

Política en Salud y Seguridad Social

Escuela Popular de Líderes en Salud y Seguridad Social
Corporación para la Salud Popular
Grupo Guillermo Fergusson

MISEREOR
● IHR HILFSWERK



**GRUPO
GUILLERMO
FERGUSSON**

10^{ma} Versión

Reedición de Textos
Ana Lucia Casallas Murillo
Sandra Torres

Fotografía
Archivo Grupo Guillermo Fergusson

Obras de:
Enrique Grau
Edgar Negret

Equipo de la Escuela:
Esmeralda Vargas V.
Patricia Ramírez M.
Wilson Mora H.
Disney Sánchez A.
Diego Carmona M.

Diseño y Diagramación
Patricia Castro Méndez

Impresión
Janneth Martínez Reyes

ISBN 0000007796

Cra. 25 No. 27A- 57
Telefax: 340 07 84 - 288 6094
www.grupofergusson.org

BOGOTA D.C. 2010 - 2011

Tabla de Contenido

Presentación	7
Capitulo Uno: Políticas en salud y seguridad social	9
1. Elementos conceptuales sobre seguridad social	9
1.1. Principios generales de la seguridad social	11
1.2. La reforma de los sistemas de seguridad social en América Latina	12
Capitulo Dos. La reforma del sistema general de seguridad social y salud	13
2.1. Antecedentes	13
2.2. Salud	16
2.2.1. Propuestas alternativas aún en el mundo de la ley 100:Caso Bogotá	
Algunas Estrategias del Plan Distrital de salud 2004-2008	23
2.2.1.1. Actual Plan Distrital de Salud 2008-2012	24
2.3. Riesgos profesionales	29
2.4. Pensiones	33
Capitulo Tres. Balance del Sistema	39
3.1. Balance de la situación actual en salud	40
3.1.1.Efectos del tratado de libre comercio- TLC y salud	44
3.1.2. Balance de salud en Bogotá	46
• Política de gratuidad	47
• EPS Distrital	48
• Ciudad Salud y Zona Franca	48
Capitulo Cuatro. Perspectivas	51
4.1. Un nuevo modelo de salud	51
4.1.1. La Participación Social en la construcción de políticas publicas en salud.	53
4.2. La organización y los movimientos sociales	54
4.3. El movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social	55
Bibliografía	56

Presentación

Este Modulo tiene por objetivo facilitar el proceso de análisis e intervención sobre las Políticas Públicas en Seguridad social y salud, a partir de la identificación, comprensión y valoración de los aspectos fundamentales que las definen con el ánimo de sentar bases sólidas para que las organizaciones y líderes participantes en la ESCUELA POPULAR LIDERES EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL asuman un papel protagónico en la formulación de estas Políticas Públicas.

El proceso de formación de Liderazgo en Seguridad Social y Salud se dirige al ejercicio del PODER a nivel local, Distrital y sectorial desde la perspectiva de los intereses de los grupos sociales.

En consecuencia este documento desarrolla cuatro aspectos fundamentales. El primero en el Capítulo 1, describe los elementos básicos que definen las Políticas Públicas como escenarios de poder y definición de acciones frente a las necesidades de la sociedad.

El segundo aspecto desarrollado en el capítulo 2, aborda la política pública en salud, ofreciendo una mirada general sobre el funcionamiento de los tres capítulos centrales del sistema general de seguridad social y salud: el sistema de la salud, el sistema de riesgos profesionales y sistema de pensiones.

Retoma una síntesis del balance del sistema general de seguridad social y salud basado en los principios y en el funcionamiento del sistema después de 15 años de implementación.

Para finalizar el modulo contempla algunas perspectivas desde los movimientos sociales y experiencias agenciadas por gobiernos alternativos. El Grupo Guillermo Fergusson, espera que este módulo a través de los ejercicios de análisis y los contenidos propuestos faciliten el proceso de formación de los líderes y lideresas participantes en esta versión de la Escuela, y contribuyan a su labor en la organización y movilización social por el derecho a la salud.

Capítulo 1

Políticas en seguridad social y salud

La salud es uno de los aspectos fundamentales en relación con la calidad de vida de las personas, por ahí dicen que “sin salud no somos nada” o “que con salud todos es llevadero”... Por eso cuando acudimos a los servicios de salud, encontramos que no todo lo que esperaríamos para lograr recuperar la salud lo tenemos a nuestra disposición, por eso surgen algunas preguntas:

La salud o más bien, los servicios de salud, ¿son para todos y todas?
¿Cómo debemos entender la salud y la seguridad social?
¿De dónde surge la reforma a la salud y por qué?

Veamos los siguientes elementos que pueden contribuir a entender mejor este asunto:

1. Elementos conceptuales sobre Seguridad social y Salud

La Seguridad social (SS) ha sido considerada de manera general como “una serie de mecanismos mediante los cuales los individuos y por lo tanto la sociedad adquieren la certeza de que su forma y calidad de vida no se vean afectadas y menoscabadas por ciertas eventualidades, contingencias y siniestros que puedan ocurrir a lo largo de su ciclo vital y que tienen siempre un costo o implicación económica”¹. De hecho sobre esta concepción se desarrollan gran parte de los sistemas de seguridad social en Latinoamérica, no llegando a ser más que sistemas de seguros sociales (aseguramiento).

Es necesario destacar que esta definición reduce el concepto de SS al de Seguro Social como conjunto de respuestas a “ciertas situaciones”. Desde otros enfoques, la SS tiene una perspectiva más amplia referida a mecanismo para la construcción de mayores márgenes de igualdad social y expresión de ciudadanía cuyos derechos no se agotan por la provisión de servicios²

En este sentido, la SS se puede concebir en el marco de los Derechos económicos, sociales y culturales como derecho humano en tanto se refiere a los mecanismos dispuestos por la sociedad para la realización efectiva de la dignidad humana. Vista así la SS es condición para el desarrollo humano y no tan solo para la respuesta a las contingencias de la vida.

¹Jaramillo I.: “Hacia un sistema de seguridad social, eficiente, solidario y universal” en Reforma a la Seguridad Social en salud Coordinador Cárdenas, M. y Olano G. FESCOL Bogotá, 1992 PG. 19

²Mesa-Lago: la crisis de la SS y la atención en salud. México 1985.

Por su parte la salud puede ser entendida como “el máximo desarrollo de las potencialidades humanas en contextos históricos específicos”³ o bien en la misma línea “como un proceso cambiante que se construye a lo largo de la vida como fruto de las oportunidades y condiciones concretas de bienestar y desarrollo de los sujetos y los grupos humanos”. La salud como un derecho humano en tanto esta ligada con la vida misma tanto como posibilidad concreta de existencia como en relación con las condiciones necesarias para hacer efectiva la dignidad humana.

Como puede apreciarse existe una clara relación entre la SS y la salud por lo menos en los siguientes planos:

- Ambas ubican como referente el desarrollo humano. Este se entiende como producto social y como logro de cada sujeto,
- Ambas se definen en relación con los derechos humanos por ser esenciales para el logro de la dignidad humana.
- Ambas se definen desde una perspectiva social o colectiva. Es decir, la viabilidad de la salud y de la seguridad social descansa en las definiciones que la sociedad disponga para ello.

Ahora bien, sobre la base de estas relaciones es necesario distinguir que la salud se convierte en últimas en un valor que se construye al interior de la sociedad desde el cual se definen mecanismos que la hacen viable, por ejemplo a través de la SS. Como podemos ver existe una clara interdependencia entre salud y SS.

Así las cosas, un marco general incluiría en la seguridad social aspectos como las necesidades biológicas y sociales, aspiraciones, bienes y servicios, bienestar, consumo, ingresos, trabajo, capital, relaciones de dependencia, riesgos y cargas sociales, acceso a la tierra y uso racional de los recursos, en fin todo aquello que contribuye al desarrollo del hombre y su dignidad y al bienestar humano⁴.

Sin embargo, la SS se encuentra relacionada con el contexto en que se construye, es decir, su contenido concreto se define en función de los conceptos y practicas que cada grupo humano tiene. En términos generales, la SS se ha ligado particularmente al cubrimiento de los riesgos biológicos (enfermedad, discapacidad, muerte, maternidad, entre otros) y a algunas prestaciones económicas.

A continuación se presentan estos y su definición con el ánimo de que posteriormente nos ayuden a valorar algunos de los sistemas de seguridad social.



³García J. La categoría trabajo en la medicina social Pensamiento. OPS México 1994.

⁴Franco A. "La Ley 100 de 1993, la salud pública y la seguridad social en Colombia" en Rev. De la facultad nacional de salud Pública, Vol. 13 dic. 1995

1.1. Principios Generales de la Seguridad Social.

- **Solidaridad:** entendida como la forma de establecer interdependencia entre los individuos para responder a flagelos como la necesidad, la desigualdad, la enfermedad, la miseria, basados en la consigna del que más tiene al que menos tiene.
- **Universalidad:** es la garantía de la protección para todas las personas sin discriminación en todas las etapas de la vida. Se traduce en indicadores como cobertura (número de personas que reciben servicios), accesibilidad (posibilidad de recibir servicios cuando se necesitan) y utilización (uso como tal de los servicios)
- **Obligatoriedad:** es complemento de la solidaridad en tanto por este se garantiza el compromiso de todos y así mismo la viabilidad de la SS.
- **Subsidiariedad:** se refiere a que la SS no debe reemplazar a lo que cada uno le corresponde hacer por sí mismo salvo en situaciones de emergencia.
- **Integralidad:** busca que la cobertura se extienda al mayor número de situaciones lo que provoca una ampliación permanente de las contingencias sociales protegidas.
- **Igualdad:** intenta dar realización a una de las aspiraciones de los hombres según la cual se eliminan las discriminaciones arbitrarias en situaciones objetivamente similares. Esto se traduce en igualdad de trato sin discriminación de ningún orden.
- **Unidad:** referido a la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar la SS.
- **Inmediatez:** se compromete a que los servicios lleguen oportunamente
- **Irrenunciabilidad:** se refiere al carácter esencial que garantiza que la SS no es negociable, transable.
- **Eficiencia:** mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada y suficiente.

De otro lado, al interior de los sistemas de salud, componente básico de la seguridad social en América Latina, vale la pena identificar algunas de las características centrales que nos permitirán aproximarnos a los modelos existentes en el mundo y la región:

- **El financiamiento:** es la suma de métodos que se aplican a la determinación de las primas o tasas de contribución para conseguir un relativo equilibrio financiero. Los sistemas de financiamiento en un régimen obligatorio (público) son cuatro: prima media general; prima escalonada; reparto puro y reparto de capitales constitutivo. Los sistemas de financiamiento en un régimen privado son múltiples.
- **La Provisión:** se refiere a prestación de los servicios, y a la naturaleza de quien lo hace.
- **Organización:** se refiere a la forma en que se organiza el sistema para la prestación de los servicios. Particularmente interesan aspectos como la posibilidad de elección de los beneficiarios tanto de hospitales como de médicos y la naturaleza de los actores que intervienen y sus relaciones.
- **Regulación o modulación:** conjunto de medidas que permite reducir las imperfecciones de los mercados. Juega un papel importante la dirección del sistema (público o privado) y los mecanismos de control para el funcionamiento de este (estructuras jurídicas e instancias disciplinarias)

1.2. La reforma de los sistemas de Seguridad Social en América Latina

Como fruto de la crisis de la seguridad social, para finales del siglo pasado se dio paso a un proceso de reformas en el ámbito mundial. En el caso de Latinoamérica, dentro de los argumentos que han legitimado dicha reforma, se encuentran los problemas de cobertura e inequidad, la ineficiencia en la asignación de recursos; la fragmentación institucional, la centralización, la baja calidad de los servicios, la transición epidemiológica, la mayor demanda de servicios, las dificultades financieras así como la crisis económica relacionados con los problemas de crecimiento económico, la deuda externa y el incremento de la pobreza y el desempleo.

Particularmente estos últimos aspectos afectan los modelos de seguridad social en la región, por su incidencia en el acceso y los recursos económicos recolectados, directamente de los salarios.

Igualmente es innegable la presión de organismos internacionales como el Banco Mundial y el Banco de Desarrollo Interamericano quienes buscan una reorganización y redefinición de la relación público - privado que implican modificaciones en los modelos de seguridad social existentes. Las estrategias para privatizar los servicios de salud del Banco Mundial son:

- Introducción del pago por el servicio público para homologarlo con el privado;
- Creación de sistemas de aseguramiento o prepago; descentralización para estimular a las entidades municipales a movilizar los fondos para el privado;
- Mercantilización de los servicios y seguro de salud para crear un mercado estable.

Estas reformas se han dado con particular énfasis en los sistemas de salud y pensiones, en tanto los modelos de seguridad social se han centrado en el cubrimiento de los riesgos biológicos y económicos.

En términos generales, los procesos de reforma de la Seguridad Social en Latinoamérica se presentan como un "endurecimiento" de las condiciones para gozar de las prestaciones y la capitalización parcial de las reservas administradas por las instituciones públicas (privatización), así como una apertura de la atención médica al sector privado. A diferencia, en Europa y Canadá los cambios han sido dirigidos más hacia la reorganización del sector público.

En el caso particular de los sistemas de salud, las reformas se han realizado en relación con por lo menos dos teorías básicas:

- La de la demanda que argumenta que la atención de la salud debe ser considerada como cualquier otro bien y que los consumidores deben ejercer control sobre qué servicios comprar y a que precio. Así, la distribución de los recursos se hace de acuerdo a los consumidores con posibilidad de pago y a la privatización de las organizaciones que prestan los servicios.
- La de la oferta que supone que los servicios de salud son necesarios para el mantenimiento de la vida, para aliviar el sufrimiento y que todo el mundo debe tener acceso, independiente de su capacidad de pago.

Capítulo 2

La reforma del sistema general de seguridad social en salud en Colombia.

Como efecto de las políticas internacionales y de la implementación del modelo neoliberal, nuestro país no fue ajeno al desarrollo de políticas privatizadoras de lo público con gran incidencia del sector privado.

Veamos el contexto en que se da esta reforma.

2.1 Antecedentes

a- Los actores

Como dijimos anteriormente los sistemas de seguridad social en América Latina se ubican como instrumentos de legitimación del Estado, lo que implica que en su origen y desarrollo las decisiones han estado marcadas por procesos políticos más que por criterios técnicos. En este sentido, a continuación se hará una breve reseña⁵ de la evolución del Sistema de salud en Colombia como aproximación al desarrollo del sistema de seguridad social en el país y la participación que los actores han tenido en ella.

Para la década del /60 la atención en salud era fragmentada en tanto coexistían servicios públicos, privados, de caridad y el saber popular como opciones para la atención de la enfermedad. El Estado jugaba un papel limitado en la administración de estas expresiones.

En este marco, Colombia intento retomar los lineamientos de la Alianza Para el Progreso al emprender un proceso de articulación de un servicio único de salud administrado y prestado directamente por el Estado, pero reconociendo aspectos particulares de su historia y de su coyuntura política, en donde se destaca el pacto político establecido entre los dos partidos tradicionales y la caracterización del Estado como excluyente, clientelista y patrimonialista.



A su vez los actores sociales entraron en el proceso desde la perspectiva de defender sus propios intereses:

- Los trabajadores sindicalizados y los empleados públicos por los servicios que cotizaban.
- Los empresarios por un mayor control en la administración de sus aportes.
- Las juntas de beneficencia y la iglesia por no perder el control sobre las instituciones y regiones en la que hacían presencia.
- Los profesionales de la salud se dividieron entre quienes defendían el ejercicio privado de la profesión frente a quienes validaban su contratación en el marco del sistema
- Los habitantes más pobres del campo y la ciudad acudían a la intermediación política -clientelas

⁵Este aparte se trabajó con base en Hernández M: reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. En Cuadernos de Salud Pública. Río de Janeiro Dic – 2001.

Como resultado de este proceso la idea del servicio único de salud no se concretó, más bien posibilitó el fortalecimiento de los subsectores existentes, restringiéndose más a la articulación de la red pública.

Para la década del /80 con apoyo del Banco Mundial se inició un proceso dirigido a la consolidación del Sistema Nacional de Salud, el cual posibilitó los primeros pasos hacia la descentralización. Hasta ese momento el sistema de salud se sustentó en el derecho de la propiedad y la obtención de servicios según la capacidad de pago o la inserción laboral.

En los /90 en el marco de una crisis de la Seguridad Social mundial y particularmente de los sistemas de salud, en Colombia se realizaba un proceso de legitimación del Estado a través de una nueva negociación política que le apostaba a la construcción de un nuevo pacto, que se concreta en la Constitución de 1991, de carácter ambivalente, en tanto se conjugan aspectos del orden social, como por ejemplo el reconocimiento del Estado social de derecho, Y a la vez se acepta la participación de los sectores privados en la prestación de los servicios otrora monopolio del Estado.



b- La descentralización como eje para la reforma

En este contexto en 1993 se realizó la reforma al sistema de salud, es decir se transformó la manera en que se prestaban los servicios de asistencia en salud. Para entender como se dio esta transformación, es necesario que ubiquemos el papel que juega la descentralización en los recursos y la administración en salud en Colombia.

Veamos, ¿a qué se llama descentralización? Podemos decir que hay por lo menos dos formas de descentralización, la de carácter territorial que es la transferencia de competencias y recursos de la nación a los departamentos, distritos y municipios, y la descentralización institucional, que es el otorgamiento de autonomía administrativa y financiera a las unidades de prestación de servicios o sea a los hospitales. Como vemos la descentralización no es un moño que aparece en la administración sino que a partir de ella se determina de qué forma se maneja la plata, quienes la manejan y cuanta plata le corresponde a cada región y hospital del país.

Por esto es importante que determinemos los momentos claves en la descentralización en cuanto al sector salud.

Momento	Forma de organizar los servicios de salud: efectos
1987-1993: descentralización de competencias Decreto 77 de 1987	Descentralizó la inversión en infraestructura: los municipios tenían competencia para construir, dotar los centros de salud, hospitales con dinero de sus transferencias nacionales como el IVA
Ley 10 del/90	Descentralizó el funcionamiento del sector salud asignando a los municipios asumir la prestación de servicios de primer nivel y la dirección de hospitales locales, sin distinguir si las acciones correspondían a salud pública o atención de forma individual a las personas. Además asignó a los departamentos la prestación de servicios en el nivel 2 y 3. Este ordenamiento implicaba que los hospitales se convertían en entidades autónomas, entendiéndose por esto que debían manejar los recursos financieros siempre y cuando: <ul style="list-style-type: none"> • tuvieran organizado las direcciones locales y seccionales de salud • contrataran servicios con el sector privado • organizaran el régimen de carrera administrativa y los hospitales asumían las cargas prestacionales • Crearan un fondo financiero en salud afiliaran a los empleados a fondos de cesantías y de seguridad social.
Ley 60 del /93	Procura fortalecer la distribución de competencias y recursos para las entidades territoriales en la lógica del subsidio a la oferta, pero también creó unas condiciones para las transferencias de los recursos: <ul style="list-style-type: none"> • Adopción de sistemas de información • la acreditación de una red de servicios con sistemas de referencia y contrarreferencia • complementariedad, subsidiariedad.
Ley 715/2001	Esta ley nuevamente reorganiza los recursos para el régimen subsidiado de la siguiente forma: <ul style="list-style-type: none"> • Los aportes de la nación serán del 25% del punto de solidaridad de este régimen, lo cual implica una reducción de los recursos. • Busca cobertura mediante el subsidio a la demanda, y para la población vinculada los subsidios a la oferta, lo cual afecta la universalidad que propone la ley. • El aseguramiento para la población pobre y vulnerable queda a cargo de los municipios y los distritos, la de los vinculados a cargo de departamentos y municipios descentralizados.

Cuadro No. 3. Descentralización y salud

Con la creación de la ley 100 de 1993 funcionalmente se integra la seguridad social y la salud, especificando tres capítulos para su desarrollo: salud, Riesgos profesionales, y Pensiones. Abordaremos a continuación aspectos relevantes sobre cada uno de ellos en este apartado.

2.2. Salud

En Colombia el Sistema General de Seguridad Social y Salud se definió en el marco de la ley 100 en el año de 1993, pero más adelante a dicha ley se le haría una reforma en el año de 2007, la que conocemos como la ley 1122. En la ley 100 de 1993 se estableció que el nuevo sistema se organizaría en dos regímenes: el contributivo y el subsidiado, obedeciendo a las siguientes lógicas:

- Quien tiene capacidad de pago pague más y a la vez aporte solidariamente a los que no tienen. ¿Cómo se realiza efectivamente la solidaridad? A través de los pagos, pues del 12% del régimen contributivo se descuenta 1% para aportar al régimen subsidiado. Con la ley 1122 dicha cifra aumentó al 12.5% siendo lo que se descuenta para el régimen subsidiado 1.5%. Esto se desarrollará más adelante cuando hablemos del régimen contributivo.
- El sistema también se organizó obedeciendo a la lógica de la focalización, que se puede entender como la inversión pública que se centra en la población más vulnerable y desprotegida
- En el sistema anterior se daba subsidio a los hospitales que prestaban los servicios a través de presupuesto de mantenimiento. En cambio ahora se dan los subsidios a quienes demandan los servicios, lo que se conoce como subsidio a la demanda, obedeciendo a contratos de aseguramiento entre los usuarios y un administrador para que le garantice los servicios.



Miremos con mayor detalle en qué consiste cada régimen y como se organiza la prestación de los servicios.

A- El régimen Contributivo:

El régimen contributivo funciona a partir de la relación que se da entre todos los componentes del sistema y los actores. Veamos con un ejemplo: Roberto es un trabajador formal, que tiene cuatro hijos y su compañera está desempleada, todos ellos incluyendo a Roberto son los beneficiarios del sistema.

La financiación o sea la plata que se necesita para que se presten los servicios son colocados por el trabajador (Roberto) quien aporta el 4% y por el empleador quien aporta el 8.5%. Este dinero que se utiliza para cubrir el costo de los servicios se llaman aportes o cotizaciones. El salario de Roberto es de \$496.900 que corresponde al salario mínimo legal vigente, siendo así él deberá aportar para salud \$19.876.00 y el empleador aportará \$42.236.00 para un total mensual de \$62.112.00 que corresponde al 12.5% de los cuales 11% son enviados a la EPS en donde está afiliado Roberto y el 1.5% es enviado por la EPS a la cuenta del régimen subsidiado del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).

Es decir, que el dinero se le paga a la Empresa Promotora de Salud (EPS), quien es la encargada de administrar los recursos, afiliar al trabajador y su familia y garantizarle la prestación de los servicios. La EPS a su vez debe pagar a la Institución prestadora de Servicios (IPS) para que preste los servicios: atiende a Roberto y su familia.

Las IPS prestan los servicios a los beneficiarios de acuerdo con el paquete de servicios que contempla la ley en su Plan Obligatorio de salud (POS), y el Plan de atención Básica de Atención (PAB). Estos paquetes comprenden promoción prevención y atención en los servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel de complejidad cubre consultas, exámenes, hospitalizaciones, y los medicamentos.

¿Quién ejerce control y vigilancia sobre el régimen contributivo? Pueden ejercer control la Superintendencia de Salud como ente máximo que cumple con esta función en el sistema, y que con la ley 1122 se le otorgó una función jurisdiccional, es decir que autoriza a la Superintendencia de Salud a convocar de oficio a audiencias de conciliación entre sus vigilados o entre estos y sus usuarios por conflictos originados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud. También los usuarios se pueden organizar en asociaciones de usuarios que deben vigilar por la prestación y calidad de los servicios y cuentan con una figura de defensor del usuario, el cual estará en coordinación con la defensoría del pueblo y cumplirá con la función de ser el vocero del afiliado frente a la EPS.

¿Quiénes dirigen el Sistema? Con la ley 100 el Consejo Nacional de Seguridad Social era el órgano encargado de dirigir el Sistema general de seguridad Social y Salud y se encontraba compuesto por el Ministro de la protección social quien lo presidía, el Ministro de Hacienda, Representantes de las entidades territoriales de salud, dos representantes de los empleadores, dos representantes de los trabajadores (uno pensionados) un representante de EPS diferente del ISS, el representante legal del ISS, un representante de las IPS, un representante de los profesionales de salud del gremio mayoritario, un representante de las Asociaciones de usuarios



del sector rural. Con la nueva reforma a la salud, el Consejo ya no será más el órgano rector del sistema y solo cumplirá labores de asesoría y consultoría al Ministerio de Protección Social, por tanto dicha función será desempeñada por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) adscrita al ministerio de Protección social y conformada por: Ministerio de la Protección Social quien lo preside, el Ministerio de Hacienda, Cinco comisionados expertos designados por el presidente de la república, de ternas enviadas por diferentes entidades como: Asociación colombiana de Universidades, Centros de Investigación en Salud, Centros de Investigaciones en Economía de la Salud, Asociaciones de Profesionales de la Salud y Asociaciones de Usuarios debidamente organizados.

B. El régimen subsidiado

En éste régimen se evidencia la focalización que está a la base del SGSSS, esto quiere decir que el Estado identifica cuáles son los pobladores más pobres y vulnerables y a ellos les otorga un subsidio.

Para entregar los subsidios lo hace de dos formas: una identifica grupos socialmente vulnerables como los niños menores de un año, la tercera edad, y los discapacitados que no tienen recursos y la otra forma es identificar dentro del grueso de la población a los más necesitados de forma individual. Es importante que sepamos que los subsidios no le son entregados a cada persona sino que se les entrega a la institución que ofrece servicios al beneficiado y su familia, a esto se le llama subsidio a la oferta, y se concreta a través de la financiación, pero esto lo veremos un poco más adelante.

¿Quiénes son beneficiarios del régimen subsidiado? Como dijimos los más pobres y vulnerables que hayan sido identificados a través de la encuesta del SISBEN (sistema de identificación de potenciales beneficiarios). Una vez se les haya aplicado la encuesta, los pobladores deben esperar el análisis y los resultados en donde se les clasifica por puntajes así

PUNTAJE	NIVEL DE CLASIFICACIÓN
De 0 a 11	1
De 11.01 a 22	2
De 22.01 a 43	3
De 43.01 a 65	4
De 65.01 a 79	5
De 79.01 a 100	6

El régimen subsidiado al igual que el contributivo funciona a partir de la relación que se da entre todos los componentes y los actores. Miremos con un ejemplo: Juana María es una madre cabeza de familia que tiene tres hijos: Juan, Priscila y Andrés. Ella y sus hijos viven del rebusque. Hace 8 meses una entidad privada contratada por la Secretaria Distrital de Salud les aplicó la encuesta del SISBEN. La encuesta fue sistematizada y arrojó como resultado que ellos tenían 20 puntos y por lo tanto pertenecían al nivel 2, o sea que se podían dar por bien servidos, habían clasificado y ahora son beneficiarios del sistema. Para hacer efectivo esto, deben reportarse en el Hospital de primer nivel de su localidad, en donde les informan las posibilidades de elección para escoger su ARS (Administradora de Régimen Subsidiado).

Sin embargo con los últimos cambios, el SISBEN es considerado un "Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales", la palabra potencial nos da a entender que es posible ser beneficiario de los llamados "subsidios", pero no es suficiente haber "clasificado" en los niveles 1 y 2 del Sisben, porque ahora debe ser priorizado/a, si pertenece a una las siguientes poblaciones : Recién nacidos, Población del área rural, Población Indígena o Población del área urbana, pero esto, aun no es garantía, se afilia personas al sistema de salud en el régimen subsidiado, en el siguiente orden:⁶

⁶Esta clasificación es tomada del acuerdo 244 de 2003 del Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud., dicho acuerdo define la forma de funcionamiento del régimen subsidiado

1. Mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en programas de control prenatal y posnatal
2. Niños menores de cinco años
3. Población con discapacidad identificada mediante la encuesta Sisben
4. Mujeres cabeza de familia, según la definición legal
5. Población de la tercera edad
6. Población en condición de desplazamiento forzado
7. Núcleos familiares de las madres comunitarias
8. Desmovilizados

Así si una persona fue clasificada en el Nivel 1 o 2 del Sisben, pero no pertenece a ninguna de las anteriores poblaciones deberá esperar para su afiliación, según los recursos disponibles o que algunos afiliados pasen al régimen contributivo porque encontraron trabajo o por fallecimiento de beneficiarios, sin embargo la espera sigue porque la reglamentación del régimen subsidiado ordena que cuando se "liberen" subsidios serán reemplazados así:⁷

1. Recién nacidos de padres afiliados al régimen subsidiado
2. Recién nacidos de padres no afiliados al régimen subsidiado niveles 1 y 2 del Sisben
3. Niños menores de un año no afiliados al régimen subsidiado niveles 1 y 2 del Sisben
4. Las demás categorías de priorizados.

Como vemos los pobres deben competir entre ellos mismos, para demostrar ser más pobres entre los pobres o sufrir situaciones extremas de exclusión social para ser afiliados al régimen subsidiado de salud. (por ejemplo población infantil abandonada, el listado lo hace el Instituto Colombiano de Bienestar familiar-ICBF-, población Indigente, listado elaborado por las Alcaldías Municipales, Personas de la tercera edad abandonadas, el listado lo hace las Alcaldías, a estas poblaciones, no se les aplica la encuesta Sisben, lo contradictorio es que estos listados, llamados listados censales, son también de potenciales beneficiarios)

Ah, pero el "control social" también lo puede excluir, porque los listados de beneficiarios deberán ser publicados para su verificación por las veedurías, los copacos, las asociaciones de usuarios, las ARS, si alguna detecta "irregularidades" léase, que usted no se merece el subsidio, porque no cumple las condiciones y requisitos mencionados, así haya sido clasificado en el nivel 1 o 2 del sisben, quedara por fuera.

Veamos como funciona este régimen.....

⁷Artículo 34 acuerdo 244 de 2003 del Concejo Nacional de seguridad social en Salud

¿Quiénes administran el Régimen Subsidiado? Las ARS que con la nueva reforma pasarán a llamarse EPS` S Entidades promotoras de Salud del régimen subsidiado, quienes son las encargadas de carnetizar a los beneficiarios, administrar los recursos y garantizar que le sean prestado los servicios a los usuarios, esto último lo hace por medio de la contratación con una Institución Prestadora de Servicios(IPS).



¿Quiénes prestan los servicios? Las IPS públicas (Red pública en todos los niveles de atención) o privadas (Clínicas, consultorios, etc) que son contratadas por la ARS o de su propiedad.

La financiación o sea la plata que se necesita para que se presten los servicios en el régimen subsidiado son administrados por el Fosyga que es una cuenta adscrita al Ministerio de la protección social manejada por el Consejo Nacional de seguridad Social en Salud, esta cuenta funciona por subcuentas de acuerdo con la función que cumplan veamos:

El Fosyga posee las siguientes sub-cuentas:

- a- de compensación del régimen contributivo
- b- de solidaridad con el régimen subsidiado
- c- de promoción de la salud
- d- de seguros de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito

Según la ley 100 de 1993 la sub-cuenta de solidaridad con el régimen subsidiado recoge dineros así:

- El 1% del régimen contributivo por cada trabajador que cotiza, el dinero será girado por cada EPS al Fosyga
- El monto que corresponda a las Cajas de Compensación Familiar
- Un aporte del presupuesto nacional teniendo en cuenta la proporción que resulte de las dos anteriores. Además de los rendimientos financieros que generen los dineros.
- Regalías del petróleo de Cusiana y Cupiagua
- Aportes del paripaso. por cada peso de aportes del trabajador, el Estado aportará otro peso.

Con la ley 1122, la financiación para el régimen subsidiado quedó de la siguiente manera:

- El 1.5% del régimen contributivo por cada trabajador que cotiza, del aumento en dichos aportes de un 0.5%.
- El 61% en el año 2008 y el 65% en el año 2009 del sistema General de Participaciones en salud de las entidades territoriales.
- El paripaso antes mencionado y un punto porcentual más de lo presupuestado en el año anterior. Es decir que el aporte del estado aumentará un 1% anualmente. Aquí debemos mencionar que los aportes que son definidos como paripaso, donde el Estado debería hacer un aporte igual a la suma del aporte de solidaridad del régimen contributivo, solo fue cumplido entre el año de 1994 y 1996 desde el año 1997 su aporte ha venido disminuyendo.

- El monto que corresponda a las Cajas de Compensación Familiar
- Un aporte del presupuesto nacional teniendo en cuenta la proporción que resulte de las dos anteriores. Además de los rendimientos financieros que generen los dineros.
- Regalías del petróleo de Cusiana y Cupiagua

¿A quién le paga el Fosyga el dinero? Se paga a la Entidad Promotora de Salud del Régimen subsidiado (EPS`S), como se le llama después de la reforma, que para el caso de Juana María sería Comfacundi. Ella es la encargada de administrar los recursos, afiliarse a Juana María y su familia y garantizarle la prestación de los servicios. La ARS Comfacundi, a su vez debe pagar a la Institución prestadora de Servicios (IPS) para que atienda a Juana María y su familia, en este caso la IPS puede ser cualquier clínica contratada por la ARS como El Hospital Centro Oriente, o una Clínica privada. La plata que se paga por cada usuario del régimen subsidiado se realiza a través de los copagos o UPC, es decir que el fosyga gira por cada afiliado del régimen subsidiado. Con este dinero la EPS`S debe cubrir los servicios y medicamentos que requiera el usuario de acuerdo con el POSS (Plan obligatorio de salud subsidiado)



Las IPS prestan los servicios a los beneficiarios de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) y el antes llamado por la ley 100 Plan de Atención Básica (PAB), el cual conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la ley 1122, sería reemplazado por el Plan de intervenciones colectivas. Estos paquetes contienen: el listado de las enfermedades que cubre el sistema, los exámenes, hospitalizaciones, medicamentos, pero ¡OJO!, es importante que ubiquemos que el POSS es diferente al POSC, pues el subsidiado es significativamente menor en servicios. ¿Qué implicaciones tiene la diferencia entre los dos POS para los usuarios?

La ley 1122 de 2007 introdujo algunas reglamentaciones adicionales para el sistema, en especial para el régimen subsidiado. Dentro de estas nuevas reglamentaciones encontramos:

1. El subsidio total o pleno, en el régimen subsidiado de las personas pobres, vulnerables y las poblaciones especiales que el Gobierno Nacional defina como prioritarias clasificadas dentro de los niveles I y II del Sisben
2. La ampliación de cobertura con subsidios parciales a nivel municipal, el cual se aplicará únicamente para personas clasificadas en el nivel III del SISBEN, con prioridad para quienes hayan perdido su afiliación al régimen contributivo.
3. El gobierno implementará algunos incentivos para permitir que las personas afiliadas al nivel III del Sisben puedan afiliarse al régimen contributivo, mediante aportes complementarios al subsidio parcial
4. El órgano directivo tendrá que realizar acciones en busca de la unificación del POS del subsidiado y contributivo.
5. No existirán cuotas moderadoras o copagos para quienes estén en el nivel I del sisben

6. En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el Plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el FOSYGA.

Como lo podemos ver en esta ley se eliminan algunos costos en la prestación de servicios de salud de la población que se encuentre en los niveles más bajos del Sisben como lo son I y II y al tres se le otorga una disminución.

Lo cual tendría mejores efectos si el Sistema de clasificación no estuviera regido por parámetros de focalización, que como lo explicábamos anteriormente hacen que los pobres compitan entre ellos para acceder a estos beneficios y se muestren ante el Estado como los mas pobres, esto queda muy claro cuando la ley dice: "mantendrán su condición siempre y cuando cumplan con los requisitos exigidos para ser beneficiarios" y claramente estos requisitos son ser parte de una población vulnerable y además estar en condiciones extremas de pobreza.



Veámoslo con un ejemplo: Don Alirio es un hombre de 65 años, que no cuenta con un trabajo fijo, de vez en cuando trabaja en construcción, el vive en arriendo, pero con lo que puede ha adquirido ciertos bienes como un televisor, un radio, etc, sin tener mas de lo suficiente. A Don Alirio le aplicaron la encuesta del Sisben para su clasificación y quedó en nivel III, porque su condición no era de extrema pobreza ya que para la encuesta contaba con trabajo así fuera por muy poco tiempo, lo cual ya le daba alguna capacidad de pago, por lo que debería quedar en el nivel III ya que podía hacerse cargo de algunos costos y solo necesitaba de un subsidio parcial y no total.

En esta situación ¿Usted cree que don Alirio tiene verdaderamente capacidad para hacerse cargo de algunos costos de su salud?, sabiendo que debe pagar arriendo y que trabaja de vez en cuando además no cuenta con la edad para ello ¿Esta clasificación se adecua a su posición socioeconómica?

C. Otros planes

Para el régimen contributivo el sistema permite que las EPS ofrezcan a sus afiliados una serie de servicios que mejoran el POS contributivo, con una adición a la cotización obligatoria. También existe una serie de seguros privados llamados las medicinas prepagadas en las cuales el asegurado hace una cotización mensual diferente a la del régimen contributivo y a cambio las empresas de salud le ofrecen mayor oportunidad en los servicios, y acceso rápido a la atención especializada, adicionalmente cada vez que solicitan atención deben cancelar una cuota llamada bono. Esta es una expresión de la falta de equidad y la permisividad del sistema para que haya diferencia en los servicios de acuerdo con la capacidad de pago.

A pesar de que el sistema pareciera perfecto, en el proceso de implementación le fueron apareciendo poblaciones sin acceso al sistema, denominados los VINCULADOS.

Los vinculados o población pobre no asegurada; son las personas que no tienen capacidad de pago, o empleo formal para pertenecer al régimen contributivo, pero que tampoco fueron seleccionados por la encuesta del SISBEN pues sólo son beneficiarios plenos del Régimen subsidiado los encuestados que quedan en el nivel 1 y 2, los otros niveles, del 3 en adelante deben pagar el 70% de los servicios y son atendidos por la Red Pública de Hospitales.



Los vinculados son un claro efecto de los problemas estructurales de la ley 100 evidenciando su inconsistencia frente a los principios que proclamo y frente a la imposibilidad de llegar a la meta de tener asegurada a toda la población colombiana en el 2001.

Subsidios Parciales..... Cada vez menos

El CGSSS⁸ ha implementado una serie de reformas que afectan el acceso a los servicios de salud para todos los ciudadanos y ciudadanas, bajo el argumento de la insuficiencia de recursos, esta situación ha llevado a que el POS cada vez sea más reducido es decir tenga menos servicios, el acuerdo 267 del 2004 propone ampliar la cobertura del régimen subsidiado mediante subsidios parciales, otorgados a personas residentes en áreas urbanas de los niveles 2 y3 del Sisben no afiliadas, este acuerdo, entre los municipios y la subcuenta de solidaridad del Fosyga cofinancia algunos contenidos del POS subsidiado relacionados con: la atención de enfermedades de alto costo, atención en traumatología y ortopedia, la atención del embarazo, atención del menor de un año, los medicamentos para las patologías descritas y para la atención del primer nivel. Los demás servicios no incluidos y los programas de promoción y prevención serán cobrados a los usuarios de estos subsidios parciales como se cobra a la población vinculada.

2.2.1. Propuestas alternativas aún en el mundo de la ley 100. Caso Bogotá Antecedentes: Algunas estrategias del Plan Distrital de Salud 2004-2008.

En medio de la crisis que vive el sector salud con la implementación de la ley 100, Bogotá ha venido impulsando una política Distrital de salud desde la administración de Luis Eduardo Garzón entre los años 2004 y 2008, enmarcada en la garantía del derecho a la salud, basada en los principios de equidad, solidaridad, autonomía y reconocimiento de las diferencias⁹.

⁸Consejo general de seguridad social en salud

⁹Secretaría Distrital de salud, Salud a su hogar, un modelo de atención primaria para garantizar el derecho a la salud en Bogotá, 2004.

La estrategia para la implementación de la política distrital de salud, fue el enfoque promocional de calidad de vida y salud, donde se proponía la inclusión de respuestas colectivas para superar la prestación de servicios e incorporar las acciones de otros sectores para garantizar la calidad de vida de todos y todas. Pasando de la asistencia de los servicios a la promoción de la salud y por tanto de la calidad de vida.

En este sentido la política distrital de salud 2004-2008 para disminuir las barreras de acceso a los servicios y posibilitar el derecho a la salud, adoptó el enfoque de Atención Primaria en Salud, - APS- y un modelo conocido como “salud a su hogar” cuyo objetivo sería el fomento, la conservación y el mantenimiento de la salud individual, familiar y colectiva, a través de acciones e intervenciones costo efectivas que impacten positivamente los determinantes del proceso salud- enfermedad, en un marco de la atención integral¹⁰.

Tanto la estrategia promocional de calidad de vida como el modelo Salud a su Hogar, requirió una reorganización de la gestión de las acciones de salud tanto en la secretaria de salud, como en la red hospitalaria, en los prestadores y aseguradores; pero de manera imperativa del acompañamiento, la gestión y el control social de las comunidades para contribuir a que esta política sea posible en toda la ciudad.

Existen equipos de “salud a su hogar”, ahora llamados salud a su casa, que se encuentran en buena parte de la localidad, valdría la pena acercarnos y conocer con mayor precisión como se ejecuta en dicho territorio esta política para defenderla, pues como es de esperarse la rodean detractores con influencia y poder interesados en mantener la salud como un negocio.

2.2.1.1. Plan Distrital de Salud 2008-2012.

En la actualidad el Plan distrital de Salud 2008-2012 enmarcado dentro del gobierno y el plan de desarrollo de Samuel Moreno, también le da continuidad a un enfoque basado en el derecho a la salud y en la calidad de vida, la inclusión respetando la diferencia junto con otros elementos como es el elemento territorial.

Así mismo, el plan se enmarca dentro de los lineamientos de la Política Nacional de Salud Pública, desde donde se establecieron ciertas prioridades en salud de la población colombiana, a partir de estudios realizados. Dentro de esta política nacional se proponen como objetivos fundamentales hacia los cuales deben ir dirigidas las acciones: la salud infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud oral, la salud mental, las enfermedades transmisibles y las zoonosis, las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades, la situación nutricional, la seguridad sanitaria y ambiental, la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.

En concordancia con los enfoques, el plan de salud se sustenta en los siguientes objetivos.

¹⁰Secretaría Distrital de Salud. Documento de trabajo grupo de planeación octubre 2004.

- Lograr el acceso de la población a la atención integral en salud con calidad
- Desarrollar un modelo de atención en salud integral e incluyente que reconozca la diversidad étnica y cultural, que responda a las necesidades de la población del Distrito Capital
- Afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población del Distrito Capital
- Fortalecer el desarrollo Institucional y Sectorial que favorezca la gestión social integral efectiva, para la transformación de condiciones de calidad de vida de la población de Bogotá.
- Promover la construcción de ciudadanía para el ejercicio del derecho a la salud y la calidad de vida.

EL PLAN SE COMPONE DE SEIS EJES:

1. Eje de Aseguramiento:

Función Básica: Garantizar el acceso universal al sistema general de Seguridad Social en salud y la gestión al aseguramiento (riesgo en salud, prestación de servicios, garantía de calidad y financiamiento) que reconozca las necesidades diferenciales de la realidad de la población del distrito capital.

Objetivos:

- Gestionar e implementar un plan integral de beneficios en salud para la población del Distrito Capital en el marco de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud y la Atención primaria en salud APS.
- Definir, implementar y evaluar el modelo rectoría en aseguramiento en salud en el Distrito Capital.

Metas

- Lograr el aseguramiento universal y la financiación del plan obligatorio de salud POS
- Garantizar por parte de las EPS del régimen subsidiado la entrega del 100% de los medicamentos dentro del POS formulados a los pacientes. Además de afiliar a 892.415 nuevos ciudadanos al Régimen Subsidiado.

2. Eje de Prestación y desarrollo de servicios.

Función Básica: Garantizar la prestación de los servicios de salud con atributos de calidad, por responder integralmente a las necesidades de salud por ciclo vital, de la población del Distrito Capital.

Objetivos

- Reorganizar los servicios de salud en el distrito capital bajo un modelo de prestación de servicios que responda con accesibilidad calidad y eficiencia.
- Fortalecer los sistemas de habilitación, acreditación y auditoría para asegurar estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud en el Distrito.
- Contar con talento humano del sector salud en el Distrito, calificado, motivado, bien remunerado y con bienestar.

Metas

- Al 2011 poner al servicio de la comunidad el primer Banco público de tejidos y células del país.
- Al 2012 aumentar la tasa de donación de órganos y tejidos a 28 por cada millón de habitantes.

3. Eje de Salud pública-plan de Intervenciones Colectivas:

Función Básica: Contribuir al mejoramiento de las condiciones individuales y colectivas de calidad de vida y salud, de manera integral, diferencial y equitativa con énfasis en la promoción de la salud y con la participación activa de todos los actores del Distrito Capital.

Objetivos

- Lograr la movilización de actores y sectores para el desarrollo de acciones que mejoren la calidad de vida y salud de la población del Distrito.
- Impactar en las condiciones de calidad y salud de la población del Distrito con el desarrollo de las acciones de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad definida en el Plan de Salud del distrito.
- Orientar en las medidas de prevención y control de eventos prioritarios a través de la vigilancia en salud pública.
- Orientar la formulación, implementación, evaluación de las políticas en salud pública a partir del conocimiento construido



Metas

- Reducir la tasa de mortalidad en menores
- Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años
- Adaptar y adoptar e implementar el plan distrital de la política nacional de salud mental
- Cubrir 425 microterritorios con la estrategia Salud a su Casa.
- Cubrir 734 sedes educativas con el programa de Salud al Colegio
- Cubrir 600 instituciones especiales que atienden a personas mayores con la estrategia de gestión y acción en salud pública.
- Desarrollar una estrategia de comunidad saludable en cada una de las 20 localidades del Distrito Capital.

4. Eje de Promoción social:

Función Básica: Generar condiciones para el ejercicio de la ciudadanía y garantía de los derechos de la población, potencializando las capacidades de las personas y reconociendo la diversidad para transformas las condiciones de vida.

Objetivos

- Potencializar las capacidades de las personas y sus formas organizativa, reconociendo que todas tienen sus habilidades e intereses que los particularizan desde un entorno social en función de la construcción de lo público.
- Fortalecer las redes sociales para transformas las condiciones de calidad de vida y salud de la población del Distrito
- Lograr la sostenibilidad y continuidad de las prácticas sociales para el mantenimiento de la calidad de vida de las poblaciones, individuos y de sus organizaciones sociales.

Metas

- Conformación y funcionamiento de 20 redes territoriales promotoras de calidad de vida y salud.
- Fortalecer las redes sociales existentes en Bogota.

5. Eje de Riesgos Profesionales:

Función básica: Promocionar condiciones de trabajo digno, así como la prevención, atención, vigilancia y control de los eventos de alud relacionados con el trabajo y las condiciones asociadas a esos eventos desde una perspectiva de derechos y criterios de universalidad y equidad.

Objetivos

- Promover entornos de trabajo saludables y seguros con enfoque diferencial.
- Contar con un sistema de información de riesgos profesionales del sector informal de la economía en el Distrito Capital.
- Promover que las intervenciones institucionales e intersectoriales respondan de manera sostenida a la lectura de necesidades de la población trabajadora.
- Promover y favorecer el empoderamiento de los trabajadores y los empleadores como sujetos de derechos.

6. Eje de Urgencias, Emergencias y Desastres:

Función básica: Crear las condiciones básicas para prevenir y mitigar las consecuencias en la salud en la población producto de situaciones de urgencia, emergencia y desastre en el Distrito Capital.

Objetivos

- Prevenir, mitigar, preparar y atender de manera integral las situaciones de urgencia, emergencias y desastres que se presenten en el Distrito Capital.
- Actualizar el sistema de información para identificación y caracterización de riesgos que puedan ocasionar urgencias, emergencias o desastres.

EJERCICIO

Veamos ahora, cuánto hemos interactuado con las políticas locales, adelantadas durante este período en salud:

Conoce las estrategias o los programas de salud desarrollados en su localidad?

Three horizontal light pink bars for writing the answer.

Conocen ustedes los territorios caracterizados por salud a su casa en la localidad?

Three horizontal light pink bars for writing the answer.

Existe una relación similar entre las necesidades identificadas por ustedes, durante el proceso formativo de la Escuela de Lideres y la lectura de necesidades hecha por el Hospital? Por qué?

Three horizontal light pink bars for writing the answer.

¿Cuáles son los espacios generados por gestión local del Hospital para interactuar con la comunidad y realizar ejercicios de participación?

Three horizontal light pink bars for writing the answer.

Cómo podremos formular una agenda entre la comunidad y el Hospital que efectivamente sea participativa en la elaboración de la política local de salud?

Three horizontal light pink bars for writing the answer.

Analícemos....

Como pudimos ver las metas esperadas del plan distrital de salud son altas. Dentro del marco de la ley 100 y de la ley 1122, los principales objetivos de la política hablan del acceso y calidad de los servicios de salud, frente a lo cual tendremos que decir que la calidad de dichos servicios están supeditados al tipo de régimen al que pertenezcan las personas, pues sabemos que los dos regimenes gozan de un plan obligatorio de salud diferente para cada uno, donde la población del régimen subsidiado recibe menos beneficios. Por otro lado la posibilidad que dentro de este sistema se respeten las diversidades culturales, étnicas, de género, posición socioeconómica será bastante problemático ya que se rige por un plan obligatorio de salud estandarizado que pasa por encima de estas diferencias.

Respecto al plan de intervenciones públicas (PIC), estas solo tendrán un efecto positivo si las administradoras de salud cumplen con sus funciones de prevención y promoción. En cuanto a los Riesgos profesionales, sabemos que la gran falencia de este sistema dispuesto en la ley 100 es que solo contempló a los trabajadores formales, y que aunque al 2009 existe la norma para los independientes o informales esta tiene bastantes limitaciones para llevarse a cabo en la práctica y hay mucha falta de información al respecto.

En resumen, la posibilidad de hacer efectivas muchas de las metas trazadas por el plan distrital de salud nos remite a un sistema inequitativo, excluyente, focalizado que deja por fuera toda perspectiva de derecho.

Pero así mismo, hemos visto que se han gestado algunos proyectos que intentan apartarse un poco de la lógica de la ley 100 y su reforma como lo vimos en el caso de Bogotá, de esta manera podemos reconocer que las Políticas Públicas son escenarios de poder y definición de acciones frente a las necesidades de la sociedad, lo cual requiere de que la misma se organice y se movilice en pro de que estas políticas respondan a sus demandas, incidiendo de manera decisiva en la determinación de las mismas y además generando procesos de control social donde se haga seguimiento y monitoreo para que estas sean realmente llevadas a acabo como se dispuso.

2.3. RIESGOS PROFESIONALES

Doña Zenaida es una vendedora ambulante de frutas, que regularmente atiende un puesto en el parque nacional, ayer en la tarde, cuando se desplazaba con las frutas fue atropellada por un automóvil, lo cual le ocasionó una fractura de cadera que le impedirá en adelante seguir desarrollando su trabajo.

De acuerdo con este caso revisemos algunos aspectos sobre el sistema general de riesgos profesionales.

- ¿Este accidente puede ser considerado un accidente de trabajo?
- ¿De que forma el sistema cubre las necesidades de doña Zenaida?.
- ¿Qué tipo de protección recibirá de acuerdo con lo servicios del sistema?

Blank response area consisting of seven horizontal light blue bars.

El tema de la salud en el trabajo y la identificación de los riesgos a los cuales se ven expuestos los trabajadores, es poco debatido sin embargo existe un reconocimiento de él, en el ámbito del trabajo formal, es decir el espacio de la industria o de la empresa. La ley 100 de 1993 incorporó un capítulo sobre riesgos profesionales donde define los accidentes de trabajo, levemente da lineamientos sobre enfermedad profesional, regula las indemnizaciones o las pensiones a partir de la clasificación de las lesiones, y deja en el limbo la situación de los trabajadores informales e independientes, al no contemplar mecanismos solidarios de protección, como tampoco identificar sus riesgos ocupacionales

a. Antecedentes

Con el surgimiento de la industrialización y el desarrollo de la fábrica, los países de occidente dan importancia a la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, buscando una salida mediante la combinación de seguros privados con mecanismos protectores de asociaciones mutualistas.

Un hecho relevante es la creación de la Organización Internacional del Trabajo, -OIT- organismo de cooperación internacional, dimensionando, globalmente la problemática de la salud en los procesos laborales. Entre sus postulados se destacan: La promoción de pleno empleo y elevación del nivel de vida; empleo de los trabajadores en ocupaciones donde desarrollen habilidades y conocimientos; medidas de seguridad social y protección adecuada a la vida y la salud de los trabajadores.¹¹

Las normas iniciales de la OIT, tienen una característica indemnizadora representada en un reconocimiento económico, dirigido al trabajador o a sus derechohabientes, (es decir al cónyuge e hijos menores edad o discapacitados que dependan económicamente del trabajador), de acuerdo a los efectos o lesiones ocasionados en su salud, Posteriormente avanza al desarrollar una política preventiva, dirigida al control de los factores que causan los accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

¹¹Confederación de Trabajadores de Colombia CTC- Manual del Líder en salud Laboral, Nivel Básico, Modulo 3. Pág. 18. 2001.

Recientemente, las políticas de la OIT, recogen temáticas como: “Principios y deberes en el trabajo” “Oportunidades en materia de empleo e ingreso para las mujeres” y “Protección social”.

Es interesante observar como, la tendencia Internacional, promovida por la OIT esta dirigida a procesos de promoción, prevención y gestión de la salud ocupacional, mientras otros organismos como: Banco Mundial, la International Estándar Organization, la Organización Mundial del Comercio e incluso la Organización Mundial de la Salud, proponen políticas de salud para los trabajadores dirigidas al desarrollo del modelo de internacionalización de la economía, lo que implica dar paso al uso de la mano de obra más barata en los servicios no desarrollados (Maquilas) al servicio de grandes multinacionales.

A nivel nacional, se inicia la reglamentación, sobre salud de los trabajadores, con la ley 57 de 1915 o Ley Rafael Uribe Uribe, que estableció el pago de prestaciones por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a cargo del empleador. Posteriormente la ley 6 de 1945. Normatizó la contingencia de accidente de trabajo y enfermedad profesional (ATEP) a cargo del empleador en tanto se organizaba el Seguro Social Obligatorio, esta ley ordeno la creación de la Caja Nacional de Previsión Social (CAJANAL) de los empleados y obreros oficiales. Y en 1946 se creó el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, con un modelo de aseguramiento, financiado por la cotización de patrones, trabajadores y gobierno para cubrir las contingencias básicas de invalidez, vejez, y muerte (IVM), enfermedad general y maternidad (EGM) y ATEP.



La salud de los trabajadores en el marco de la ley 100 1993.

Estas disposiciones se encuentran en el libro tercero de la Ley 100/93, donde se constituye el denominado Sistema General de Riesgos Profesionales, que es el encargado en el campo de la Seguridad Social en el país de atender lo referente a Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (ATEP). Como avance con la normatividad anterior desarrolla algunos aspectos frente a la invalidez por ATEP y pensión de sobrevivientes.

El Sistema de Riesgos Profesionales se reglamenta y organiza a través del Decreto 1295/94, definiendo al sistema como el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan.

Principales disposiciones del decreto 1295/94

Como el campo de acción del Sistema General de Riesgos Profesionales tiene que ver con los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, esta norma aclara que es cada uno de ellos.

Entiende el accidente de trabajo como el ocurrido en cumplimiento de labores cotidianas o esporádicas en la empresa; el que se produce en cumplimiento del trabajo regular, de órdenes o en representación del empleador así sea por fuera de horarios laborales o instalaciones de la empresa; el que sucede durante el traslado entre la residencia y el trabajo en transporte suministrado por el patrón.

En cuanto a enfermedad profesional la define como todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga a un trabajador como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo, o del medio en que se ha visto obligado a laborar, y que haya sido determinada como enfermedad profesional por el gobierno (tabla de enfermedades profesionales). Cabe destacar que el reconocimiento de una enfermedad laboral es un camino largo y tortuoso dado que son pocas las enfermedades aceptadas por el sistema de riesgos como de origen laboral.

Funcionamiento Del Sistema.

El decreto 1295/94 da la potestad exclusiva al patrón de escoger la Administradora de Riesgos Profesionales, - ARP - de origen privado o continuar con el ISS, entidad que históricamente realizó tal función. En tanto es el empleador quien realiza el monto total de la cotización, tiene la libertad de escoger la institución que mejor le parezca.



Las ARP contratarán los servicios de asistencia médica, quirúrgica y de rehabilitación con las Empresas Promotoras de Salud (EPS), quienes a su vez contratan los servicios asistenciales con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), y serán estas las que directamente atenderán al trabajador en caso de accidentes o enfermedades y determinarán en primera instancia si son de origen laboral o no.

En relación con la participación de los trabajadores la ley 100 les cambió el nombre, pasando de ser los comités de medicina, higiene y seguridad industrial a Comités Paritarios de Salud Ocupacional (COPASO); aumentó a dos años el período de los miembros del comité y obliga al patrón a proporcionar, cuando menos, cuatro horas semanales dentro de la jornada normal de trabajo de cada uno de sus miembros para el funcionamiento del comité. Otras disposiciones del COPASO continúan vigentes según la Resolución 2013/86.

La dirección está a cargo del Consejo Nacional de Riesgos Profesionales y en el Ministerio de trabajo y Seguridad Social, particularmente en la Dirección de Riesgos Profesionales. Y el control recae en la Superintendencia Bancaria, el Comité Nacional de Salud Ocupacional se considera un órgano consultivo y asesor del sistema

Financiamiento. El Sistema General de Riesgos Profesionales esta financiado por los aportes que el empleador realiza a la ARP. Esta cotización esta basada en una tabla de clasificación de los riesgos ocupacionales, definidos en 5 clases, donde la clase I corresponde al riesgo mínimo y cotiza en menor proporción que las empresas con rango V, correspondiente al riesgo máximo.

La distribución de la cotización corresponde un 94% para la cobertura de contingencias derivadas de los riesgos profesionales, el 5% administrados autónomamente por la ARP, para programas, campañas y acciones de prevención y el 1% para el fondo de Riesgos Profesionales.

Mecanismos de acceso. Como se ha planteado anteriormente, el SGRP fue concebido para los trabajadores del sector formal de la economía y excluye a los trabajadores informales ya que para acceder a él media la cotización del empleador. En el caso de los trabajadores independientes actualmente pueden afiliarse voluntariamente al SGRP, pero aún no han sido reglamentados los ATEP, y los avances en tal sentido son incipientes.

A diferencia del caso de salud, no existe un subsidio en el sistema que cubra a los trabajadores del sector informal. La resolución 4288 de 1996, Reglamentaria del Plan de Atención Básica (PAB), fijó entre las competencias de los entes territoriales el desarrollo de acciones de control sobre factores de riesgo a que esta expuesta la población laboral especialmente del sector informal de la economía y los trabajadores independientes.

Sin embargo, esto no resuelve el aseguramiento y cubrimiento de prestaciones económicas para el sector informal e independiente.

2.4. PENSIONES

Antecedentes

Históricamente el régimen de pensiones en Colombia se enmarca en el modelo Bismarckiano que proponía la protección a una serie de contingencias ocasionadas por distintos eventos como la enfermedad, los riesgos y enfermedades profesionales, la vejez, la dependencia económica, la invalidez o la muerte.



Las pensiones hacen parte de los sistemas de aseguramiento y su función es garantizar la protección de contingencias como la vejez, los sobrevivientes, la invalidez o la muerte a través del pago de una de una prestación (mesada o de indemnizaciones) que les permitan a los trabajadores o sus sobrevivientes sobreponerse a alguna de estas contingencias.

En Colombia antes de la ley 100 del /93 existían múltiples regímenes de pensiones:

- Legal: los referidos en el código sustantivo del trabajo y el ISS
- Extralegal: establecidos por las convenciones colectivas de trabajo
- Reglamentarios: los establecidos por las entidades descentralizadas, las entidades territoriales y los trabajadores estatales.

Como vemos en la clasificación anterior las pensiones han estado sujetas a la existencia de una relación formal de trabajo, que le permita al trabajador estar afiliado a un sistema de pensión y cotizar durante su vida. Sin embargo, la posibilidad de obtener una pensión o en su defecto una

indemnización no depende solamente de una declaración jurídica, es decir, no basta con plantear la pensión como un derecho, sino que se necesita garantizar los dineros que posibiliten que efectivamente sea pagada.

En este sentido, la situación se ha agudizado en los últimos años y se ha convertido en una preocupación importante establecer las reservas económicas para el pago de las pensiones. Podemos decir que la crisis actual obedece entre otros a: el aumento de número de personas en edad de reclamar la pensión, y que muchas veces los beneficios de la pensión son superiores a la contribución que han hecho los trabajadores (la cotización realizada a lo largo de la vida al ser promediada no compensa la contribución que se hace en el reconocimiento de la pensión) el aumento del desempleo, la flexibilización laboral, el subempleo.

Ante la multiplicidad de regímenes y la crisis financiera del sistema pensional se creó el Sistema General de Pensiones en el marco de la ley 100 del /93.

Funcionamiento del sistema general de pensiones

A partir de la ley 100 del /93 se organiza las prestaciones en pensiones, sobrevivencia, invalidez y muerte; creando un Sistema único conformado por dos regímenes que son de carácter incompatible, es decir, nadie puede estar en los dos regímenes a la vez.

El primero corresponde al régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPMPD) que históricamente había sido administrado por el ISS, y que tiene las siguientes características:

- Es un régimen que se sustenta en la solidaridad en donde todos aportan y se apoyan mutuamente, lo que se manifiesta en el apoyo intergeneracional.
- Los aportes de los afiliados conforman un fondo común único de carácter público
- Se establece una prestación definida desde el principio, de acuerdo a porcentajes, para lo cual se debe cumplir los requisitos
- No existe competencia en el mercado el único que oferta este régimen es el ISS
- El afiliado cotizará de acuerdo con lo establecido en la ley: 13.5% de su salario mensual de los cuales tres partes son pagadas por el empleador y una parte por el trabajador.
- El Estado garantiza el pago de las pensiones

El RPMPD también es administrado por fondos o cajas de que hayan existido con anterioridad (regímenes especiales) que cubren únicamente a los beneficiarios que hacen parte del régimen como los empleados de Ecopetrol, el Magisterio, la E.A.A.B, las Fuerzas Armadas, los Magistrados y trabajadores del Senado.

Y el segundo régimen de Ahorro individual con Solidaridad (RAIS) es administrado por las administradoras de Fondos de Pensión (AFP), y tiene las siguientes características:

- Es una cuenta de ahorro individual que depende de las cotizaciones individuales
- Desarrolla la competencia entre las diferentes entidades que pertenecen a este régimen: diferentes fondos
- Promueve la libre escogencia del Fondo de pensiones.

- No hay prestación definida sino que el reconocimiento de la pensión de vejez, invalidez, sobrevivencia o muerte dependerá únicamente de los aportes de los afiliados y empleadores y de los rendimientos financieros efectuados a lo largo de su vida y por lo tanto pueden variar de un afiliado a otro con relación a los aportes.
- Los requisitos dependen de la capacidad de ahorro que tenga cada uno, de acuerdo con el tiempo y la cuantía.
- El Estado garantizará el pago de las pensiones en caso de incumplimiento por parte de las aseguradoras.
- El afiliado puede aumentar su cotización de manera libre de acuerdo con la capacidad adquisitiva que posea.
- El control sobre los fondos será ejercido por la Superintendencia Bancaria.

Teniendo en cuenta lo anterior El régimen de Prima Media está sustentado en el principio de solidaridad. Su funcionamiento se puede parecer a una gran caja de ahorros donde todos los afiliados al régimen consignan sus aportes para todos y al final todos recibirán su pensión. Además, debe aportar 1% para el Fondo de solidaridad Pensional, que veremos más adelante.

En cuanto al régimen de Ahorro individual obedece más a una lógica de ahorro individual donde cada uno debe fraguarse su propia pensión sin depender de los aportes de otros. El principio de solidaridad en este régimen está en que aporta 1% para el Fondo de solidaridad pensional.

Por su parte el Fondo de solidaridad pensional tiene como objeto aportar subsidios al régimen General de pensiones de los trabajadores asalariados o independientes del sector rural o urbano que carezcan de suficientes recursos para efectuar la totalidad de los aportes como en el caso de los deportistas, los artistas, músicos compositores, madres comunitarias, discapacitados físicos. Los beneficiarios deberán afiliarse a un régimen y pagar la porción de la cotización que les corresponda.

Además de los dos regímenes anteriores existe uno tercero que se ha denominado de Transición y que trata de saldar la discusión del derecho laboral: los derechos adquiridos versus las expectativas. Esto quiere decir que al formularse la ley 100 del /93 había unas reglas de juego para pensionarse así: 20 años de trabajo y 60 de edad en el caso de los hombres Y 20 años de trabajo y 55 años de edad; al cambiar la ley se cambió las reglas de juego en cuanto a los requisitos, entonces se estableció que para obtener la pensión se debe cotizar 1000 semanas.

Esta discusión está planteada en el artículo 36 de la ley 100 del /93 en donde se establece un periodo de transición para las mujeres de 35 años o los hombres de 40 años, con más de 15 años de servicios cotizados y el plazo para cambiar el régimen será el año 2014 para quienes estén en transición.

Actualmente cursa una propuesta de reforma pensional en el Congreso de la República, con el argumento de realizar un ahorro para hacer viable el sistema el gobierno busca afectar el régimen de transición, las convecciones colectivas de los trabajadores y los regímenes especiales, al respecto es clara la urgencia del gobierno Uribe ya que este es uno de los aspectos firmados con el Fondo Monetario Internacional FMI. La reforma pensional enfatiza en los siguientes elementos:

- No podrán existir pensiones superiores a 25 salarios mínimos
- Todos los regímenes especiales pactados en convecciones colectivas de los trabajadores a excepción de las fuerzas militares terminarán el 31 de julio del 2010, afectando a entidades como el sena, Ecopetrol, el Banco de la república entre otros.
- El régimen de transición establecido por la ley 100 hasta el 2014, no se extenderá más allá del 2010, es decir como condición no solo se debe tener la edad sino haber cotizado 750 semanas.
- Se eliminará la mesada catorce para los nuevos pensionados.

De manera general esta reforma tiene carácter regresivo en la medida en que pretende transformar los acuerdos ganados por los trabajadores en sus luchas sindicales y afecta directamente a todos y todas las ciudadanas con el aumento de la cotizaciones, aumento del número de semanas laboradas, mayor edad para acceder a la pensión y menores ingresos al pensionarse.

Reflexionemos

1. A continuación te proponemos que en grupo reflexiones y trates de recordar cómo era la prestación de servicios en salud, las pensiones y los riesgos profesionales y los compares con la forma en que están organizados hoy.

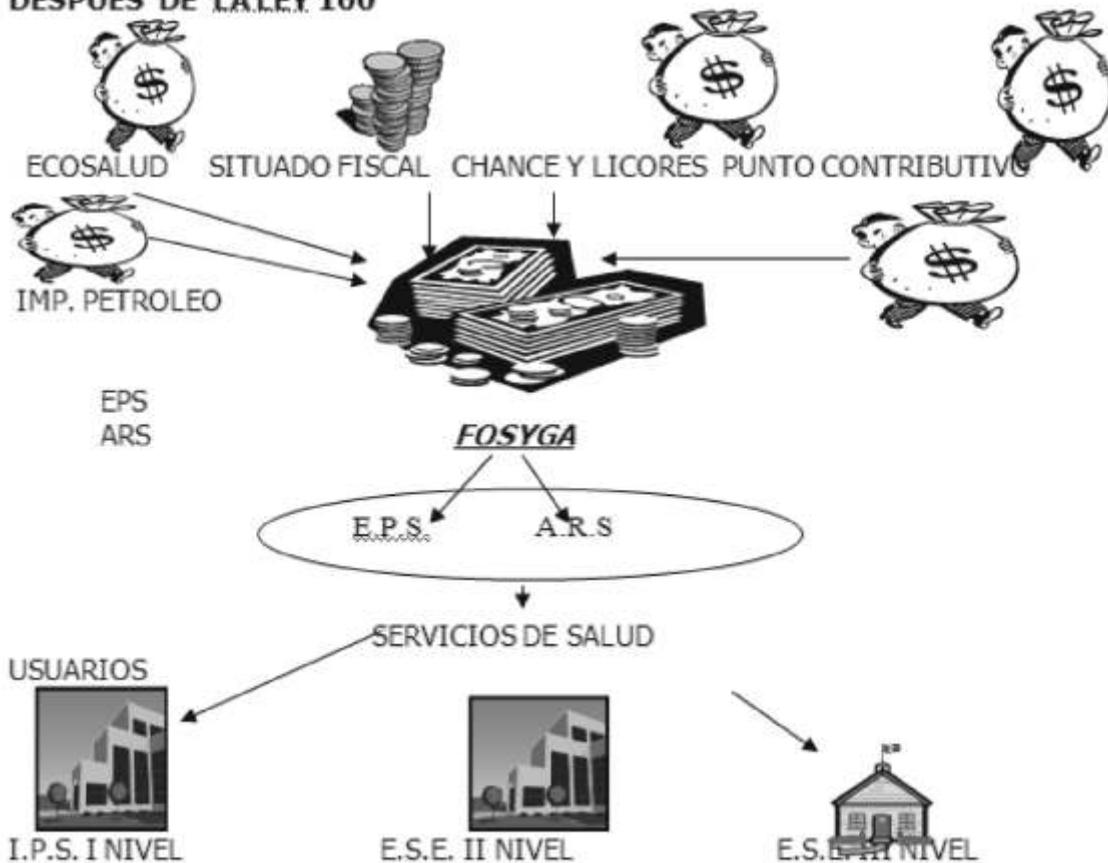
RIESGOS PROFESIONALES	RIESGOS PROFESIONALES
¿Cómo funcionaban las aseguradoras de riesgos profesionales?	¿Cómo funcionaban las aseguradoras de riesgos profesionales?
¿Quien prestaba los servicios asistenciales en caso de un accidente de trabajo?	¿Quien prestaba los servicios asistenciales en caso de un accidente de trabajo?
PENSIONES ¿Cómo era el sistema de pensiones antes de la ley 100 del /93?	PENSIONES ¿Qué cambios trajo consigo la ley 100 del /93 en pensiones
¿Qué características tenía el Sistema?	¿cómo afecta esos cambios a la población

1. Ayudemos a resolver esta situación, Julián trabaja como técnico en refrigeración en una empresa que presta de servicios a otras empresas que requieren la utilización de aire acondicionado, él pertenece al Régimen contributivo. Su hijo sufrió un accidente cuando jugaba en el parque y se fracturó un brazo, al llevarlo a la IPS le dijeron que no lo pueden atender, pues su patrón no ha pagado la cotización, aunque a Julián si le han descontado. Qué debe hacer Julián?
2. Las siguientes gráficas muestran la manera como se financiaba la salud en Colombia antes de la ley 100 y la forma como se financia después de la aparición de la ley. Estudie con cuidado las dos gráficas y conteste cada una de las preguntas que aparecen al final

ANTES DE LEY 100



DESPUÉS DE LA LEY 100



- Cuáles entidades DEL ESTADO ubica ANTES de la Ley 100 y Cuales ubica DESPUES la Ley 100? Cuáles entidades aparecen ANTES de la Ley 100 que no aparecen DESPUES la Ley 100 ?

Three horizontal light pink bars for writing the answer to the first question.

- Quién recogía y distribuía la plata hasta los hospitales, UBAS, UPAS, CAMIS, antes? Quien recoge y distribuye la plata según la ley 100?

Three horizontal light pink bars for writing the answer to the second question.

- Como se sostenían los hospitales, UBAS, UPAS, antes? Cómo se sostienen los hospitales, UBAS, UPAS etc, hoy en día?

Three horizontal light pink bars for writing the answer to the third question.

- ? Que responsabilidad tenía el estado con los hospitales, UBAS, etc. antes? Qué responsabilidad tienen Ahora?

Three horizontal light pink bars for writing the answer to the fourth question.

- ?Cuál es la responsabilidad del Estado con la salud de los colombianos?

Three horizontal light pink bars for writing the answer to the fifth question.

- ? Cómo se garantiza el derecho a la salud?

Three horizontal light pink bars for writing the answer to the sixth question.

Capítulo 3

Balance del Sistema

EJERCICIO

a- Para Juan el hermano de doña María, el 24 de febrero será inolvidable mientras viva, el dolor en el pecho era tan intenso que le dolía hasta el despertar.

A sus 60 años que el corazón fallara era ya un grave problema y más aún si tenía en cuenta que en el hospital de su pueblo cundinamarqués no había el equipo técnico para hacerle la cirugía y colocarle el marcapaso. Por eso tan pronto como pudo levantarse y estar más tranquilo llamó a María para ver si en la capital había alguna solución, pues hasta donde Juan entendía, la salud es un derecho y el régimen subsidiado tiene cobertura nacional.

-Pues venga a ver que podemos hacer - le contesto María.

La ARS le dio como hospital referente en Bogotá, La Samaritana, allí se harían cargo de su caso. Pero para sorpresa de Juan al llegar al hospital se encontró que estaba en paro por la crisis hospitalaria, y si la enfermedad era dolorosa el viacrucis que le faltaba por vivir no lo era menos. Toda la familia de Juan en Bogotá empezó a buscar donde hacer le la cirugía. Pues era claro que cada día que pasaba era un día de riesgo para la vida de él.



Lo primero que hicieron fue buscar clínicas y hospitales en donde hubiera equipos para la cirugía, esto fue toda una odisea, pues, donde había equipos se negaban a atenderle porque la deuda de las ARS era cuantiosa y en ningún lado estaban dispuestos a seguir aumentando la cartera morosa.

Por fin se ubicó como lugar posible el hospital Cardioinfantil, pero los argumentos fueron los mismos, la cartera morosa estaba a punto de llevarlo a la quiebra y por supuesto al cierre. Después de cuatro semanas en Bogotá, por fin se logró que la ARS respalde con un reaseguramiento que sirviera de garantía para cubrir la plata de la cirugía de Juan. Sin embargo, hasta la publicación de este módulo a Juan aún no se le había practicado la cirugía situación que pone en peligro su vida.

- ¿ante una situación como la de Juan qué podemos hacer?
- ¿Quién es el responsable de una situación como la de Juan?
- ¿el caso de Juan será una situación normal, cotidiana o por el contrario es una situación que ocurre de vez en cuando?

B. Retoma las conclusiones del congreso nacional Por el derecho a la salud y la seguridad social:

1. Qué problemas se identifican como prioritarios en salud?

Three empty rectangular boxes for writing answers.

¿Exclusión: A quienes se identifican como excluidos del sistema?

Three empty rectangular boxes for writing answers.

¿A qué se refiere con múltiples violencias y cómo afecta la salud?

Three empty rectangular boxes for writing answers.

2. ¿Cuáles son los principales problemas en materia de seguridad social (riesgos profesionales y pensiones) que se identifican en el documento.

3. Consideras que la problemática identificada corresponde con lo que sucede cotidianamente en atención de servicios en salud y seguridad social o desde tu experiencia qué faltaría para complementar el balance que hizo el Congreso?

3.1. Balance de la situación actual en salud¹²

Hoy es un hecho indiscutible la grave situación por la que atraviesa el país en materia de salud. No sólo por los problemas del sistema de seguridad social actual, sino porque las condiciones de vida de las poblaciones han empeorado.

El sistema de seguridad social colombiano ha puesto de manifiesto los límites estructurales para la expansión de la cobertura, propios de un sistema dual de aseguramiento y asistencia pública.

¹² Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson, tomado de: Salud Crisis Humanitaria, en Deshacer el Embujo, alternativas a las políticas de gobierno de Alvaro Uribe. para P 115- 21. Bogotá. 2006

Si se tienen en cuenta los datos de 1998, considerado el momento más alto en cobertura, la afiliación no se ha recuperado; por el contrario sigue en descenso. Esto se puede explicar por la relación inversa entre el aseguramiento y el empleo. Así, en el régimen contributivo la cobertura pasó de 39.8% del total de la población en 1998 a 30.6% en 2004; en el régimen subsidiado, pasó de 20.8% a 33.1% para el mismo período, incluyendo la población con subsidios parciales. De esta forma, las cifras de cobertura total para 2004 son de 63.7% de la población, a pesar de los ingentes esfuerzos del gobierno por lograr la cobertura total¹³. En el estudio de la Contraloría General de la República, el déficit en cobertura para 2005 asciende al 31% de la población. A pesar de esto, los recursos, tanto del aseguramiento como de los de transferencias de la Nación a los entes territoriales, tienden a disminuir. Esta situación cuestiona la viabilidad financiera del actual sistema.



Existen desigualdades ofensivas entre ricos, medios y pobres en el acceso a los servicios de salud, expresadas tanto en la oportunidad, como en la calidad y la cantidad de servicios recibidos. La brecha entre unos y otros no sólo se ha mantenido sino que ha crecido, representando hoy una diferencia de alrededor del 30% en los beneficios entre régimen contributivo y régimen subsidiado. En este sentido, la Contraloría General ha advertido sobre la atención excluyente y poco equitativa que genera la existencia de planes diferentes, basados en la estratificación de la población según su capacidad de pago, contraviniendo la Constitución Nacional: “al promover tratamientos diferenciados en servicios y en derechos, se impide la construcción de una sociedad justa regida por el Estado Social de Derecho”¹⁴.

El aspecto más crítico en materia de servicios de salud se refiere a que el sistema, lejos de favorecer la justicia social y redistributiva, incentiva en sí mismo la inequidad por condición socioeconómica: “La atención médica por problemas de salud oscila entre el 63,3% para el decil más pobre de la población y el 78% para el decil más rico. El mayor acceso a estos servicios lo tienen los afiliados al régimen contributivo (80%), seguidos por los afiliados al régimen subsidiado (75%), mientras que la población sin afiliación presenta porcentajes más bajos (52%)”¹⁵. También ha aumentado la brecha entre el campo y la ciudad en materia de cobertura del aseguramiento, de 13 a 14 puntos entre 1997 y 2004. Entre las zonas geográficas, los indicadores más bajos de cobertura de aseguramiento se encuentran en la Costa Atlántica y en los departamentos de menor desarrollo económico.

De igual modo, las barreras económicas a través de los copagos y las cuotas moderadoras golpean con mayor fuerza a los más pobres. Entre ellos, la razón económica es la primera causa de no uso de servicios para los no afiliados y la segunda para los afiliados, según la encuesta de hogares del Departamento Nacional de Estadística (DANE). Esta situación se agudiza en el acceso a los

¹³ Informes anuales del CNSSS al Congreso de la República . 2 0 0 4

¹⁴ CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA, Análisis del proyecto de ley que modifica el sistema general de seguridad social en salud, Bogotá, abril 2005.

¹⁵ Garay LJ, Rodríguez A. Colombia: diálogo pendiente. Bogotá: Planeta Paz, 2005: 31.

medicamentos. A las barreras económicas se suman las geográficas, generadas en los contratos entre aseguradores y prestadores, y las de orden administrativo, que se reflejan en la negociación de servicios y medicamentos pactados en los contratos, en las demoras para la asignación de consultas y en largas esperas para la prestación de servicios, situación crítica en casos de urgencia.

Las barreras en el acceso a los servicios, en especial de los asegurados, han obligado a los pacientes a acudir a la tutela. El estudio de la Defensoría del Pueblo sobre las tutelas expresa de manera contundente el descalabro del sistema: “en todo el país, desde 1999, el total de tutelas interpuestas por ciudadanos y ciudadanas fue de 145.360 de las cuales 87.300 (60%) fueron falladas positivamente por negaciones arbitrarias de las aseguradoras (EPS/ARS) al no autorizar servicios asistenciales a los que legítimamente tenían derecho por hacer parte del POS”¹⁶. Después de la decisión de pagar los servicios ordenados por los fallos con recursos del Fosyga y no con los de las EPS y ARS, proliferan las demandas estimuladas por los mismos aseguradores para aumentar sus arcas, con el total beneplácito del Estado.



Hoy se gasta casi tres veces más en servicios de salud que en 1993, pero no todos tenemos acceso a servicios de salud. Los recursos para la salud se están quedando en la intermediación, en la corrupción y el clientelismo. De hecho, el subsidio a la demanda es más funcional que otros sistemas de subsidio a estas prácticas, como se evidencia en la prensa diaria: el cobro por afiliados inexistentes¹⁷, la manipulación de las bases de datos ante la falta de un sistema de información unificado, la desviación de recursos y su manejo en muchas regiones del país por grupos ilegales, como en el caso de la Costa Atlántica y Arauca, la manipulación del proceso de afiliación como un mecanismo de clientelismo y politiquería.^{18,19,20} Estos hechos han motivado la congelación y reestructuración de los convenios y las encuestas del Sisben por parte de los organismos de control^{21,22,23}, lo que afecta y retrasa los pagos de las entidades territoriales a las ARS y de estas a las IPS, y repercute sobre la prestación de los servicios a las poblaciones. Entre tanto, en el régimen contributivo unas pocas EPS concentran los recursos y obtienen ganancias anuales descomunales.

La crisis hospitalaria es innegable y ha dado al traste con un enorme capital público y social acumulado en todo el país. El cierre de hospitales genera desempleo, debilita la capacidad de respuesta estatal y favorece a los prestadores privados, propiedad de los mismos aseguradores gracias a la descarada integración vertical. Progresivamente la calidad del empleo en el sector se deteriora y, en consecuencia, la relación entre los trabajadores y profesionales de la salud y los ciudadanos es cada vez más impersonal y precaria.

¹⁶ Citado por: TORRES, Mauricio. PAREDES, Natalia. El mercado no es para todos y todas. La situación del derecho a la salud en países de América Latina. Edición ALAMESPCDHDD. Bogotá, 2005. P 88

¹⁷ Los muertos siguen en el Sisben. El Tiempo. 2003

¹⁸ Por corrupción ultimátum a ARS. El País. Abril 27 de 2004: 6.

¹⁹ Cuestionan cupos por nuevo Sisben. El Tiempo. Enero 29 de 2003

²⁰ Depuran SISBÉN en Valledupar. El Tiempo. Junio 6 de 2003

²¹ Nueva encuesta del Sisben. El Tiempo. Noviembre 12 de 2003

²² Congelados convenios del Sisben (2003). El Tiempo. Septiembre 6 de 2003

²³ Sisben al Banquillo. El Tiempo. Septiembre 18 de 2003.

El control, la prevención de enfermedades prioritarias y la promoción de la salud se han debilitado. Hoy no contamos con coberturas útiles de vacunación en los niños menores de cinco años, en ninguna ciudad ni región del país. Los aseguradores no invierten en prevención, como se suponía, porque han aprendido que es mejor negocio ponerle trabas al usuario para evitar los gastos de atención que esperar las ganancias a largo plazo de la prevención. La información en el sistema no sirve para orientar las políticas, porque interesa más la transacción comercial entre los agentes del negocio, que la salud de las personas. Así, el Estado no tiene capacidad de rectoría y control del sistema. Entre tanto, la participación social se ha convertido en una defensa del consumidor en los hospitales y cada vez más desaparece el ciudadano, como sujeto de derechos.



Con lo anterior, a pesar del aumento en el aseguramiento en salud, la gente hace un recorrido macabro por las urgencias de hospitales y clínicas hasta que no hay nada que hacer. Éste es el famoso "paseo de la muerte". Se ha dicho que este fenómeno se debe al mal comportamiento de algunos agentes del sistema, de manera que unas cuantas sanciones y una mayor vigilancia solucionará el problema. Pero no es así. Se trata de una expresión más de la competencia entre los agentes de mercado por ganar más gastando menos. La lógica del lucro se ha impuesto sobre las relaciones basadas en el cuidado y la solidaridad, necesarias para la atención en salud.

El punto central de la crisis del sistema de salud radica en la decisión política y técnica de colocar la prestación de servicios de salud bajo la óptica del mercado, en una perspectiva de acumulación de capital para los agentes financieros del sistema, a partir de la separación de las acciones individuales y las acciones colectivas. Las primeras deberán ser resueltas en el mercado regulado del aseguramiento y las segundas provistas de manera descentralizada por el Estado. En esta perspectiva, la salud deja de ser derecho para ser un servicio que se adquiere según la capacidad de pago del usuario, lo que de entrada genera un escenario de incremento de las inequidades.

Si bien la ley 100 de 1993 promulgó la universalidad en la cobertura, "en este modelo, el alcance de los beneficios y de la distribución de los servicios de salud se haría acorde con la noción de aseguramiento de contingencias, en vez de la noción de necesidades"²⁴, y se confunde salud con servicios de atención de enfermedad. Por ello, se organizaron planes de beneficios, para garantizar la salud individual mediante el plan obligatorio de salud (POS), y la salud pública mediante el plan de atención básica (PAB). Adicionalmente, el logro de la universalidad quedó sujeta a la prosperidad económica, el comportamiento del empleo, de los ingresos y del proceder de las personas frente a los riesgos. En consecuencia, los límites de la Ley 100 son tanto de concepción como de contexto y proyección de la realidad nacional. Sus problemas deben ser entendidos, no como error de cálculo, sino como una intención explícita de hacer de la salud un mercado lucrativo.

²⁴ Vega R, Hernández A. Evaluación de los efectos de la política de focalización de subsidios en salud sobre la población sin capacidad de pago de cuatro localidades de Bogotá, D.C., Colombia, 2001. Revista de Salud Pública, 2003, 5 (3): 284-300.

Poco a poco, los colombianos y colombianas hemos aceptado la idea de que los servicios de salud son una mercancía a la que se tiene derecho sólo si se paga o si se demuestra ser pobre absoluto. Nunca hemos experimentado la garantía universal del derecho a la salud, ligado a la condición de ciudadano o ciudadana. Así, quien no tiene recursos acude a la nueva modalidad de la asistencia pública denominada “subsidio a la demanda”, tanto en salud como en otros sectores sociales. Aceptando esta lógica, los movimientos y las comunidades naturalizan la exclusión, y abandonan la idea de un derecho ciudadano universal a la atención en salud. De allí que se confunda la supuesta cobertura universal del aseguramiento con el derecho a la salud, y avance la propuesta gubernamental de profundización del modelo como una “reforma” de la Ley 100 que pronto mostrará sus resultados.

Si un modelo ha mostrado sus limitaciones, ¿por qué no pensar en otra opción? Muchos países han optado por otras alternativas, con mejores resultados. De ellos se puede aprender, para construir un nuevo modelo de salud, en el marco de una ampliación de la seguridad social integral y no sólo del aseguramiento de las contingencias.

3.1.1. Efectos del tratado de libre comercio TLC y la salud.

Para reflexionar...

El caso reciente de la ciprofloxacina es más que un ejemplo, casi una caricatura de la desigualdad que existe ante el acceso a la salud..... Estados Unidos con 14 casos de una enfermedad (ántrax) decide en menos de una semana hacer un stock preventivo de seguridad para 100 millones de habitantes. En 48 horas obtiene una reducción del 50% del precio de medicamento. Mientras en África del Sur con cuatro millones de personas seropositivas (VIH) de las cuales gran parte morirá en los próximos 2 – 3 años el acceso a los antirretrovirales es prácticamente inexistente y las negociaciones llevan más de 4 años.

Germán Velásquez 2002, tomado de Salud y libre comercio
Un contrasentido.

Los efectos en la economía mundial producto de la crisis económica de los ochenta 80, llevo a los países desarrollados a sustentar el crecimiento económico en el libre comercio entre naciones, su fundamentación se regula desde la Organización mundial del comercio OMC, este libre comercio ha incluido aspectos como los servicios, la propiedad intelectual y las inversiones.

En general se materializa a partir de la firma de acuerdos entre los países donde se discuten los temas de interés en una serie de reuniones llamadas rondas. En América entre los acuerdos más importantes aparece el TLCAN Tratado de Libre Comercio de América del Norte, suscrito entre Canadá, Estados Unidos y México. En América Latina el primero de ellos fue el Tratado de Libre Comercio (TLC) suscrito entre Estados Unidos y Chile, a partir de éste se inician las rondas con los demás países latinoamericanos. Estos acuerdos van dirigidos a impulsar el Acuerdo de Libre Comercio de las América (ALCA).

De manera general con los acuerdos se busca implementar un mercado que involucre la libre circulación de mercancías por todo el continente, con ausencia de derechos de aduana y la libertad plena de movimientos de un país a otro sin restricciones. Como van las negociaciones priman los intereses de los Estados Unidos ya que los demás países no han tenido una posición en defensa de la autonomía de sus mercados y de la protección de sus bienes.

Para el caso Colombiano, el TLC suscribió con los Estados Unidos 23 temas en la agenda de negociaciones. Cinco de ellos afectan directamente el tema de salud: servicios, propiedad intelectual, transparencia, asuntos institucionales y asuntos laborales por ello el ministerio de la protección social ha sido encargado de debatirlos en las rondas de negociación. Los dos primeros tendrán incidencia en la disponibilidad de precios de los medicamentos, las oportunidades de exportación de servicios²⁵. Los asuntos institucionales y laborales afectarán las relaciones de empleo y contratación de los trabajadores del sector salud.

En el libre comercio, es preciso aclarar existe la regulación del mercado por tanto, un comprador puede escoger el precio y las características del bien que negocia, y su posesión depende de la capacidad de pago y de negociación. Por lo tanto se acepta su suministro a través del mercado y su propiedad cambia de acuerdo al mejor comprador estos bienes son denominados "excluyentes". Sin embargo existen bienes o servicios no excluyentes es decir, aquellos a los que deben tener acceso todos los miembros de una sociedad independientemente de su capacidad de pago, no pueden transarse por medio del mercado, la sociedad debe proveerlos a través del Estado (Giraldo 2001). La salud es un bien público por excelencia sin el una sociedad no puede existir. No es un bien o un servicio más, es un derecho, por tanto no puede someterse a los principios de un tratado de libre comercio y mercadeo.

Efectos del TLC en la salud

Entre los principales efectos se encuentran el otorgamiento de patentes a compañías internacionales para la producción de medicamentos, su efecto se encuentra principalmente en las barreras económicas para el acceso a estos, especialmente en los sectores pobres pues los costos superarán su capacidad de pago.

Otro efecto será el deterioro de la salud pública ya que estas enfermedades no son rentables para los productores farmacéuticos, por tanto los medicamentos esenciales utilizados para su control o prevención se eliminarían y estarían patentados bajo el control de las multinacionales.

Aumento en el mercado de multinacionales para la prestación de los servicios de salud, con mayor capacidad de competencia y tecnología, aumentando la debilidad de la red pública de servicios, propiciando un incremento en los costos de los servicios de salud.

Mayor flexibilización en la contratación del personal del sector salud, implica ello la migración de profesionales de la salud de todo el continente agudizando la crisis laboral del sector, bajos salarios y aumento de la carga laboral.

²⁵MARULANDA Jhon, Tratado de libre comercio y salud, en el signo vital, año 3 No. 18. enero 2005.

En este sentido un estudio reciente realizado por Ifarma con el apoyo de la Organización Panamericana de la salud OPS, ha demostrado que el impacto económico y sanitario en caso de hacer concesiones en la propiedad intelectual implicarían que para el 2014 los estratos 1 y 2 serán los más afectados por los costos de los medicamentos pues deberán incrementar sus ingresos en un 22% para mantener el nivel de consumo actual de medicamentos.



El mismo estudio señala el aumento del valor de la UPC pues se incrementaría en 6.6% para el 2008, dirigido a mantener las prestaciones farmacéuticas lo cual implicaría desvincular a 300 mil personas del sistema²⁶. Así mismo se evidencia la situación dramática de la salud pública, ejemplo de ello, el caso de los medicamentos antiretrovirales utilizados en el tratamiento del VIH, con el aumento de patentes llevaría el incremento de la mortalidad por esta enfermedad.

Efecto de las patentes

Si el ALCA crea un sistema que bloquee el uso de fármacos equivalentes pero más baratos, será una catástrofe para todas las personas de las Américas, ya que la diferencia de precio puede ser la diferencia entre la vida y la muerte.

Médicos sin fronteras, carta del 5 de junio de 2003.

De acuerdo con el informe sobre la salud en el mundo de la OMS, de los 10.3 millones de niños menores de cinco años que murieron en el mundo en el año 2000, 8.6 millones se hubieran podido salvar con un acceso regular a medicamentos esenciales.

3.1.2. Balance de Salud en Bogotá

Los logros y dificultades que ha tenido Bogotá en los últimos años se encuentran enmarcados por la ley 100 de 1993, con todo lo que ya hemos narrado de sus consecuencias a nivel nacional. Existen en este sentido cuestionamientos al tipo de aseguramiento y a la reorganización institucional del sistema y por supuesto a la intervención del sector privado como agente asegurador y proveedor de servicios. Frente a esta situación como lo vimos anteriormente se tuvieron grandes avances sobretodo durante la administración de Luis Eduardo Garzón donde se logró una cobertura del 40.4% de población de los estratos 1 y 2, con los cuales fue posible intervenir sobre 390.000 familias hasta el año 2008²⁷, disminuyendo los niveles de mortalidad infantil y materna, aumentando los esquemas de vacunación, aumentando las consultas de crecimiento y desarrollo y control prenatal. Otra estrategia desde este gobierno es salud al colegio donde existen 330 colegios y 500.000 estudiantes en programas de promoción y prevención y se brinda atención a urgencias escolares.

²⁶ IFARMA- OPS. 2005

²⁷ Rendición de cuentas de la administración de Luis Eduardo Garzon

Sin embargo, siguen persistiendo algunos problemas y se nos acercan grandes retos en cuanto al sostenimiento de estas estrategias pues sabemos que el sostenimiento de sus buenos resultados dependen del nivel de participación de la ciudadanía, teniendo en cuenta que ahora tenemos que enfrentarnos con los grandes proyectos que se vienen gestando en la actual administración como ciudad salud, EPS distrital y la política de gratuidad. De esta manera nuestro mayor reto será el de lograr un verdadero empoderamiento que garantice una participación como elemento indispensable para la garantía del derecho a la salud.

NUEVAS PROPUESTAS EN EL MARCO DEL PLAN DE SALUD ACTUAL

LA POLÍTICA DE GRATUIDAD, es un ejemplo de la incidencia desde las organizaciones, esta hace parte del plan distrital de salud que pretende al 2011 alcanzar el acceso a los servicios de salud de manera gratuita al 100% de la población de niños de 1 a 5 años, mayores de 65 años y a la población en condición de discapacidad severa, afiliada al régimen subsidiado y con clasificación en el nivel 1 y 2, de manera gradual.



En esta política se dispone que para el nivel 1 del SISBEN el POS será gratis y para los servicios no POS-S no se cobrará cuota de recuperación, la cual es un dinero que deben pagar directamente a la IPS los usuarios pobres y vulnerables en los servicios no cubiertos con subsidios a la demanda, es decir los no POS-S y para el Nivel II se eliminará el 10% de copagos en eventos POS-S y el 10% de cuota de recuperación en eventos NO POS-S.

Esta política representa un gran avance y la generación de planes de beneficios para esta población que se encuentra en una condición de fragilidad que amerita dichos planes, sin embargo a través del observatorio social de exigibilidad del derecho a la salud del Grupo Guillermo Fergusson, se da cuenta del caso de una menor de 16 años de edad en situación de discapacidad severa, quién presenta una parálisis cerebral múltiple, resultado de una complicación durante el parto de su madre, huérfana de padre y madre. En la actualidad presenta un deterioro importante de su desarrollo general, no camina, no habla, con frecuencia presenta problemas respiratorios y por tanto tiene una dependencia total al cuidado de otros, en este caso de su abuela.

En el pasado recibió algunas ayudas del ICBF con subsidio y terapias pero le fue retirado y actualmente no cuenta con ningún tipo de ayuda por parte del Estado, excepto por los servicios de salud cuando son solicitados, por los cuales debe pagar \$5.000 por consulta y \$50.000 por urgencias. Por su clasificación socioeconómica no ha podido ser beneficiaria de la política de gratuidad, ha pedido reclasificación la cual le ha sido negada después de dos visitas.

Frente a esta situación a pesar de haber recurrido a las autoridades competentes y haber recurrido a todo tipo de auxilios, no ha sido posible darle solución a esta problemática.

En ese caso ¿Cuál debería ser nuestro papel como líderes y lideresas frente a esta situación?.

Four horizontal pink bars intended for user input.

EPS DISTRICTAL

Otra propuesta para hacer efectivos los objetivos trazados en el plan distrital de salud es la creación de la EPS Distrital. Esta EPS será de carácter mixto, es decir que el distrito tendrá un poco más del 51% y el resto estará en manos de privados, más exactamente de una EPS ya constituida. La EPS tendrá como principales beneficios:

- Mayor cobertura de servicios en salud a través del fortalecimiento de la red hospitalaria del distrito, sobretodo de la red pública por el aumento de la contratación con estos hospitales
- Lograr el aumento de afiliados al régimen subsidiado y aumentar la cobertura del aseguramiento hasta lograr la universalidad, a través de la administración directa del aseguramiento²⁸

Como todos lo sabemos esta propuesta ha sido muy discutida en los espacios de participación a los que hemos asistido y actualmente se trabaja el tema en el espacio de los comisionados y comisionadas y el centro de esta discusión ha sido el carácter público o privado que tendrá la EPS. Alrededor de este tema la comunidad ha dicho que si no se trata de una EPS totalmente pública, los objetivos de la misma nuevamente se podrán desviar ya que al tener un carácter privado esta favorecerá a intereses particulares lucrativos y no al interés de la comunidad como si podría ser si esta fuera pública. El riesgo es entonces volver a hacer una réplica de las EPS hasta ahora existentes donde la salud sigue siendo un negocio y donde sus alcances y beneficios son limitados a unos pocos.

CIUDAD SALUD Y ZONA FRANCA

Por último, un importante tema de debate es lo conocido como la proyección de un proyecto denominado ciudad salud, que se encuentra dispuesto en el plan de desarrollo de la actual administración, y se inscribe dentro de un megaproyecto denominado zona franca en salud.

¿Qué entendemos por zona franca? Zona Franca hace alusión a un área geográfica delimitada dentro del territorio nacional, en donde se desarrollan actividades industriales de bienes y de servicios, o actividades comerciales, bajo una normatividad especial en materia tributaria, aduanera y de comercio exterior. Las mercancías ingresadas en estas zonas se consideran fuera del territorio aduanero nacional para efectos de los impuestos a las importaciones y a las exportaciones. De esta definición lo primero que se nos viene a la cabeza es que la salud dentro de esta concepción es una mercancía más y por supuesto está dentro del juego del comercio y la ganancia, ahora veamos de que se trata con mayor profundidad:

²⁸ Secretaria Distrital de Salud.

El proyecto de ciudad salud que ya venía siendo contemplado años atrás, no solo por la actual administración, tenía como pretensión ofrecer servicios altamente especializados en salud con proyecciones internacionales, valiéndose de una gran parte de la red hospitalaria pública del distrito. El corazón del proyecto sería el San Juan de Dios, que como todos sabemos posee uno de los equipamientos mas avanzados en Latinoamérica y hace mucho tiempo se encuentra cerrado por efecto de la crisis hospitalaria pública, pero para este proyecto estará en venta para quien de más por el ya que se convertirá en una fuente de riqueza en el marco de ciudad salud. De esta manera este proyecto se enmarca en el sector comprendido entre las Calles primera y quinta y de la Avenida Circunvalar a la Avenida Caracas, territorio donde están localizados los hospitales Santa Clara, Samaritana, Federico Lleras, La Misericordia y el ya mencionado San Juan de Dios, además del instituto Materno Infantil y el Centro Cancerológico. Así pues de lo que se trata es de ofertar, vía subasta pública y con beneficios arancelarios especiales a los hospitales de interés social más importantes de Colombia.

Asi mismo, el proyecto además de implicar la prestación de servicios especializados en salud, tendrá que transformar este sector urbano en un foco de desarrollo con establecimientos de comercio, hoteles, vivienda de interés social y zonas recreativas, por lo cual se puede entender como una extensión del Plan Centro.

Con lo anterior lo único que queda claro es que no contentos con entregarle el negocio de la salud al capital nacional ahora se lo entregamos al internacional y como siempre el perjuicio va a ser para la población colombiana que empeorará aún más la ya pronunciada crisis de la salud.



Pintor Colombiano José Orlando López

Capítulo 4

Perspectivas.

4. Perspectivas.

Hemos visto cómo se comportan las políticas de salud del orden nacional, distrital y como llegan a la localidad, el panorama que nos ofrece la ley 100 y en general las dificultades de salud que vivimos los Colombianos y las Colombianas. Es por eso que este último capítulo del modulo está dirigido a que como sociedad civil, crítica y participativa nos vinculemos a propuestas dirigidas a promover poder entre los ciudadanos y ciudadanas y responder sistemática y organizadamente ante los ajustes y embates del modelo neoliberal.

4.1. Un nuevo modelo de salud

Una transformación de fondo de la situación actual no puede ser otra que una reforma estructural del sistema de salud, y no un conjunto de modificaciones parciales que no hacen otra cosa que profundizar un modelo fracasado. En el sentido de modificaciones parciales avanzan la mayoría de propuestas de reforma de la Ley 100 de 1993, hoy en debate en las comisiones séptimas de Senado y Cámara, con mensajes de urgencia e insistencia por parte del gobierno nacional. A estas modificaciones debemos estar alertas y ver bajo un lente crítico los aspectos que buscan modificar y valorar si en efecto, garantizarán la universalidad y el derecho a la salud.



Un nuevo modelo de salud comienza por una manera diferente de entender y realizar el derecho a la salud para todos y todas. La salud no es un asunto aislado; por el contrario, depende de las condiciones de vida de las personas. Por esto, el nuevo modelo de salud debe articularse con un nuevo sistema de seguridad social integral, que deberá incluir una visión integrada de la protección social universal, comenzando por el trabajo, la educación y la vivienda, y no como subsidios focalizados para pobres, derivados del modelo de “gestión social del riesgo” promovido por el Banco Mundial.

El componente de salud de este nuevo modelo requiere una comprensión cultural y política de la salud como bien público, derecho humano fundamental, deber del Estado y responsabilidad social, y no como mercancía. Esta comprensión se logra en un debate público intenso, de alcance nacional, que llegue hasta el nivel de reforma constitucional, para superar la idea de la conexidad entre un servicio individual y el derecho a la vida, sólo en el límite del riesgo vital. Sin salud no es posible una vida digna, por lo tanto, debe entenderse como derecho fundamental y no secundario o prestacional.

Un modelo integrado de seguridad social comienza por un financiamiento verdaderamente solidario. La organización de un fondo único, de carácter público, que permita la articulación efectiva del esfuerzo económico de los empleadores, los trabajadores, formales e informales, y los impuestos de diferente fuente, siempre progresivos, puede lograr la solidaridad necesaria para el mejor uso de los recursos, con criterio de equidad. Los recursos disponibles hoy en el sistema permiten lograr la

universalidad en el acceso, según las necesidades sociales en salud. El gasto total en salud, público y privado, superaba los 17 billones de pesos para el 2003, y se espera que para 2006 bordee los 19 billones, equivalentes al 10% del PIB, uno de los gastos más altos de América Latina.

El fondo público único deberá ser distribuido y administrado territorialmente según las necesidades e inequidades sociales existentes, con una participación social efectiva. Para lograr una perspectiva colectiva suficiente y solidaria se requiere ir más allá de los municipios pequeños. Por esto, se propone conformar territorios sanitarios con un mínimo de 100.000 habitantes. La administración territorial se orientaría por una visión de salud pública, hoy descuidada por la perspectiva mercantilista. Desde un enfoque promocional de calidad de vida y salud, es posible generar formas de articulación del sector salud con otros sectores del Estado y de la sociedad para superar inequidades, esto es, desigualdades injustas y evitables, derivadas de la posición socioeconómica, el género, la raza, la etnia o el ciclo vital. De allí resultaría una mayor proporción de recursos para las regiones en peores condiciones de vida y de salud.



En este nuevo modelo jugarán un papel preponderante la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), con una reorganización y fortalecimiento de redes de servicios de salud y prioridad de la red pública, con calidad y estabilidad del trabajo en salud, garantía de la atención de urgencias y el acceso universal de medicamentos esenciales, en contravía del tratado de libre comercio (TLC) con Estados Unidos, y el apoyo del multilateralismo internacional y la unidad latinoamericana.

Si el conflicto armado es generador crónico de malestar social, el esfuerzo para avanzar en la seguridad social integral debe acompañarse de una salida negociada del conflicto. Mientras tal salida ocurre, es necesario proteger a la Misión Médica y generar estrategias directas de garantía de derechos a la población desplazada. Al mismo tiempo, una prioridad en la construcción de la paz es el impulso de una cultura de relaciones democráticas y pacíficas en el interior de las familias, las instituciones y todos los escenarios de la vida cotidiana.

En el ámbito local, una tarea central consiste en propiciar procesos de identificación de necesidades e inequidades existentes hoy, para construir agendas locales de acción colectiva para su superación. Esto implica un esfuerzo sostenido de desarrollo organizativo de las comunidades, desde una perspectiva de derechos derivados de la ciudadanía social.

En medio de propuestas de disminución de recursos para los entes territoriales, como ha propuesto el actual gobierno en su afán por disminuir el déficit central, pagar la deuda y aumentar la inversión militar, es necesario fortalecer las experiencias de poder local o municipal que avanzan en la perspectiva de la salud como derecho, hacer un seguimiento sistemático de los aprendizajes, los logros y los fracasos de tales gestiones, en relación con la agenda de los movimientos sociales en salud. Lo anterior implica una acción estratégica para la articulación de los movimientos por el derecho a la salud en el debate de descentralización.

4.1.1. La participación social en la construcción de políticas públicas en salud

Tenemos que tener en cuenta que la democracia y la participación como parte constitutiva de la primera, cumplen un papel fundamental para garantizar que la sociedad tenga un nivel de incidencia importante en la toma de decisiones y con esto en la formulación de cualquier política pública, para que de esta manera dicha política corresponda a las verdaderas necesidades de la población. Así pues, es importante para el propósito de construir un nuevo modelo de salud, crear condiciones propicias para el ejercicio de la participación desde el ámbito de la institucionalidad y desde el ámbito de la sociedad.



Dentro del primero (el de la institucionalidad) como producto de la exigencia de las comunidades, es decir de los diversos actores sociales que hicieron parte del proceso de participación de las 22 localidades del Distrito Capital, se manifestó la necesidad de abrir espacios desde la institucionalidad para la participación específicamente en el tema de la salud, de esta manera se dió lugar a la política pública de Participación social en Salud y Atención al Ciudadano promovida desde la secretaria distrital de salud.

Esta política de participación social en salud es una política que busca principalmente:

- Fortalecer el ejercicio de ciudadanía activa para avanzar en la garantía del derecho a la salud y
 - promover las prácticas de exigibilidad, en la vía de profundizar la democracia de la ciudad.
 - Aportar al fortalecimiento de la acción política ciudadana desde el sector salud.
 - Aportar a la superación de la fragmentación política y organizativa de la participación ciudadana
- Fortalecer la institucionalidad del sector salud, para que apoerte a los procesos de consolidación de la participación.
- Apoyar la construcción y la consolidación de las diferentes formas organizativas sociales en salud de carácter autónomo.
 - Aportar a la construcción social de la salud
- Ejercer rectoría a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en lo que compete a los procesos de participación.

Es importante conocer a profundidad la política para convertirla en una herramienta favorable para hacer efectivas nuestras demandas en salud, lo cual no quiere decir que debemos aceptar, la política sin generar críticas frente a ella y sobretodo sin hacerle seguimiento para que esta tenga los mejores resultados posibles y logre concretarse.

Recordemos que la participación social debemos entenderla como la posibilidad de construir agendas políticas estratégicas, a través de las cuales se pretende abogar por un proyecto de sociedad justa basada en sistemas universales, integrales y equitativos que den respuesta a las necesidades de todos y todas.

4.3. La organización y los movimientos sociales

Así como hablamos de algunos de los espacios abiertos para la participación desde el Estado o la institucionalidad ahora es importante hablar de los mecanismos de participación que se gestan desde la sociedad. En este sentido, es trascendental el papel que corresponde a las personas y a las organizaciones sociales y comunitarias para que en efecto se logre incidir sobre la modificación de ley 100 propendiendo por un modelo que garantice el derecho a la salud.



En el plano internacional debe reconocerse que, en los últimos años, ha ganado fuerza la posibilidad de construir escenarios de debate alternativos que exploran caminos distintos a los impuestos por el discurso hegemónico del capital. Un ejemplo de ello es el Foro Social Mundial. El diálogo que se genera bajo el paraguas del Foro permite articular las agendas de los movimientos sociales, contribuyendo así a su evolución. El derecho a la salud es quizás uno de los temas más complejos de incorporar en las agendas, porque aún no se asimila como tal por la mayoría de movimientos presentes en la dinámica internacional.

No obstante, el impulso que ha tomado el Foro Social Mundial de Salud, programado para enero de 2007 en África, constituye un referente internacional importante, en la medida en que busca la articulación de una amplia gama de movimientos alrededor de una agenda centrada en la equidad, la universalidad y la integralidad en salud, en contravía de la focalización individualista predominante. En la agenda propuesta aparecen temas como el redimensionamiento de lo público, el papel del Estado como garante de los derechos interdependientes, el diseño y desarrollo de propuestas de nuevos sistemas de salud y modos de organización y gestión coherentes con el derecho fundamental a la salud, el desarrollo de procesos de formación contra hegemónica del recurso humano, la participación social, la ciudadanía en salud y la exigibilidad del derecho, la restitución de condiciones de bienestar para los trabajadores de la salud, y el desarrollo de informes alternos en torno a la situación del derecho en la región.

En esta agenda se identifican, como estrategias clave, el fortalecimiento de los procesos de articulación existentes en la Región, la promoción y visibilización de los procesos reivindicativos del derecho, el estímulo del intercambio de experiencias, la promoción de información y comunicación alterna, y el desarrollo de procesos de formación desde la perspectiva de la salud como derecho.

Con base en estas propuestas, los movimientos por la salud están ajustando progresivamente sus propias agendas, afirmando la salud como derecho humano fundamental, bien público y deber del Estado, en tanto garante de los derechos humanos interdependientes, desde una perspectiva mucho

más potente que los sistemas de aseguramiento individual. Así, se pretende que el tema salud gane visibilidad como bandera de los movimientos alter mundialistas y que la lucha contra las inequidades de cualquier tipo, sea la bandera central de los movimientos sociales en todo el Mundo. En síntesis, se trata de darnos la oportunidad de imaginar que las cosas pueden ser de otra manera y actuar en consecuencia.

4.3. El Movimiento Nacional por la Salud y la seguridad social.

En nuestro país desde el año 2001 se ha generado una iniciativa que convoca ciudadanos de las organizaciones sociales, los académicos, los indígenas, las mujeres, los campesinos y en general una gran cantidad de personas, quienes organizados en siete regiones, vienen desarrollando debates en torno a la situación de salud, producto de este trabajo se han desarrollado dos congresos nacionales y existe una estructura regional para nutrir el debate permanente. En este sentido un esfuerzo por documentar las ideas, miradas y propuestas en beneficio de este movimiento publico ha sido el libro "ley 100 Balance y Perspectivas" escrito recientemente.

En Bogotá el movimiento esta organizado en torno de la dinámica de comités regionales, los cuales agrupan varias organizaciones sociales y a personas. En el caso Bogotá, los comités son unos de los escenarios posibles para vincularse y seguir trabajando por la consecución del derecho a la salud.

Si bien es cierto que el MNSSS ha tenido graves problemas, como muchos otros en el país, es necesario recordar que a raíz del encuentro realizado el pasado 15 de octubre de 2008 "por el derecho a la salud y el trabajo digno" convocado por el MNSSS, La Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson, Comités Locales de Derechos Humanos de la Personería Distrital, Programa Interfacultades Doctorado En Salud Pública Universidad Nacional y Postgrados en administración en salud facultad de ciencias económicas Universidad Javeriana.

Participaron 267 personas inscritas en representación de 11 universidades, 26 organizaciones de salud de Bogota y una de Cali, 15 organizaciones sociales, 5 hospitales, la SDS y la Personería Distrital, se demostró que ahora más que nunca es vigente la lucha que desde hace ya algunos años viene emprendiendo el movimiento por el derecho a la salud, pues en este encuentro se abordaron temas de coyuntura como son la sentencia T-760 y el informe de la procuraduría que al declarar el Estado inconstitucional de cosas en salud en Colombia, no hacen mas que ratificar y ser consecuencias y reflejos directos de una situación de orden estructural que se soporta en el modelo de la ley 100 de 1993 frente a la cual se abre la necesidad de derogar la misma y desarrollar un proceso nacional ampliamente participativo en torno al desarrollo de una propuesta garante del derecho.

En este orden de ideas y pensando que hay que empezar por incorporar los avances en un plan de trabajo de mayor alcance centrado en la construcción de un modelo alternativo en salud se propuso en este encuentro la realización de un tercer congreso por la salud, que tenga como objetivo dinamizar el movimiento y fortalecerlo alrededor de una propuesta común que recoja a todos los sectores y por supuesto que responda verdaderamente a las necesidades del pueblo colombiano.

iiiiiii LES INVITAMOS A PARTICIPAR iiiiiiij.....

Bibliografía

Universidad del Rosario. Reflexiones en Torno al Estado, las Políticas Públicas y la participación Social 2004.

Pinzón Díaz. Jairo. Teorías del Estado y del Poder ESAP. 2002

Montenegro Armando Corporativismo. En el Espectador. Diciembre 26. 2004, página 16 a.

Archiva Mauricio. Movimientos sociales, Estado y democracia en Colombia.. CES/Universidad Nacional. Icanh. 2001

V. I. Lenin El Estado y la Revolución.

Vargas Velásquez Alejo. El Estado y las políticas públicas. Almudena Editores. 1999

Constitución Política de Colombia 1991

Ley 100 de 1993.

Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, Salud a su Hogar 2004. Bogotá.

CORTES Miguel Ernesto. Salud y libre comercio – un contrasentido, ALCATEMAS 2004

Movimiento Nacional por la salud- Grupo Guillermo Fergusson. Ley 100 Balance y Perspectivas. Bogotá, 2006.

Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo: Deshacer el Embrujó. Alternativas a las eolíticas de gobierno de Alvaro Uribe Vélez. 2006.