciten, si tienen derecho según la normatividad vigente.
- **Excepcionalidades para la afiliación,** que garantiza la continuidad del aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado en circunstancias excepcionales, ya sea por retiro o suspensión de una o más EPS-RS en el municipio.
- **Conformación de bases de datos de afiliados para contratación,** que valida base de datos de afiliados por EPS –RS y por tipo de contrato y modalidad del subsidio, como insumo del proceso de contratación.

La evaluación de estos procesos están ceñidos a la normatividad que los regula, como son Constitución del 1991, ley 100 de 1993 y ley 715 de 2001, Resoluciones 890, 1375 de 2002, y Resolución 195 de febrero 1 de 2005 y la resolución 812 de 2007 que reglamenta todo lo relacionado con la dinámica y estructura de la base de datos y por último la Ley 1122 de 2007 definió nuevos criterios para la selección de beneficiarios del régimen subsidiado de salud.



Fuente: Medimarketing Ltda

Figura 7. Mapa de proceso de Afiliación

PROCESO DE EVALUACION DE LA AFILIACION.

En este proceso se tuvo en cuenta la vinculación de la población priorizada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), haciendo uso de su derecho a la libre elección de EPS-S la cual Inicia con la audiencia pública de libre elección de EPS´S, ya sea para afiliación o traslado de EPS`S y finaliza con la población priorizada afiliada, carnetizada y haciendo uso de los servicios de salud. De acuerdo a los resultados obtenidos se determino el grado crítico en el que se encuentra.

Después de la selección y afiliación como beneficiario del subsidio, viene el proceso de carnetización, aunque este es uno de los procesos más importantes

para el cumplimiento del objeto contractual de aseguramiento en salud, no obstante, la simple entrega del carné no conlleva necesariamente al acceso efectivo a los servicios, por lo que debe acompañarse del Sistema de Información y Atención de Usuarios, el cual le brinda al afiliado el conocimiento y las herramientas para hacer uso de sus derechos.

Entre los sub-procesos a evaluar están:

- La carnetización.
- SIAU
- Participación Social
- Autorización de Servicios
- Tramites de quejas y reclamos en pos del desarrollo social de la población más vulnerable.

Estos procesos vienen ceñidos a la normatividad de la ley 100 de 1993, circular externa 09 de 1996.

4. RESULTADOS DE LA EVALUACION

En nuestro documento hemos querido hacer la evaluación de forma ágil y sencilla, partiendo de una contratación realizada y en ejecución, donde evaluamos subprocesos con el fin de indagar en base a la contratación vigencia 2008, los procesos que no se realizaron de acuerdo a la normatividad preestablecida, con el fin de entregar en forma consolidada los resultado obtenidos de la evaluación y las recomendaciones en cada proceso.

Los resultados de la evaluación de gestión financiera del Régimen Subsidiado son de gran Importancia pues nos muestra una radiografía de lo que se ha alcanzado a realizar en el 2008, en términos de régimen subsidiado, cobertura y afiliación, además, encontrar las deficiencia en la realización de los procesos en busca de mejorar la calidad de vida de los Palmiteros.

Para comenzar a enunciar los resultados, nos permitimos tomar una muestra de los documento de fuentes como: Secretaria de Desarrollo Social, EPS-S, Tesorería, Alcaldía, Ministerio de protección social, que nos sirven como evidencia física del trabajo desarrollado; además nuestras recomendaciones también están ceñidas a las matrices dadas en la resolución 2414 de 2008 del ministerio de protección Social, donde se evalúan estos procedimientos y se crea el plan de mejoramiento.

4.1 RESULTADOS EVALUACION DE LA CONTRATACION

Como lo podemos observar son veintidós (22) contratos Administrativos con seis (6) Eps-s, estas son: Mutual Ser, Mutual Quibdó, Caprecom, Coosalud, Comfasucre Y Sol Salud.

Podemos identificar que el municipio de los palmitos, trabajo con once (11) contratos de continuidad, y once (11) contratos de Ampliación, con los cuales lograron afiliar Tres mil cuatrocientos cuarenta y cuatro (3.444) nuevos afiliados, que en proporción es un 20,5% más que la contratación anterior. Además en estos contratos se aseguraron los recursos de cofinanciación hasta el año 2009 y 2010. Así mismo Ocho (8) de los once (11) contratos de ampliación se hicieron con Subsidio total por Fosyga, y el resto con subsidio parcial por SGP.

El valor total de contratación para la vigencia 2008 asciende a 6.827.037.218,44

La vigencia de los contratos de continuidad es desde 1 de abril de 2008 a 31 de Marzo de 2009, mientras que los contratos de ampliación tienen vigencia desde 1 de agosto de 2008 y 1 de octubre de 2008 hasta 30 de marzo y 30 de septiembre de 2010.

El consolidado de la contratación de Régimen Subsidiado está consolidado en la siguiente tabla:

.CONTRATACION REGIMEN SUBSIDIADO MUN. LOS PALMITOS 2008							
Código	EPS-S	CONTRATO	VIGENCIA		TIPO DE CONTRATO	No.	VALOR
			DESDE	HASTA		Afiliados	CONTRATADO
ESS207	caprecom	200801900	01/10/2008	30/09/2010	AMPLIACION	4	2.375.769,72
ESS207	Mutual ser	200802100	01/10/2008	29/03/2009	AMPLIACION	18	2.508.537,60
ESS024	Coosalud	200801600	01/08/2008	30/09/2010	AMPLIACION	200	128.079.366,00
CCF033	comfasucre	200801900	01/08/2008	30/09/2010	AMPLIACION	760	486.701.590,00
ESS207	Asociacion Mutual Ser	200801400	01/08/2008	30/09/2010	AMPLIACION	234	149.852.858,22
EPS076	Ambuq	200801500	01/08/2008	30/09/2010	AMPLIACION	280	179.311.112,40
EPS026	solsalud	200802000	01/08/2008	30/09/2010	AMPLIACION	500	320.198.415,00
EPS020	caprecom	200801800	01/08/2008	30/09/2010	AMPLIACION	1.200	768.476.196,00
EPS020	caprecom	200801700	01/08/2008	30/09/2010	AMPLIACION	150	96.059.524,50
ESS024	coosalud	200801300	01/04/2008	31/03/2009	AMPLIACION	48	13.378.867,20
ESS024	coosalud	200800800	01/04/2008	31/03/2009	CONTINUIDAD	12	3.344.716,80
ESS024	coosalud	200800700	01/04/2008	31/03/2009	CONTINUIDAD	3.691	1.028.779.142,40
ESS207	Asociacion Mutual Ser	200800600	01/04/2008	31/03/2009	CONTINUIDAD	44	12.263.961,00
ESS207	Asociacion Mutual Ser	200800500	01/04/2008	31/03/2009	CONTINUIDAD	2.631	733.329.158,40
EPS020	caprecom	200801100	01/04/2008	31/03/2009	CONTINUIDAD	4	1.114.905,60
EPS020	caprecom	200801000	01/04/2008	31/03/2009	CONTINUIDAD	1.688	470.490.163,20
EPS026	solsalud	200800900	01/04/2008	31/03/2009	CONTINUIDAD	991	276.217.862,40
ESS076	Ambuq	200800300	01/04/2008	31/03/2009	CONTINUIDAD	1.487	414.466.156,80
ESS076	Ambuq	200800400	01/04/2008	31/03/2009	CONTINUIDAD	40	11.149.056,00
CCF033	comfasucre	200800100	01/04/2008	31/03/2009	CONTINUIDAD	6.073	1.692.705.427,20
CCF033	comfasucre	200800200	01/04/2008	31/03/2009	CONTINUIDAD	80	22.298.112,00
CCF033	comfasucre	200801200	01/04/2008	31/03/2009	AMPLIACION	50	13.936.320,00
TOTAL						20.185	6.827.037.218,44

Fuente: Secretaria de Desarrollo Social Municipio De Los Palmitos

Tabla 8. Contratación Régimen Subsidiado

En el anexo No 1, se encuentra un contrato administrativo de ampliación

especificado por fuentes, EL formato de los contratos administrativos es remitido por la SuperSalud, así que todos tienen la misma estructura.

La normatividad establece que los contratos de aseguramiento deben tener una póliza de cumplimiento y una póliza para enfermedades de alto costo, al verificar la contratación del municipio de los palmitos observamos que efectivamente todos los contratos de aseguramiento poseen estas pólizas, según las vigencias correspondientes. Las pólizas de cumplimiento como la de alto costo la podemos observar en el anexo No 2 y No 3 y 4 Correspondientemente.

Además, cada contrato de administración debe llevar anexo según la normatividad su certificado de Disponibilidad Presupuestal y su Registro Presupuestal, como se puede observar en los anexos No 7 y 8.

➤ **Validación de Novedades**

Con cada contrato de continuidad o ampliación se deben ir validando las novedades por nacimientos y fallecidos, generalmente, estas novedades las deben enviar las EPS-S al municipio para que este a su vez las valide mediante oficio de aceptación. Gracias al buen manejo de la base de datos del Régimen Subsidiado este proceso se ha realizado relativamente en poco tiempo ya que se han hallado duplicidades que permiten ingresar los nacimientos a la base de datos de las Eps-s sin ningún problema, ahora bien, cuando estos no se han podido validar de esta forma, la administración municipal utilizó unos fondos girados por SGP y contrato una ampliación por 18 nacimientos.

Los formatos utilizados para reportar novedades al municipio se encuentran en el anexo No 5 y 6.

➤ **Inclusiones y Reemplazos**

EL Administrador de la Base de datos del RS, es el directo responsable por el hallazgo, aceptación y validación de los nacimientos, fallecimientos, traslados y múltiples afiliaciones. Básicamente, el procedimiento que se llevo a cabo fue realizar un contrato bajo la modalidad de de Ampliación con subsidio total por SGP para legalizar los nacimientos.

También se realizo un trabajo de constante depuración de base de datos de las diferentes EPS-S para legalizar nacimientos por fallecidos, y estos a su vez se legalizaron mediante actos administrativos.

➤ **Certificación de Pagos**

Este proceso aunque debería validarse mediante la carnetizacion y novedades validadas, no se da así, pues los pagos en el municipio se ven ligados a los recursos que se tengan el Fondo Local de Salud (FLS), un ejemplo de esto es la validación de los contratos de ampliación de agosto y octubre, a pesar de que estos contratos ya se encuentran en el Departamento Administrativo de Seguridad Social en Sucre (Dasssalud), el ministerio al día de hoy no los ha validado y los recursos aun no han sido desembolsados.

Los pagos se realizan por fuente de Finaciacion, como se puede observar en los anexos No 9, 10,11 y 12.

Las liquidaciones de los contratos administrativos de régimen subsidiado para la vigencia 2008 aun no se han realizaron ya que estos terminan en el 2009 y 2010 respectivamente.

Sin embargo, si se realizaron liquidaciones de las vigencias pasadas, dados que las administraciones municipales anteriores, omitieron las liquidaciones de los

contratos administrativos que realizaron en sus mandatos.

4.2 RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LA FINANCIACION

En el municipio se están elaborando proyecciones poblacionales teniendo en cuenta el crecimiento de la población pobre, el desplazamiento de la población y el cálculo de la población pobre no cubierta, además de la identificación de los posibles candidatos a subsidios parciales, buscando elaborar proyecciones sobre los ingresos futuros estimados por fuente financiera, y que dan cuenta de un incremento igual a la inflación (6%), más un porcentaje equivalente al crecimiento real de la economía (2%).

➤ Fondo Local de Salud

El fondo Local de Salud, en el caso del Municipio de los Palmitos, está constituido por tres (3) Cuentas corrientes, distribuidas según fuente de financiación con esto se busca establecer el origen y el valor de los recursos que se pueden destinar a financiar las Unidades de Pago por Capitalización, así como su focalización hacia la continuidad de los afiliados, el cumplimiento de las metas de cobertura con subsidio completo, el acceso a subsidios parciales y, hacia las poblaciones que reciben recursos específicos (desplazados, gremios).

Este fondo es administrado por el Secretario de Desarrollo Social, y la tesorería municipal.

Una vez establecido el valor de la contratación total vigencia 2008, se hace necesario identificar las fuentes de financiación para constatar pagos y flujo de recursos.

Las fuentes de financiación de la contratación de régimen Subsidiado en el Municipio De Los Palmitos se resumen en el Siguiete Tabla:

Código	Eps-s	CONTRATO	ENTE TERRITORIAL		FOSYGA	MODALIDAD
			SGP.S	Esfuerzo Propio		
ESS207	caprecom	200801900	0,00	0,00	2.375.769,72	SUB.TOTAL
ESS207	Mutual ser	200802100	2.508.537,60	0,00	0,00	
ESS024	Coosalud	200801600	0,00		128.079.366,00	SUB. TOTAL
CCF033	comfasucre	200801900	0,00	0,00	486.701.590,80	SUB. TOTAL
ESS207	Asociacion Mutual Ser	200801400	0,00	0,00	149.852.858,22	SUB. TOTAL
EPS076	Ambuq	200801500	0,00	0,00	179.311.112,40	SUB. TOTAL
EPS026	Solsalud	200802000	0,00	0,00	320.198.415,00	SUB. TOTAL
EPS020	Caprecom	200801800	0,00	0,00	768.476.196,00	SUB. TOTAL
EPS020	Caprecom	200801700	0,00	0,00	96.059.524,50	SUB. TOTAL
ESS024	coosalud	200801300	13.378.867,20	0,00	0,00	SUB. PARCIAL
ESS024	coosalud	200800800	3.344.716,80	-	0,00	SUB. PARCIAL
ESS024	coosalud	200800700	503.849.549,46	74.979.555,87	449.950.037,07	SUB. PARCIAL
ESS207	Asociacion Mutual Ser	200800600	0,00	0,00	12.263.961,60	SUB. PARCIAL
ESS207	Asociacion Mutual Ser	200800500	359.151.494,07	53.446.548,77	320.731.115,56	SUB. PARCIAL
EPS020	Caprecom	200801100	0,00	-	1.114.905,60	SUB. PARCIAL
EPS020	Caprecom	200801000	230.424.827,82	34.290.298,11	205.775.037,27	SUB. PARCIAL
EPS026	Solsalud	200800900	135.279.031,03	20.131.330,22	120.807.501,15	SUB. PARCIAL
ESS076	Ambuq	200800300	202.986.800,34	30.207.152,42	181.272.204,04	SUB. PARCIAL
ESS076	Ambuq	200800400	0,00	-	11.149.056,00	SUB. PARCIAL
CCF033	comfasucre	200800100	829.010.651,28	123.367.879,39	740.326.896,53	SUB. PARCIAL
CCF033	comfasucre	200800200	0,00	-	22.298.112,00	SUB. PARCIAL
CCF033	comfasucre	200801200	13.936.320,00	-	0,00	SUB. PARCIAL
			2.293.870.795,60	336.422.764,78	4.196.743.659,46	

Fuente: Secretaria De Desarrollo Social Mun. Los Palmitos

Tabla 9. Fuentes de Financiacion RS Mun. Los Palmitos 2008

➤ **Flujo de recursos**

A continuación totalizamos el valor de los recursos girados al municipio por parte del Fosyga Y SGP, y esfuerzo propio, que a su vez está dividido en regalías y Etesa, buscando indagar la proporción de pagos realizados por el municipio a las diferentes EPS-S.

	VALOR	ENTE TERRITORIAL		FOSYGA
	CONTRATADO	SGP.S	Esfuerzo Propio	
INGRESOS	6.827.037.218,44	2.293.870.795,60	336.422.764,78	4.196.743.659,46
	VALOR	ENTE TERRITORIAL		FOSYGA
	CONTRATADO	SGP.S	Esfuerzo Propio	
EGRESOS	\$ 6.827.037.218,14	2.293.870.795,00	317.104.726	1.759.408.794,40

Fuente: Cálculos Propios, Tesorería Municipal, Fidufosyga.

Tabla 10. Flujos de Recursos Regimen Subsidiado, Municipio de los Palmitos

Si tenemos en cuenta que la administración actual, giro pagos a contratos de la vigencia 2007, en los meses de Enero a Marzo, y que la vigencia actual esta hasta el 2009 y 2010, podemos decir que el flujo de recursos del municipio está al día en un 70%, ahora bien, este 70% que está al día, solo corresponde a los recursos del ente territorial, por que los recursos girados por el Fosyga al municipio están al día solo en los contratos de Continuidad.

Al parecer los contratos de ampliación no han sido cargados por el Ministerio de Protección Social, y por tanto al 28 de Diciembre estos recursos no habían sido girados.

4.3 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA AFILIACION

La priorización y selección de beneficiarios se realiza teniendo en cuenta la base de datos del Sisben según el nivel correspondiente, ya sea nivel I o Nivel II, luego se realiza el proceso de afiliación y por último el beneficiario debe acceder al SIAU, teniendo en cuenta estos procesos en el municipio de los palmitos se desarrollaron de la siguiente manera:

➤ **Base de datos SISBEN:**

Anteriormente presentamos la Tabla No 4 (Calificación de la Población por Sisben y Estratos) donde expusimos la base de datos del Sisben del municipio de los palmitos tomando como fuente Dasssalud, en la evaluación logramos verificar que el municipio ha sisbenizado a muchas más personas en lo corrido de esta administración, por lo cual presentamos la base de datos de Sisben actualizada para el año 2008:

Nivel I	21291
Nivel II	1876
Nivel III	125
TOTAL POBLACION SISBENISADA	23,292

Fuente: Oficina Sisben Municipio De Los Palmitos, 2008

Tabla 11. Población Sisbenizada Municipio Los Palmitos 2008

➤ **Afiliación:**

- ✓ Selección e Inscripción de EPS-S: Para la contratación de vigencia 2008, se inscribieron 6 EPS-s, como pudimos observar en la tabla No 7.
- ✓ Planeación y Promoción de la libre Elección: Una vez se hizo la identificación, selección y priorización de los afiliados, se procede a publicar dicha base de datos en la Alcaldía municipal y en la página web del municipio, buscando transparencia en el proceso, este proceso implica entonces, que el ciudadano adquiere el derecho a ser incorporado a la población afiliada al Régimen Subsidiado de Salud, siempre y cuando existan los recursos para su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El procedimiento de elección y certificación de Afiliación de Eps-s se llevó a cabo en audiencia pública, los días 19 de Marzo y 20 y 23 de julio, para las ampliaciones de vigencia 2008.

- ✓ Traslado de Una Eps-s a Otra Eps-s: en la vigencia 2008 no se dio ningún traslado, además estos traslados están previamente informados según resoluciones del Ministerio de Protección Social.

➤ **Conformación de Base de Datos de Subsidiados:**

La base de datos de los nuevos subsidiados fue entregada a las Eps-s el día 20 de agosto, en pos de los contratos de ampliación de 1 de Agosto de 2008.

- **Carnetización:** La carnetización en el municipio de los palmitos está certificada en un 70%, pues existen dos Eps-s, que aun no envían las actas de carnetización a la Secretaría de Desarrollo Social.

En porcentaje las Eps-s carnetizaron a menos de 30 días a un 34% de la

población subsidiada, y a 45 días carnetizaron 46% de esta población según datos de la Secretaria de Desarrollo Social.

- **SIAU:** Hasta el 28 de diciembre solo una EPS-S, reporto el informe Siau a la Secretaria de Desarrollo Social, a pesar de los requerimientos que se hicieron por parte de la administración local.

Así pues, el desarrollo en afiliación al SGSSS que hemos encontrado en el municipio de los Palmitos se resume así:

Población Total Municipio	30.914
Afiliados a Régimen Subsidiado	20.185
Afiliados a Régimen Contributivo	865
Con Sisben I y II	2.982
Con Sisben III	125
Población sin Afiliación	6.882

Fuente: Cálculos Propios, Año 2008

Tabla 12. Afiliación a Seguridad Social en Salud Municipio de los Palmitos

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las reformas sectoriales de las últimas décadas han buscado la formación de mercados y la concesión de un mayor espacio a los agentes privados para que participen en la oferta de bienes y servicios que antes eran producidos bajo monopolio estatal, al mismo tiempo que se promueve entre los consumidores la libre elección del proveedor de dichos bienes o servicios. Aunque existe polémica sobre los verdaderos propósitos o alcances de estas reformas, así como sobre sus resultados en materia de cobertura y ajuste fiscal, la liberalización y la privatización han marcado la pauta como estrategias para mejorar los niveles de eficiencia y bienestar en la sociedad.

Esta lógica de las reformas ha traído consigo varias innovaciones de mercado. En particular, se tiene la desintegración vertical de actividades que antes realizaba una sola firma, normalmente de carácter estatal, de modo que emergen varios mercados que se configuran en torno a la oferta de nuevas firmas competidoras. Además, en medio de tal desintegración y de la aparición de nuevos agentes, se desarrollan comportamientos estratégicos que buscan reducir costos de transacción y mantener su presencia en el mercado, de modo que se generan integraciones, alianzas y otras conductas que, unidas a imperfecciones como la existencia de externalidades o los problemas de información, ponen en riesgo el bienestar del consumidor.

En el caso de la salud en la reforma colombiana, el seguro público de salud fue sometido a una desintegración vertical al separar su oferta de las actividades o

funciones de financiamiento y prestación de servicios; además, se creó un mercado para proveer el seguro y articularlo con el mercado de servicios médicos, el cual también recibió un impulso, con incentivos para invertir en la ampliación de la oferta y el mejoramiento de la calidad. Esta reforma en los mercados de salud estuvo complementada con la descentralización territorial y, como puede predecirse desde la economía institucional, implicó la generación de mecanismos de regulación para facilitar un desarrollo armónico de tales mercados.

El marco regulatorio del sistema de salud colombiano se caracteriza por su contenido, en términos de instituciones o normas, a nivel macro, por variables de precio y cantidad que buscan el desarrollo de la competencia regulada, con el propósito de brindar cobertura universal del seguro y evitar o contener fenómenos como la selección de riesgos.

Además, a nivel micro, los agentes que participan en el sistema se ven sometidos a restricciones para su entrada y operación, las cuales incluyen requerimientos sobre capital, solvencia, exposición a riesgos y garantía de la calidad.

Por otra parte, desde el punto de vista de la regulación como proceso, en el caso colombiano se cuenta con el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con funciones en materia de regulación, al mismo tiempo que administra recursos del sistema y funciona como un espacio de concertación o participación social. Además del Consejo, el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud completan el conjunto de organismos reguladores y se encargan de funciones más técnicas y específicas, tanto en cuanto a la definición de normas como a la vigilancia y el control sobre las mismas.

Al final de la pirámide, aparece el ente territorial, como organismo que asegura los recursos que permitan la cofinanciación de los recursos del sistema, en nuestro caso, los recursos destinados al Régimen Subsidiado de Salud.

El municipio de los palmitos en la búsqueda de recursos que financian la salud para las personas más pobres y vulnerables del municipio, quiso evaluar el proceso de gestión financiera del régimen Subsidiado en el primer año de la administración presidida por la doctora Carmen Berena Gómez Mendoza, buscando asegurar los recursos, mejorar los procesos y permitir el desarrollo social de la comunidad palmitera en función de la seguridad social en salud.

La evaluación se realizó en horarios de oficina, en el despacho de la Secretaría de Desarrollo Social, donde se organizó, procesó y analizó la información de dicho régimen concluyendo lo siguiente:

No existen documentación de la administración anterior, ya que nunca hubo empalme, así que la administración actual se encontró con desinformación técnica sobre los procesos de desarrollo territorial, por lo que concluimos que la inversión social en la administración anterior no se hizo con criterio técnico sino político y no existió compromiso local de los diferentes actores con la política social del municipio.

Esta situación acarreo dificultades inherentes a todos los procesos, uno de ellos fue empezar de cero todos los procesos administrativos, y asegurar los recursos de régimen subsidiado de la administración anterior, creando dificultades fiscales a la nueva administración.

A pesar de estas dificultades las competencias asignadas en lo social se han desarrollado plenamente, y se ha contado con condiciones locales para su cabal implementación, ya que el municipio cuenta con una eficiente y eficaz organización para realizar las actividades administrativas y regulatorias en lo que a Régimen Subsidiado se Refiere.

La administración local, ha luchado por implementar la cultura de la participación comunitaria en la gestión de la administración, y por ello se han logrado focalizar los problemas más rápidamente, con la apertura de espacios para que el común de la población sea interlocutora de sus verdaderas necesidades, veedora de la gestión pública y artífice de decisiones que la afecten.

Las dificultades más grandes y limitantes para cumplir a cabalidad con su misión, metas, planes y controles las podríamos resumir en:

- Espíritu paternalista de la comunidad (todo lo quieren obsequiado).
- Falta recursos económicos.
- Falta de recursos humanos capacitados.

Pero a pesar de estas dificultades, el municipio de los palmitos está a solo un 22% de lograr la afiliación universal de la población más pobre y vulnerable a la seguridad social en salud, según nuestros cálculos, la afiliación universal debe estarse dando al finalizar esta administración, y sería el segundo municipio del departamento de Sucre después de Sincelejo en lograr esta meta, pues lo demás municipios están lejos de lograr esta meta, entre otras por falta de recursos y organización administrativa.

Por ello las recomendaciones de esta evaluación están dadas a nivel de procesos, como lo establece la normatividad según la Resolución 2014 de 2008, donde se busca evaluar los procesos y concluir con el plan de mejoramiento a seguir por parte de la Secretaria de Desarrollo Social y la Administración Municipal, como se puede observar en los anexos No 13 y 14

Dentro del plan de mejoramiento recomendamos:

- Ajustar el acuerdo de creación del fondo local de salud conforme a la normatividad vigente, se debe realizar de forma inmediata y el responsable de esta labor es el asesor jurídico y Secretario de Desarrollo social, en el caso del municipio.

- Formular el plan técnico de ingresos financieros y concertar el plan financiero vigencia 2009, esta labor se debe realizar en conjunto con el jefe de presupuesto, la alcaldesa y el secretario de desarrollo social a finales del mes de Diciembre.
- Elaborar informe de ejecución presupuestal del FLS, con destino a la Dirección Local de Salud, este procedimiento lo debe realizar el jefe de presupuesto, y se debe realizar mensualmente.
- Cumplir con los requisitos para el giro de los recursos de Fosyga, que básicamente, sería mantener la Base de Datos Unica Actualizada, este proceso es responsabilidad del administrador de la Base de Datos del Régimen Subsidiado.

Así pues y considerando todos los subprocesos a evaluar se recomienda:

- Que el Secretario de Desarrollo Social mantenga una estricta vigilancia sobre la coordinación y seguimiento que se le hagan tanto a las actividades con buen desempeño como a las que están en plan de mejoramiento.
- Es recomendable que todas las actividades a seguir dentro de los distintos procesos se hagan en los tiempos y condiciones estipuladas por la normatividad, para así evitar posibles traumas y/o obstáculos en el momento de deliberar sobre ellos dentro de la etapa de seguimiento.
- Es importante que los actores directos en el acompañamiento de las actividades incluidas en el plan de mejoramiento sean responsables en la ejecución de dicha actividad.
- Se debe seguir cumpliendo el reto de mejorar y avanzar en la validación de la base de datos ante el fidufosyga, puesto a que este proceso incide directa en el flujo de recursos por parte del Fosyga al municipio.

- Es importante que los Archivos relacionados con Base de Datos, Novedades y Actualizaciones mantengan una copia de seguridad que debe ser actualizada cada tres días.
- Aunque los procesos muestran un desempeño de 60% se sugiere que este plan de mejoramiento se cumpla con total responsabilidad ya que con ello el Municipio mejora su rendimiento en cuanto a los procesos llevados por la Secretaria de Salud.

Terminamos concluyendo que la gestión financiera llevada a cabo por el municipio es eficiente teniendo en cuenta que los procesos fueron avalados en un 60%, que el reto es hacerla eficaz en función del aseguramiento, por lo tanto es necesario desarrollar programas de asistencia técnica novedosos, que comprendan una real transferencia de tecnología y conocimiento al nivel local para desatar un cambio de actitud y desarrollar capacidades para dirigir y operar la política social desde lo territorial y por ende la política Social en salud.

6. BIBLIOGRAFIA

- Ministerio de Protección Social. Ley 100: Sistema de Seguridad Social Integral, Bogotá. El congreso, 1993.
- Ministerio de Protección Social, Ley 1122: Modificaciones al Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Ministerio de Protección Social, Ley 715: Normas Orgánicas en Materia de Recursos y Competencia, Bogotá, 2001.
- Ocampo, José A, Un Futuro Económico Para Colombia. Alfaomega. Bogotá, 2001.
- Restrepo M. La reforma al financiamiento de la salud en Colombia. En: Daniel Titelman y Andras Uthoff (comp), Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica & Cepal, Tomo II; 1999.
- Enthoven CA. Managed competition of alternative delivery systems. Journal of Health Politics Policy and Law. 1988.
- Barón G. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento. Ministerio de la Protección Social-Departamento Nacional de Planeación. Bogotá D.C: Impresol Ediciones Ltda: marzo 2007.)
- Pinto Diana Margarita. La Competencia Regulada y La Calidad de la Atención desde la Perspectiva del Usuario.) Harvard School of Public Health, Octubre de 2002.
- Herrera Vicente, Tello Ariel, Descentralización, Bogotá D.C., Colombia, noviembre del 2000.)

- Orozco, Julio Mario, Interventoría del Régimen Subsidiado, Pautas para su Aplicación, Cartagena mayo
- Espinosa Karen, Restrepo Jaime Humberto, Rodríguez Sandra, Producción Académica en Economía de la Salud en Colombia, Lecturas de Economía, Julio- Diciembre de 2003.
- Plan Territorial de Salud, Alcaldía Municipal de los Palmitos (Sucre) 2008-2011.
- Informe Diagnostico Régimen Subsidiado en Salud Municipio de Los Palmitos. Secretaría de Desarrollo Social, Febrero, 2008.
- Plan de Desarrollo Territorial “Un Buen Gobierno Para Todos”. Alcaldía Municipal de Los Palmitos, 2008-2001.
- www.minproteccionsocial.gov.co
- www.monorafias.com
- Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud. Washington, D.C: Banco Mundial; 1993.
- Ministerio de Salud, Universidad de Harvard. Reforma de Salud en Colombia y Plan Maestro de implementación. Bogotá; 1997.
- www.revmed.unal.edu.co.
- Jaramillo I. El futuro de la Salud en Colombia. 4a. edición. Sta. Fe de Bogotá D.C.:FESCOL, FES, FRB, Fundación Corona, 1999.
- Sánchez-Gómez LH, Yepes-Luján FJ, et al. Ley 100: un año de implementación. 1a.edición. Santafé de Bogotá, D.C.: ASSALUD-FES, 1995.
- Ministerio de Salud. Estatuto orgánico del Sistema de Seguridad Social en Salud y requisitos legales para la descentralización de competencias y recursos. Sta Fe de Bogotá. D.C.: Ministerio de Salud, 1994.
- www.cgh.org.co

Anexo No 2. Póliza de Cumplimiento de Contrato de Aseguramiento

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

Referencia 10006024902-17	Sucursal Expedidora BUCARAMANGA	Cod. Sucursal 520	Punto de Venta NINGUNO	Cod. Punto 0	Ramo 25	No. Póliza 300011918	Anexo 0
Fecha Expedición Día Mes Año 25 08 2008	Vigencia Desde Día Mes Año 25 08 2008	A las Horas 00:00	Vigencia Hasta Día Mes Año 31 01 2011	A las Horas 00:00	Tipo de Movimiento EXPEDICION	Hoja 1 / 1	

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

Nombre : SOLSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	Identificación : 804.001.273-5
Dirección : CRA 26 NO.30 -7C	Ciudad : BUCARAMANGA, SANTANDER
Tipo de contragarantía : PERSONAL/PAGARE/PAGARE	Nº Contragarantía : 506298
Identificación : 892.201.287-6	Teléfono : 6120666

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Asegurado : MUNICIPIO DE LOS PALMITOS	Identificación : 892.201.287-6	Teléfono : 6120666
Beneficiario : MUNICIPIO DE LOS PALMITOS	Identificación : 892.201.287-6	Teléfono : 6120666

OBJETO DEL SEGURO

AMPARAR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, REFERENTE A LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD Y EL ASEGURAMIENTO DE LOS BENEFICIARIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, AL RÉGIMEN SUBSIDIADO.
CONTRATO No 200802000
AFILIADOS 500

AMPAROS

TIPO DE RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS				
AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA	PRIMA
CUMPLIMIENTO	01/08/2008	31/01/2011	32,019,841.50	240,280

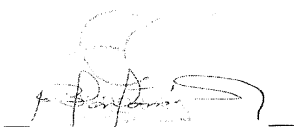

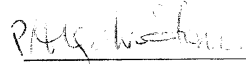
ACLARACIONES

CONDORSA				
----------	--	--	--	--

Valor Prima \$ *****240,280	Gastos Expedición \$ *****5,000.00	IVA \$ *****39,245	Total a Pagar \$ *****284,525	Fecha Limite de Pago 25 / 08 / 2008
--------------------------------	---------------------------------------	-----------------------	----------------------------------	--

Valor Asegurado Total \$ *****32,019,841.50	Valor Asegurado en Letras TREINTA Y DOS MILLONES DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y UNO PESOS CON CINCUENTA CENTAVOS M/CTE.
--	---

INTERMEDIARIO			COASEGURO		
Nombre	Clave	% de Part.	Nombre Compañía	% Part.	Valor Asegurado
SISTEMAS INTEGRALES DE PROTECCION A	6873	100.00			

 FIRMA TOMADOR	 010006024502  FIRMA TOMADOR
--	--

FO-EMI-01-01

DIRECCION PARA NOTIFICACIONES: Carrera 7 Nº 74-21 - Teléfono 3192930 - Bogotá D.C.
Mail: seguroscondorsa@condorsa.com.co
COMO GRANDES CONTRIBUYENTES RESOLUCION 2030 Dic. 20/1990.

CPELAEZ

16-11-2007-1319-P-05-FCUBEE01019513192

Anexo No 3. Póliza de Enfermedades de Alto Costo

ORDEN No. 0022 BANCO BANCO DE BOGOTÁ - CUENTA DE AHORROS No.008077661 C/C. No. 0022 C/C. No. 0022		Cheque No. 0282871	FECHA: 11/11/08
CUENTA 23339102 1110050009	DETALLE FOLLETO COSTO SUES JUNIO/2008 COMPAÑIA ASEGURADORA DE VIDA A	FACTURA 1017 0282871	DEBITO 81,926,340.00 81,926,340.00
TOTALES		81,926,340.00	81,926,340.00

ELABORADO POR CARRERA GUERRERO	REVISADO POR [Firma]	AUTORIZADO POR [Firma]	RECIBE [Firma]
C.C. o NIT.			[Firma]



AURORA S.A.
Compañía de Seguros de Vida

NIT. 860.022.137-5

POLIZA DE SEGUROS DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO
 RES. AUTORIZACION RAMO DE ALTO COSTO Nro.0941 DE AGOSTO 23 DE 2002
 SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
 ANEXO DE POLIZA No 34

NIT 804001273-5	SOLSALUD EPS	TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO FACTURACION PERIODICA	POLIZA No. 1017
ASEGURADOS: AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO BENEFICIARIOS: SOLSALUD EPS DIRECCION: CARRERA 26 NO 30-70 CIUDAD: BUCARAMANGA, SANTANDER TELEFONO: 6352211				
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 14 / 10 / 2008	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 0 HORAS (d-m-a) 01 / 04 / 2007	HASTA LAS 0 HORAS (d-m-a) 01 / 01 / 2009	VIGENCIA DE COBRO DESDE LAS 0 HORAS (d-m-a) 01 / 10 / 2008	HASTA LAS 0 HORAS (d-m-a) 01 / 11 / 2008
INFORMACION DEL RIESGO PRIMA POR AFILIADO MES : \$ 60.00 Nro. de Afiliados : 1,365,439 VALOR ASEGURADO POR AFILIADO : \$ 125,000,000.00 DEDUCIBLE POR PATOLOGIA O EVENTO POR VIGENCIA : \$ 70,000,000.00				
OBSERVACIONES AJUSTE FACTURACION SEPT/08: (\$175.920). FACTURACION OCT/08: \$92.102.260.				
TOTAL A PAGAR:				\$81,926,340.00

"LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO." Art. 1068 C. de Co.

SE CONSIDERA PAGADAS LAS PRIMAS CUANDO SE CONSIGNE SU VALOR TOTAL EN LA CUENTA DE AHORROS N° 00807766-1 DEL BANCO DE BOGOTÁ A FAVOR DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS AURORA S.A. ESTE DOCUMENTO NO TENDRA NINGUNA VALIDEZ SI EL CHEQUE CON EL CUAL FUE CANCELADO RESULTARE IMPAGADO POR EL BANCO LIBRADO

SOLSALUD EPS

LIBRANTE

COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA
 AURORA S.A.
 Valor Expediente: \$ 81,926,340.00
 Valor Devengado: \$ 175,920.00
 Valor Cancelado: \$ 92,102,260.00
 Valor Total: \$ 81,926,340.00

DOCUMENTO EQUIVALENTE A UNA FACTURA

Anexo No 4. Certificación de Amparo de Enfermedades Catastróficas



AURORA S.A.
Compañía de Seguros de Vida

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S. A.

Res. Autorización Ramo de Alto Costo No. 0941 de Agosto 23 de 2002
Superintendencia Bancaria de Colombia


CERTIFICA

Que, **SOLSALUD EPS**, identificada con el Nit. 804.001.273-5, tiene contratada la póliza de Enfermedades Catastróficas No. **1017** para el Régimen Subsidiado, que amparan la población afiliada a todos sus Contratos de Administración suscritos para la vigencia **ABRIL 01 DE 2007** a **ENERO 01 DE 2009**.

Que **SOLSALUD EPS**, ha cancelado oportunamente los valores de prima correspondientes hasta el mes de **OCTUBRE** de 2008.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado. Dada en Bogotá D. C. a los 12 días del mes de noviembre de 2008.

Atentamente,



JOSE ANCIZAR JIMENEZ GUTIERREZ
Gerente Ramos de Salud

Defensa Clientes Encargado de Atención al Cliente Arguedas Tels. 2209 11 3-44
Calle 105 No. 100-100 Bogotá, Colombia Seguros AURORA

Anexo 5. Formato No 1 Reporte de Novedades.



SOLIDARIA DE SALUD
SOLSALUD EPS
NIT 804 021 273 5

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

REPORTE DE NOVEDADES

FORMATO 1

Nombre de la ARS	SOLSALUD E.P.S. S.A.	Código	EPS026
Departamento	SUCRE Código: 70	Municipio	LOS PALMITOS Código: 70418
Contrato No.	200800900	Inicio	01/04/2008 Vence 31/03/2009
Periodo del Reporte	6	Desde	01/10/2008 Hasta 31/10/2008
Causal	NC RECIEN NACIDOS	Ingreso/Egreso/Otro	I

Nro.	Nombre	Documento	Fecha Nov.	Dias	UPC-Diaria	Valor
1	MARQUEZ RAMOS KEINER DAVID	RC 1103861843	29/08/2008	38	\$ 774.24	\$ 29421.12
2	MENDEZ REYES ISAIAS DAVID	RC 1102835303	09/09/2008	30	\$ 774.24	\$ 23227.20
3	OLIVARES MENDOZA ALEJANDRO JOSE	RC 1103216623	04/03/2008	11	\$ 774.24	\$ 8515.64
4	PEREZ GOMEZ JUAN DE DIOS	RC 42270890	09/08/2008	47	\$ 774.24	\$ 36389.28
5	RUIZ GOMEZ MARIA ANGEL	RC 1103105214	30/05/2008	30	\$ 774.24	\$ 23227.20
6	RUIZ PALENCIA JUAN DAVID	RC 1187463166	17/09/2008	44	\$ 774.24	\$ 34065.56
TOTAL						\$ 154,848.00

Nro Total de Personas	6	\$	154,848.00
Total menores de un año	6	\$	154,848.00
Mujeres entre 15 y 44 años	0	\$	0.00
Otros	0	\$	0.00

Fecha de Presentación del Reporte: Día 4 Mes 11 Año 2008

Firma de la ARS

Elaborado por

Anexo No 6. Formato No 2 Reporte de Novedades



SOLSALUD EPS
Nº 684.00.3215

MINISTERIO DE SALUD
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

REPORTE DE NOVEDADES FORMATO 2

Nombre A.R.S. SOLSALUD E.P.S. S.A. **Código de la A.R.S.** EPS026
Departamento SUCRE Código: 70 **Municipio** LOS PALMITOS Código: 70418
Contrato Nro. 200800900 **Vigencia** 01/04/2008 31/03/2009
Periodo del Reporte 6 **Fecha Reportada** 01/10/2008 31/10/2008
Valor Inicial del Contrato \$ 276.217.862.4000 **Numero Afiliados Inicial** 991 **UPC/Día** \$ 774.24
Valor total del contrato \$ 276.217.862.4000 **991**

1. AFILIADOS	2. INFORMACION BASE REPORTE						3. INGRESOS						4. EGRESOS						5. TOTALES	
	AFILIADOS RECONOCIDOS CONVENIO A.S.UBA	AFILIADOS RECONOCIDOS CONVENIO SUCRE	COSTO MAYOR SUCRE	AFILIADOS SUSCRIBIDOS EL PERIODO	VALOR NOVEDADES CARTAS EN EL PERIODO	INCIDENTOS	VALOR INGRESOS MAYORES	TOTAL INGRESOS	VALOR INGRESOS DE INGRESO	MESES	VALOR INGRESOS MUERTE	PERDIDA VALOR AFILIADO	VALOR RECORRIDO CALIDAD DE AFILIADO	VALOR RECORRIDO CALIDAD DE AFILIADO	TOTAL VALOR EGRESOS	VALOR NOVEDADES EGRESOS	TOTAL VALOR EGRESOS	ALISTEA CONTADO NOVEDADES BIMESTRE	AFILIADOS RECONOCIDOS REPORTE	
Menores de 1 año	0	4	\$ 92.908.80	0	\$ 0.00	5	\$ 187.235.84	5	\$ 187.235.84	0	\$ 0.00	0	\$ 0.00	0	\$ 0.00	0	\$ 0.00	5	\$ 187.235.84	9
Mujeres 15-44 años	0	194	\$ 4.596.075.80	1	\$ 46.454.40	0	\$ 0.00	1	\$ 46.454.40	0	\$ 0.00	0	\$ 0.00	0	\$ 0.00	0	\$ 0.00	1	\$ 46.454.40	195
Otros	0	714	\$ 16.584.220.80	2	\$ 66.681.60	0	\$ 0.00	2	\$ 66.681.60	0	\$ 0.00	0	\$ 0.00	0	\$ 0.00	0	\$ 0.00	2	\$ 66.681.60	716
Total	0	912	\$ 21.183.205.40	3	\$ 115.136.00	5	\$ 187.235.84	6	\$ 283.371.84	0	\$ 0.00	0	\$ 0.00	0	\$ 0.00	0	\$ 0.00	8	\$ 283.371.84	920

Personas que se trasladan de municipio durante la vigencia del contrato

Usuarios de Contratos de Circunstancia Excepcional Valorados \$

Fecha de Presentación de Reporte Día 4 Mes 11 Año 2008

Firma de la ARS _____

Elaborado por _____

Anexo No 7 Certificado De Disponibilidad Presupuestal.



DEPARTAMENTO DE SUCRE
MUNICIPIO DE LOS PALMITOS
ALCALDÍA MUNICIPAL
NIT: 892201287-6

CDP 1311

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

**EL SUSCRITO TESORERO Y JEFE DE PRESUPUESTO DE LA ALCALDIA
DE LOS PALMITOS - SUCRE**

CERTIFICA

Que en el presupuesto de Ingresos y Gastos para la Vigencia Fiscal del 2008 Existe Disponibilidad presupuestal con las siguientes características:

CODIGO	NOMBRE	VALOR
08,2,04.5.05	Régimen subsidiado fosyga corriente-2008	\$ 278.726,00
	Régimen subsidiado fosyga Futuro-2009	\$ 1.174.107,00
	Régimen subsidiado fosyga Futuro-2010	\$ 922.936,00
Total		\$ 2.375.769,72
RECURSO:	Fosyga	
FECHA:	01/10/2008 al 30-09-2010	


MANUEL PEREZ PEREZ
TESORERO Y JEFE DE PRESUPUESTO

"Buen Gobierno Para Todos"
Carrera 12 N° 6-06 Piso 2 Telefax: 2922188

Anexo No 8. Registro Presupuestal.



DEPARTAMENTO DE SUCRE
MUNICIPIO DE LOS PALMITOS
ALCALDÍA MUNICIPAL
NIT: 892201287-6

RP 1311

REGISTRO PRESUPUESTAL

En el presupuesto de Ingresos y Gastos para la Vigencia Fiscal del 2008 se realizó un registro presupuestal con las siguientes características:

CODIGO	NOMBRE	VALOR
08,2,04.5.05	Régimen subsidiado fosalda corriente-2008	\$ 278.726,00
	Régimen subsidiado fosalda Futuro-2009	\$ 1.174.107,00
	Régimen subsidiado fosalda Futuro-2010	\$ 922.936,00
Total		\$ 2.375.769,72

OBJETO:

Contrato para la administración de recursos del régimen subsidiado de seguridad social en salud No 200801900, que va desde el 1 de Octubre de 2008 hasta el 30 de Septiembre de 2010.

BENEFICIARIO: CAPRECOM E.P.S

RECURSO: Fosalda

FECHA: 01/10/2008 al 30-09-2010

MANUEL PEREZ PEREZ
TESORERO Y JEFE DE PRESUPUESTO

"Buen Gobierno Para Todos"
Carrera 12 N° 6-06 Piso 2 Telefax: 2922188

Anexo No 9. Comprobante de Pago de Fuente de Financiacion FOSYGA

COMPROBANTE DE PAGO			
N°		0965	
DIA		11/08/2008	
MES		AÑO	
11		2008	
BENEFICIARIO		C.C. O NIT	
ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDC		818000140-0	
Direccion		Telefono	
DETALLE DEL PAGO			
PAGO CORRESPONDIENTE A LA ADMINISTRACION DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO CONTRATOS N° 200800300 Y			
200800400. RECURSOS FOSIGA, CORRESPONDIENTE AL MES DE MAYO DE 2008; SEGÚN DOCUMENTOS ADJUNTOS.			
DIECISEIS MILLONES TREINTA Y CINCO MIL CIENTO CINCO PESOS MCTE		VALOR BRUTO	
		16.035.105,00	
CONT N° 200800300		15.106.017,00	
CONTN° 200800400		929.088,00	
N° CUENTA	N° CHEQUE	FECHA CHEQUE	NETO A PAGAR
395-8	ND	11/08/2008	
		16.035.105,00	
IMPUTACION PPTAL	DESCRIPCION		VALOR
08,2,04,5,05	REGIMEN SUBSIDIADO FOSIGA		
CUENTA CONTABLE	DESCRIPCION	DEBE	HABER
		16.915.567,00	
	OBRA ESTAMPILLA UNISUCRE ESTAMPILLA PRO HOSPITAL PREVISION ORDEN PUBLICO BANCOS		16.915.567,00
SUMAS		16.915.567,00	16.915.567,00
ALCALDE		BENEFICIARIO	
<i>Carmen Berena Gomez Mendoza</i>	<i>Manuel Perez Perez</i>	CAJ. 12 AGU 2008	
CARMEN BERENA GOMEZ MENDOZA	MANUEL PEREZ PEREZ	C.C. No.	





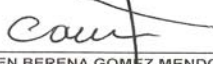
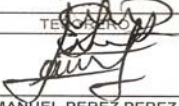
(*) "ESTE DOCUMENTO REEMPLAZA EL CERTIFICADO DE RETENCION DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS" Art. 32 Ley 383/97

Anexo No 10. Comprobante de Pago Fuente de Financiacion SGP

COMPROBANTE DE PAGO		
Nº	0964	11/08/2008
DIA	MES	AÑO
11	8	2008
BENEFICIARIO		C.C. O NIT
ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO		818000140-0
Direccion		Telefono
DETALLE DEL PAGO		
PAGO CORRESPONDIENTE A LA ADMINISTRACION DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO CONTRATO Nº 200800300.		
RECURSOS S.G.P. CORRESPONDIENTE AL MES DE MAYO DE 2008; SEGÚN DOCUMENTOS ADJUNTOS.		
DIECISEIS MILLONES NOVECIENTOS QUINCE MIL QUINIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS MCTE		VALOR BRUTO 16.915.567,00
Nº CUENTA	Nº CHEQUE	FECHA CHEQUE
395-8	ND	11/08/2008
NETO A PAGAR		16.915.567,00
IMPUTACION PPTAL	DESCRIPCION	VALOR
08,2,03,2,03	REGIMEN SUBSIDIADO CONTINUIDAD	
CUENTA CONTABLE	DESCRIPCION	DEBE
		16.915.567,00
SUMAS		16.915.567,00
OBRA		
ESTAMPILLA UNISUCRE		
ESTAMPILLA PRO HOSPITAL		
PREVISION		
ORDEN PUBLICO		
BANCOS		
ALCALDE	TESTABATA	BENEFICIARIO
<i>Carmen Berena Gomez Mendoza</i>	<i>Manuel Peréz Perez</i>	CAJ. 12 AGO 2008
CARMEN BERENA GOMEZ MENDOZA	MANUEL PEREZ PEREZ	C.C. No.

ESTE DOCUMENTO REEMPLAZA EL CERTIFICADO DE RETENCION DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

Anexo No 11. Comprobante de Pago por Fuente de Financiación ETESA

		DEPARTAMENTO DE SUCRE MUNICIPIO DE LOS PALMITOS ALCALDÍA MUNICIPAL NIT: 892201287-6		N° 1883 19/12/2008												
BENEFICIARIO SOLSALUD E.P.S.		C.C. O NIT 804001273-5		DIA 19 MES 12 AÑO 2008												
Direccion		Telefono														
PAGO CORRESPONDIENTE A LA ADMINISTRACION DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO CONTRATO N° 200800900, RECURSOS ETESA, LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2008; SEGÚN DOCUMENTOS ADJUNTOS.																
DOSCIENTOS VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS MCTE				229.454,00												
<table border="1"> <tr> <td>N° CUENTA</td> <td>N° CHEQUE</td> <td>FECHA CHEQUE</td> <td rowspan="2">  </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>255-4</td> <td>ND</td> <td>19/12/2008</td> <td colspan="2">229.454,00</td> </tr> </table>						N° CUENTA	N° CHEQUE	FECHA CHEQUE				255-4	ND	19/12/2008	229.454,00	
N° CUENTA	N° CHEQUE	FECHA CHEQUE														
255-4	ND	19/12/2008		229.454,00												
IMPUTACION PPTAL	DESCRIPCION			VALOR												
08,2,04,5,06	REGIMEN SUBSIDIADO ETESA															
CUENTA CONTABLE				DEBE	HABER											
				229.454,00												
SUMAS	BANCOS			229.454,00	229.454,00											
ALCALDE	TESORERO		BENEFICIARIO													
 CARMEN BERENA GOMEZ MENDOZA	 MANUEL PEREZ PEREZ		C.C. No.													

(*) "ESTE DOCUMENTO REEMPLAZA EL CERTIFICADO DE RETENCION DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS" Art. 32 Ley 383/97

Anexo No 12. Comprobante de Pago por Fuente de Financiacion REGALIAS

 DEPARTAMENTO DE SUCRE MUNICIPIO DE LOS PALMITOS ALCALDÍA MUNICIPAL NIT: 892201287-6		Nº	1891	19/12/2008
		DIA	MES	AÑO
		19	12	2008
BENEFICIARIO			C.C. O NIT	
CAPRECOM			899999026-9	
Direccion		Telefono		
PAGO CORRESPONDIENTE A LA ADMINISTRACION DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO CONTRATO Nº 200801000, RECURSOS ESFUERZO PROPIO REGALIAS, LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2008; SEGÚN DOCUMENTOS ADJUNTOS.				
CINCO MILLONES CIENTO OCHENTA MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS MCTE			5.180.664,00	
Nº CUENTA	Nº CHEQUE	FECHA CHEQUE	 DANIE NETO A PAGAR	5.180.664,00
137-7	ND	19/12/2008		
IMPUTACION PPTAL	DESCRIPCION			VALOR
08.2.04.1.09	SOSTENIMIENTO COBERTURA REGIMEN SUBSIDIADO ESFUERZO PROPIO			
CUENTA CONTABLE	DEBE		HABER	
	5.180.664,00			
SUMAS	BANCOS		5.180.664,00	
ALCALDE	TACADO		5.180.664,00	5.180.664,00
BENEFICIARIO				
CARMEN BERENA GOMEZ MENDOZA	MANUEL PEREZ PEREZ	C.C. No.		

"ESTE DOCUMENTO REEMPLAZA EL CERTIFICADO DE RETENCION DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS" Art. 32 Ley 383/97

Anexo No 13. Resolucion 2014 de 2008

RESOLUCIÓN DE 2008 "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 660 de 2008".
 INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO
 PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA

Nombre responsable del proceso:	PAOLA HERNANDEZ
Dependencia:	INTERVENTORIA INTERNA

PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA MUNICIPAL DE RECURSO DEL RS DE SALUD

OBJETIVO PLAN DE MEJORAMIENTO	QUE	QUIEN	PERIODICIDAD	CUANDO	CUMPLIO	
					SI	NO
Establecer el origen y el valor de los recursos que se pueden destinar a financiar las Unidades de Pago por Capitación, así como su focalización hacia la continuidad de los afiliados, el cumplimiento de las metas de cobertura con subsidio completo, el acc	Ajustar el acuerdo de creación del fondo de salud conforme a la normatividad vigente	Juridico y Secretario de salud	Inmediata			
	formula el plan técnico de ingresos financieros y	Presupuesto e Interventoria	Anual	Ultrimo trimestre del año		
	Concertar plan financiero (Alcalde, CTSS, otros actores sociales)	Presupuesto, Alcalde, Secretaria de Salud y CTSS	Anual	Finales del mes de Diciembre		

Anexo No 14. Resolucion 2014 de 2008 Segunda Parte

RESOLUCIÓN DE 2008 "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 660 de 2008".
 INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO
 PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA

OBJETIVO PLAN DE MEJORAMIENTO	QUE	QUIEN	PERIODICIDAD	CUANDO	CUMPLIO	
Estimar los ingresos y gastos para Régimen Subsidiado que recibirá y ejecutará el municipio durante la vigencia. Introducir modificaciones al presupuesto cuando sea necesario y ejecutar el presupuesto de ingresos y gastos del Fondo Local de Salud.						
	Elaborar informe de ejecución presupuestal del FLS con destino a la Dirección Local de Salud	Presupuesto	Mensual	Primeros 15 días del mes sub siguiente		
Proteger y garantizar el flujo oportuno de los recursos destinados a financiar el Régimen Subsidiado, en su recaudo, custodia, giro y pago de acuerdo al cronograma establecido en el programa anual mensualizado de caja - PAC-.	Cumplir con los requisitos para el giro de los recursos de FOSYGA (BDUA actualizada)	Auxiliar de sistemas	Mensual	Primeros 10 días		
Permitir la realización de control político, fiscal, de gestión, disciplinario y social, como sistema de monitoreo y seguimiento de los procesos, tiene el objetivo de garantizar que los procesos se ajusten a las normas preestablecidas y de introducir los						