

Evaluación socio-económica del nuevo sistema de salud y seguridad social en la ciudad de Manizales en el periodo 1993 - 2010*

Ciro Alfonso Serna Mendoza⁷⁷

RESUMEN

Aspectos básicos como la salud, la seguridad social y la vida, han sido y serán conceptos íntimamente relacionados y que se encuentran bajo la responsabilidad del Estado como representación del interés colectivo. En Colombia la primera ley de Seguridad Social se dio en 1946 con la Ley 90; esta permitió la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, la Caja Nacional de Previsión Social y algunas otras. Este sistema venía presentado signos de deterioro y desigualdad reflejados en situaciones como el bajo cubrimiento de la población, la ineficiencia e inoportunidad de los servicios prestados por las entidades, y el grave déficit financiero generalizado en el sistema.

Con el propósito de establecer un sistema al servicio del trabajador y asegurar el acceso efectivo de toda la población al desarrollo, cuidado y atención de su salud, el gobierno colombiano sancionó la Ley 100 en Diciembre del 1993; esta constituye la reforma e iniciativa más importante del país en los últimos 50 años, esta estableció un escenario en el cual la prestación de los servicios de salud se da por diferentes entidades - tanto públicas como privadas - permitiendo a los usuarios la libre escogencia y fomentando en consecuencia la competencia que por ellos se genera.

Palabras claves: Salud, seguridad social, ley.

ABSTRACT

Socioeconomical evaluation of the new system of health and social security in Manizales city within the period 1993 - 2010

Basically aspects like the health, the social security and life, have been and are going to be concepts intimately related and are found under the states responsibility as a representation of the collective interest. In Colombia the first social security law was set in 1946 with the 90 amendment, it allowed the creation of the Social Prevision National Casing among some others. This system was being presenting signs of deterioration and inequality reflected/ revealed in situations as the low covering of the population, the inefficiency and unseemliness of the services given by the entities. And the serious financial deficit generalized through the system.

With the purpose of establishing one system at the worker services and to assure the effective access of all the population to the development, care and attention of their health, the Colombian government sanctioned the 100 law on December in 1993; it constitutes the most important reform and initiative of the country in the latest 50 years it established

* Fecha de presentación: abril 8 de 2010 – Fecha de aceptación junio 17 de 2010

77 Ec., Esp., Mr., Dr. Docente Facultad de Economía y Administración de Empresas. Universidad de Manizales. – Profesor Titular.

a setting in which the lending of the health services is given through different entities – as much as public as well as private – allow ding users the free choosing /selection and promoting consequently the competence by them generated.

Key words: Health, social security, law.

I. Diseño teórico

1. Descripción del área problemática

El origen de los servicios de salud en el país, desde el punto de vista histórico, está vinculado inicialmente a la práctica individual y/o privada de la medicina y como acción directa del Estado a través del Ministerio de Salud Pública, el cual fue creado en 1913 como el Consejo Superior de Salud. Sólo hasta 1991 el Estado le dio la importancia que se merece a la salud y a la seguridad social del país; es por eso que la Constitución Política de Colombia define la seguridad social como un servicio público ubicado dentro del capítulo de los Derechos Sociales, cuya vigilancia y regulación serán funciones exclusivas del Estado. La prestación de este servicio estará a cargo de las entidades oficiales y de los particulares. La ley de seguridad social permite una muy importante participación a las instituciones de sector social solidario.⁷⁸

La salud y la seguridad social están en crisis en el mundo entero, y esto no es ajeno para Manizales; teniendo en cuenta que el cubrimiento en salud sólo abarca un 84.45% aproximadamente de la población total de este municipio; aunque esto no es alarmante puesto que en Colombia sólo el 26% de la población económicamente activa están afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, siendo uno de los porcentajes más bajos de América Latina. La realidad Manizaleña y por qué no Colombiana, nos muestra una seguridad social (si así pudiera llamarse) con una cobertura totalmente restringida.

La Ley 100 de 1993 ya empieza a mostrar que entre teoría y práctica existen brechas muy amplias, desde el punto de vista técnico es funcional, pero desde el punto de vista político - social no se han dado las condiciones, pues se ha pretendido crear un juego de racionalidad y rentabilidad económica y política en un mercado restringido; esto fue lo que llevo al rompimiento del esquema de mayor cobertura lo cual es un propósito contrario a la Ley 100/93.

Con el nuevo régimen ya no sólo existe el Instituto de los Seguros Sociales (ISS), sino que se han creado Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y Empresas Promotoras de Salud (EPS) que tienen como principal objetivo una mayor rentabilidad tratando de compensar el bajo precio

78 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Art. 48 y 49.

del servicio prestado con un mayor volumen de estos, observándose el deterioro en la calidad de los mismos.

2. Problema de investigación

Cuáles han sido los resultados socio-económicos que se han obtenido con la implementación del nuevo sistema de salud y seguridad social en la ciudad de Manizales en el período de 1993-2010.

3. Antecedentes

La salud y la seguridad social han cumplido un lugar importante dentro de la sociedad Colombiana, y así lo manifiesta la Constitución Política en sus artículos 48 y 49, al otorgarles el cargo de servicios públicos; son muchas las publicaciones que se realizan sobre este tema, tanto por entidades públicas como privadas. La Secretaría de Salud y Seguridad Social y la Alcaldía de Manizales han publicado en varias ocasiones revistas e informes a cerca de la salud de este municipio, desde diferentes aspectos. Se han realizado de igual manera investigaciones sobre el sector salud por parte de la Institución Universitaria Tecnológica del Bolívar y la Universidad Nacional (Sede Manizales). Así mismo se han efectuado conferencias, congresos, etc. sobre la materia por COLCIENCIAS, y otras entidades.

4. Justificación

INTERÉS: La investigación propuesta le interesa evaluar y de una manera u otra contribuir a la solución de problemas relacionados con la aplicación de la normatividad del nuevo sistema de salud y seguridad social (Ley 100/93) que afecta tanto a instituciones públicas como privadas, y en general a la población manizaleña. Les interesa a todas aquellas personas o entidades relacionadas directa e indirectamente con la prestación de servicios de seguridad social en salud, quienes podrán encontrar en este trabajo un reflejo frente a la realidad que se vive actualmente con respecto a la normatividad que plantea esta ley; sirviendo de mecanismo para que estas entidades efectúen correctivos o planteen soluciones a cerca de lo que se está haciendo sobre esta problemática.

NOVEDAD: A pesar de que la salud es un tema tan importante dentro de la sociedad, sólo al 84.45% de los manizaleños los cubija el sistema de salud. Como hasta el momento no se ha realizado para la ciudad de Manizales un estudio de este tipo, por parte de instituciones que tienen pertinencia con el tema, se pretende con este trabajo dar un aporte que determine la verdadera situación del sistema y los factores que lo afectan.

UTILIDAD: Este trabajo será útil porque permitirá la construcción de nuevos conocimientos en la materia, que permitan beneficiar mejor a la población cubierta y se ganen la confianza de la sociedad, sumando los esfuerzos y voluntades de los sectores público, privado y social.

La motivación que nos ha llevado a desarrollar esta investigación es que la salud siendo un tema tan fundamental, ha sido abandonado o más bien poco examinado por economistas, es por eso que vemos la necesidad de evaluar socio - económicamente el nuevo sistema de salud y seguridad social (Ley 100/93) en la ciudad de Manizales, de manera tal que podamos explicar el problema que se presenta en este campo o encontrar nuevas explicaciones que modifiquen o complementen el conocimiento inicial del tema.

5. Objetivos

5.1. Objetivo general

Evaluar socio-económicamente la implementación de las políticas del nuevo sistema de salud y seguridad social (Ley 100/93) en la ciudad de Manizales en el período de 1993-2010.

5.2. Objetivos específicos

- Explicar el funcionamiento del antiguo y nuevo sistema de salud y seguridad social.
- Conocer las situaciones y criterios que llevaron al establecimiento del nuevo sistema de salud y seguridad social.
- Determinar las ventajas y desventajas que se han originado con el nuevo sistema de salud y seguridad social en la ciudad de Manizales.
- Comparar el sistema antiguo de salud con el nuevo sistema (Ley 100/93).

II. Marco teórico

La seguridad social

La seguridad social es un derecho de la persona que se materializa mediante la prestación de un servicio público de carácter obligatorio.

Aspectos básicos como la salud, la seguridad social y la vida, han sido y serán conceptos íntimamente relacionados y que están bajo la responsabilidad del Estado como representación del interés colectivo.

El origen de la seguridad social está vinculado inicialmente a la ley alemana de seguridad social de 1883 expedida bajo el gobierno del Canciller Otto Von Bismarck, considerada como la primera ley orgánica de seguridad social en el mundo. Pero debe destacarse que esta ley, sirvió de modelo para que muchos otros países estructuraran sus instituciones de seguridad social, en donde quedó explícitamente significado el carácter societario, no individualista, de la seguridad social.

El fortalecimiento de las instituciones de la seguridad social es lo máspreciado en una nación: su comunidad humana. Por eso se equi-

vocan quienes consideran a la seguridad social como un costo más en la promoción del desarrollo.

La salud pública

La salud de la gente es un asunto que concierne directamente a la sociedad, y esta tiene la obligación de proteger y asegurar la salud de sus miembros. La salud pública busca establecer las condiciones de organización social de la humanidad que le permitan a todos los hombres y mujeres vivir sus vidas satisfactoria y gratificadamente.

Desde hace más de cien años las acciones en el campo de la salud pública están necesariamente vinculadas a la creación de condiciones laborales en que los colectivos que generan riqueza tengan menor riesgo para su vida y para que los trabajadores puedan disfrutar del descanso y la recreación que mejoren su calidad de vida.

La salud pública como la seguridad social están conectados a un criterio de solidaridad colectiva y a una disposición social por la equidad.

La seguridad social en Colombia antes de la ley 100/93: ley 90 de 1946

En 1946 se creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ISS), para la protección de los trabajadores de la industria y el comercio; esta es una entidad descentralizada de utilidad pública, con personería jurídica y patrimonio propio, cuya sede es la ciudad de Bogotá y tiene dependencias en todos los departamentos. Esta entidad fue creada con los siguientes objetivos:

- La protección a las clases asalariadas contra los riesgos de las enfermedades.
- Rodear de garantía a la maternidad.
- Disminuir la mortalidad infantil con las prestaciones extralegales de la atención pediátrica y con los suplementos alimenticios en el primer año de vida del niño.
- Atender a los riesgos profesionales y a los accidentes de trabajo.
- Prestar especial asistencia a los trabajadores jubilados, mediante servicios médicos y farmacéuticos, entre otros.

Su sistema se financió desde su comienzo por el sistema tripartita:

- Los patronos aportan una cuota doble de los trabajadores.
- Los trabajadores con cuota equivalente a la de la mitad de los patronos.
- El Estado contribuye con una cuota igual a la de los trabajadores.

Hay una salvedad: el seguro de riesgo y enfermedad profesional, cuyo costo corre a cargo de los empleadores.

Se creó la Caja Nacional de Previsión Social destinada a atender a los empleados de la Nación. Es anterior al seguro social y de similares finalidades. La financiación fue de tipo bipartita: empleados y Estado.

A comienzos de los 90's se reformó el sistema, sin que este aún no entrara en crisis, el sistema padecía de los mismos inconvenientes identificados a nivel mundial: Baja cobertura, Servicio prestado exclusivamente por entidades del Estado, Monopolio en la prestación del servicio de salud, etc. Frente a las circunstancias descritas, la propuesta de cambio se orientó a sustituir el sistema vigente por uno administrado privadamente y con garantías estatales. Los principales objetivos que se buscaban con la reforma fueron:

- Aumentar la cobertura.
- Aumentar la eficiencia en el sistema.
- Reducir el déficit fiscal.

La ley 100 de 1993

El sistema de Seguridad Social en Salud proviene de la existencia del régimen de competencias y recursos que la Ley 10 del 10 de enero de 1990 estatuyó, y por la cual se asignaron responsabilidades a los diferentes niveles de la administración pública y reservó otras al subsector privado. Posteriormente, la Constitución Política de 1991 y la Ley 60 de agosto de 1993 sobre distribución de competencias y recursos, ratificaron lo establecido en dicho estatuto. La Ley 100 de 1993 dio un vuelco fundamental al conjunto funcional del Sistema de Salud.

Por medio de la Ley 100/93 se creó el Sistema de Seguridad Social Integral, de hecho estableció una serie de regulaciones necesarias para que el Estado pueda garantizar el cumplimiento del mandato constitucional.

La seguridad social en salud

Es un derecho que tienen todas las personas a protegerse integralmente contra los riesgos que afectan sus condiciones de vida, en especial los que menoscaban la salud y la capacidad económica, con el fin de lograr el bienestar individual y el de la comunidad.

Los principios que rigen la Seguridad Social en Salud son:

EQUIDAD, OBLIGATORIEDAD, PROTECCIÓN INTEGRAL, LIBRE ESCOGENCIA, AUTONOMÍA DE LAS INSTITUCIONES, DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA, PARTICIPACIÓN SOCIAL, CONCERTACIÓN, y CALIDAD.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por:

1. Organismos de dirección, vigilancia y control: Los Ministerios de Salud y Trabajo, El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y La Superintendencia Nacional en Salud.

2. Organismos de administración y financiación: Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Las Direcciones seccionales, distritales y locales de salud y El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).
3. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas, mixtas o privadas.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes del país, bien sea a través del régimen contributivo o el régimen subsidiado.

Régimen contributivo

Es el que regula la vinculación de los individuos y su familia al Sistema de Seguridad Social en Salud, cuando este se hace a través del aporte económico del afiliado si es trabajador independiente o pensionado, o en concurrencia de este con el empleador si existe una relación laboral.

Régimen subsidiado

Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente; con recursos fiscales o de solidaridad. Su propósito es financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar, de los niveles I y II de pobreza identificados por el SISBEN, e ingresan al sistema mediante una Administradora del Régimen Subsidiado (A.R.S).

USUARIO: Persona que está en el sistema general de seguridad social bien sea en el régimen contributivo o en el subsidiado.

AFILIADO: Persona que hace aportes en dinero a la EPS.

BENEFICIARIO: Persona que no aporta directamente al sistema de seguridad social, pero que tiene derecho al Plan Obligatorio de Salud (POS).

La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Las entidades promotoras de salud (EPS)

Es la entidad responsable de la afiliación y el recaudo de sus cotizaciones. Su función básica es organizar y garantizar directa o indirectamente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Tipos de E.PS: ISS; Las cajas, fondos, entidades o empresas de previsión y seguridad social del sector público; Cajas de Compensación Familiar; Entidades que ofrezcan medicina prepagada o seguros de salud; entre otras.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS):

Es la entidad responsable de prestar los servicios a los usuarios en su nivel de atención correspondiente, dentro de los principios y pa-

rámetros señalados dentro de la Ley 100. Tipos de IPS: Hospitales de cualquier nivel, centros y puestos de salud, clínicas privadas, ISS, consultorios, laboratorios, entre otros.

Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA)

Se creó como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, sin personería jurídica ni planta de personal propio; y con el fin de facilitar la afiliación al Sistema de Seguridad Integral de las personas que no tengan capacidad económica para pagar el monto total de las cotizaciones.

Superintendencia Nacional de Salud

Cumple funciones de inspección, vigilancia y control, implementa mecanismos de calidad científica de prestación de los servicios y controla presupuestal y financieramente las entidades participantes.

El Ministerio de Salud por su parte ejerce el control sobre el comportamiento de la salud de la población, realizando actividades de vigilancia epidemiológicas, vacunación y control de alimentos, entre otros.

Consejo nacional de seguridad social en salud

Aparece como órgano de dirección y control del sistema.

Plan obligatorio de salud (POS)

Es el conjunto de servicios que incluyen programas de educación en salud, acciones para prevenir enfermedades, algunas consultas médicas, algunos exámenes de laboratorio y algunos medicamentos y tratamientos.

Unidad de pago por capitación (UPC)

Es el dinero necesario para garantizar la prestación del POS a cada usuario durante un año. El valor de la UPC es establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud según el perfil epidemiológico, los riesgos por cubrir y los costos de la prestación de los servicios.

Copago

Es un pago que deben hacer los beneficiarios para poder hacer uso de los servicios de salud. Puede ser del 10% o 20% del costo del servicio.

Cuota moderadora

Es una suma de dinero que pagan los usuarios por la prestación de servicios de salud, cuando estos exceden en número al límite establecido por el POS. Sirve para evitar el uso inadecuado y/o excesivo de estos servicios.

Ley 10 de 1990 y ley 60 de 1993:

El sistema de Seguridad Social en Salud proviene de la existencia del régimen de competencias y recursos que la Ley 10/90 estatuyó, por la cual se asignaron responsabilidades a los diferentes niveles de administración pública; esta ley dio el primer paso en el proceso de descentralización que luego fue ratificado por la constitución. Posteriormente la Ley 60/93 sobre distribución de competencias y recursos ratificando lo establecido en dicho estatuto.

La salud en Manizales

La principal meta que contempla el nuevo Sistema de Salud y Seguridad Social, era cubrir para el año 2001 a toda la población colombiana, para lo cual se extendió la prestación de servicios de salud no sólo para las instituciones oficiales, sino para el sector privado. Pero como de costumbre la realidad es distinta; para Manizales, como ocurre en el resto del país, sólo la población perteneciente al régimen contributivo tenía garantizado el acceso a los servicios de salud. La crisis del sector salud y de los hospitales de Caldas crece día a día, por eso la meta de la Dirección Seccional de Salud de Caldas (DSSC) es hacer que ésta sea eficiente, tenga una política de mejoramiento continuo y entre al mundo de la globalización, además, de trabajar con integridad. Se trata de unir los recursos y esfuerzos de la Secretaria de Salud del municipio, del Hospital de Caldas, Assbasalud y del departamento y de prestar un mejor servicio a los usuarios. La meta no termina ahí, pues es necesario recuperar efectivamente el Hospital Universitario de Caldas que después de un año lleno de recaídas en materia laboral y presupuestal, fue cerrado; sin dejar de lado la necesidad que las ARS y las EPS contraten prioritariamente y en mayor porcentaje con este.

III. Diseño metodológico

El tipo de investigación se trata de un estudio EVALUATIVO, en el cual se va a evaluar la eficiencia de los programas que cobijan el Nuevo Sistema de Salud y Seguridad Social en Manizales para el periodo de 1993 - 2010. El objetivo básico de esta investigación es evaluar el impacto y valorar los resultados de un programa de desarrollo en razón de los objetivos propuestos para el mismo, con el fin de tomar decisiones sobre su proyección y programación para un futuro.

Debido a que el tamaño de la población involucrada en la investigación, es tan amplia y a la complejidad de abordarlos a cada uno, se consideró tomar como referencia 10 usuarios al azar de cada E.P.S, lo que determinó una muestra de 110 usuarios. De igual manera, se estudió como parte esencial de la muestra el personal administrativo y

el personal médico y paramédico de estas E.P.S, así como el personal administrativo de los diferentes entes gubernamentales de salud de la ciudad. Las técnicas e instrumentos para la recolección de la información fueron la entrevista y la encuesta.

IV. Análisis de resultados

Para proceder con la recolección de información y con el fin de cumplir con los objetivos propuestos, inicialmente se contaba con 12 E.P.S a estudiar; pero en el transcurso de este proceso, solo se le pudo realizar a 11 de ellas:

1. ISS
2. S.O.S
3. SaludCoop
4. Coomeva
5. Salud Total
6. E.P.S. Colseguros
7. Colmena Salud
8. E.P.S. Sanitas
9. E.P.S. de Caldas
10. Cafésalud
11. Caprecom

Se encuestaron a 10 usuarios por E.P.S, para un total de 110 usuarios; 16 funcionarios de las E.P.S, 16 de personal médico y paramédico de las E.P.S y una entrevista a un funcionario de la Secretaría de Salud Municipal y al asesor. Con los datos obtenidos pudimos conocer la realidad del Sistema de Salud y Seguridad Social en la ciudad de Manizales.

El antiguo sistema de salud y seguridad social tenía una cobertura restringida, pues solo se dedicaba a la protección de los trabajadores de industria y comercio, es decir a los trabajadores asalariados urbanos tanto públicos como del sector privado, y luego después de un largo período acogió parcialmente a la familia del trabajador. Por tal razón sólo existían el ISS, las Cajas Nacionales de Previsión Social y las Cajas de Compensación Familiar.

Debido a los limitantes y dificultades que este sistema presentó, se creo la Ley 100 de 1.993 que cambió este Sistema ; básicamente con el fin de buscar cobertura total y equidad. El nuevo sistema permitió la integralidad, es decir, que el trabajador y su familia podían disfrutar de todos los servicios de Salud; además se cambio de un sistema asistencialista, a uno dedicado a la promoción y prevención. Pero a pesar de que las metas eran favorables, las estrategias implementadas no fueron suficientes ni las más adecuadas, por lo tanto el proceso se quedo a medio camino. Es claro que en Colombia la educación en Salud es de-

ficiente. Además, las personas pertenecientes al sistema no tienen una satisfacción total del servicio prestado, pues se aumentó la cobertura sin tener en cuenta la calidad del mismo. Porque las instituciones no dan prioridad a la calidad del servicio dentro de su razón de ser, pues existen intereses grandes de tipo económico a nivel nacional e internacional, ya que grandes empresarios tienen inversiones allí y están pensando en el beneficio económico antes que el social. Todo esto es percibido por los usuarios quienes están inconformes con la calidad de los servicios, porque encontrar una E.P.S que satisfaga el 100% de las necesidades y planes de cada afiliado es muy difícil, porque en todas existen problemas. Un buen servicio sería que la gente pudiera ir tranquila, fuera atendida rápidamente, resuelvan sus problemas sin dificultad y no les negaran nada. Si bien los funcionarios de las E.P.S opinan que el servicio ha sido mejorado, atendiendo y resolviendo las inquietudes del usuario, algunas veces se deteriora por falta de recursos.

Por desconocimiento de la ley e incultura por parte de la población, algunas personas que presentan o han presentado enfermedades terminales como el SIDA y el CÁNCER no han defendido el derecho y la obligación a la atención en las E.P.S., pues la ley como tal las considera prioritarias, aunque son enfermedades de alto costo; de hecho cualquier colombiano que esté afiliado en el régimen contributivo o en el subsidiado su cubrimiento es total; como el tratamiento es muy costoso, las E.P.S y las A.R.S ponen trabas y confunden a la gente para que no exija este derecho, ya que estos aumentan sus gastos y esto puede llegar a quebrar la institución.

Para la vigilancia y control de las Instituciones de Salud y Seguridad Social, la ley como tal trae una serie de normas específicas donde estipula unas condiciones que deben cumplir estas instituciones, en cuanto a calidad. A nivel de Manizales por parte de la Secretaría Local de Salud se tiene constituido un Grupo Funcional de Calidad con un médico o especialista en auditoría de salud, donde se reciben quejas y solicitudes de la comunidad en torno a la prestación del servicio y se hacen controles y seguimientos a estas entidades; en algunas ocasiones se han hecho procedimientos largos y llevados a procesos sancionatorios con el fin de que la entidad cumpla con los usuarios. En términos teóricos el control es estricto, pero en términos prácticos, es difícil de alcanzar, ya que se cuenta con poco personal para realizar esta tarea y en muchos casos la gente no denuncia.

La participación del Estado en cuanto a Salud es básicamente en varios aspectos:

2. El Estado es el ente trazador de las políticas, él dice qué se hace.
3. Es un ente financiador del sistema, sobre todo para la población pobre y vulnerable, definiendo el monto que tiene que pagar por cada persona afiliada a uno u otro sistema que es la UPC, es decir, lo que le vale una persona al sistema anualmente.

3. El Estado es un ente controlador, es decir, vigila y controla.

El personal médico y paramédico se ha visto perjudicado con el cambio de Sistema de Salud y Seguridad Social desde el punto de vista económico, social, laboral y educativo, porque han sido muchas limitaciones, no sólo han disminuido el tiempo de atención al paciente, sino que deben llenar mucha papelería, y como este es tan corto si se hace bien una cosa, no se hace bien la otra, lo que hace que disminuya la calidad del servicio y el médico pierda credibilidad ante el paciente. Los médicos se tienen que limitar a lo que incluye el POS.

El cambio de Sistema de Salud y Seguridad Social acabó con la medicina particular y la red pública hospitalaria, Existe poca motivación e incentivos para la capacitación y especialización profesional por el no reconocimiento de los méritos.

Con el cambio de Sistema de Salud y Seguridad Social al Gobierno le ha representado en relación costo - beneficio, un mayor costo; pues se ha invertido mucho dinero que no es direccionado de manera adecuada. Al gobierno le ha representado un cargo enorme en la reestructuración de los hospitales públicos, pues ha tenido que sacar muchos recursos para mantener los hospitales funcionando y sanear los pasivos de ellos.

El cubrimiento total en salud para la población Colombiana y en especial la Manizaleña no se ha dado por una razón de tipo económico, y es que el dinero que existe no se destina de manera adecuada para el sector salud. Se destinan muchos recursos para grandes obras, para carreteras, para la defensa, para la guerra, porque es la prioridad gubernamental y para cubrir gastos personales y de funcionamiento de muchas instituciones de salud; pero para la salud y la educación, nunca se dirigen los recursos completos y adecuados y además, los censos están desactualizados.

Tampoco se ha alcanzado el cubrimiento total, porque nunca se penso que la ley fuera igual para todos, lo que debe hacer el gobierno es respaldar todo el sistema de salud, debe asumirla y poner a toda la población en igualdad de condiciones, tanto el pobre como el rico. La salud como tal se ha enfocado de manera asistencialista, y nuestro país no está para prestar netamente asistencia, sino para prevenir, para educar, puesto que las soluciones a los problemas de salud principalmente se deben hacer desde la comunidad, en el barrio, mirando sus basuras, sus sistemas de acueducto y alcantarillado, sus hábitos higiénicos en cuanto al aseo personal, al consumo y preparación de alimentos, cuantas personas habitan en una vivienda, en una habitación, que hacen los padres, los jefes de hogar, etc.

Las ventajas y desventajas del nuevo Sistema de Salud y Seguridad Social son:

Ventajas:

- Definió grupos prioritarios de atención.
- Se definieron unos recursos específicos para prestar los servicios de salud y financiarlos, no sólo a la población pobre y vulnerable cumpliendo con el principio de solidaridad, en el cual las personas que más salarios recibían también tenían que contribuir de alguna manera.
- Trata de regular y organizar todo el sistema de salud a nivel del país, algo que tampoco se ha podido lograr completamente.
- Asignó una serie de funciones a los diferentes niveles en todo el sistema de salud, a los actores, a las instituciones, a la superintendencia, al Ministerio de Salud, a las direcciones seccionales y locales.
- El SISBEN ha favorecido a muchas personas, aunque este ha sido utilizado para fines políticos e incremento de la corrupción.
- El sistema permitió crear competencia en el mercado de la salud, con el fin de aumentar la calidad del servicio, donde el usuario tiene la posibilidad de elegir o cambiar de E.P.S. Desmontando el monopolio creado por unas pocas instituciones que prestaban servicios de salud.
- Se organizó un Plan de Atención Básica (PAB) que por estar afiliado es una ventaja dentro de la ley, pero este tumbó otros planes lo cual fue una desventaja para la salud pública del país. Entre otras.

Desventajas:

- Las metas establecidas nunca se cumplieron, en el 2001 la población Colombiana estaría totalmente afiliada al sistema de salud, y en este momento eso no es real.
- La ley promovió la proliferación de Instituciones Prestadoras del Servicio privadas sin exigirles mayores requisitos, las cuales han sido las culpables de ir quebrando poco a poco las Instituciones de Salud del Sector Público que han sido las abanderadas de la salud en Colombia.
- El Sistema se trabó con tantas normas, porque se tienen demasiados decretos, acuerdos, resoluciones, etc., y además el libro de la Ley 100, entonces una norma traba a la otra.
- Puso intermediación a un costo muy alto, sabiendo que esta no era necesaria y que se sabe perfectamente que pudieron seguirse manejando desde las direcciones seccionales de salud.
- El Gobierno nacional y las organizaciones de control principal fueron más exigentes con las instituciones públicas que con las privadas, haciendo que estas ganaran terreno en el mercado de la salud y en detrimento de la salud pública.
- Al centralizarse el poder de los actos sancionatorios por parte de la Superintendencia y del Ministerio de Salud, no podían estar permanentemente haciendo un seguimiento a todas las denuncias que la comunidad y los organismos departamental y municipal hicieran, lo

cual ha hecho que muchos procesos se acumulen y que no permita que el control de las instituciones sea bueno.

- Se acabó la caridad en los hospitales, por la creación del SISBEN y el Régimen Subsidiado.
- Dejó por fuera algunos aspectos importantes dentro del POS y abarcó otros que en un momento dado son prioritarios, pero que no están totalmente definidos dentro de la ley.
- Con la ampliación de la cobertura se dio la disminución de la calidad en los servicios.
- Despersonalización en la atención médico - paciente, perdiendo así las relaciones humanas.
- Deterioro de los profesionales de la salud en todas sus áreas.

De esta manera podemos concluir que el problema de investigación se resolvió con los elementos metodológicos planteados, los objetivos tanto general como específicos se cumplieron en su totalidad. La implementación del Nuevo Sistema de Salud y Seguridad Social ha generado buenos resultados socio - económicos para la ciudad, esto se ve reflejado en unos mejores indicadores de nivel y calidad de vida, aunque no se ha cumplido a cabalidad con las metas planteadas inicialmente, estas se podrían cumplir en su totalidad realizando cambios de fondo y de forma, y ampliando su horizonte de tiempo. En general el sistema se creo con unas buenas intenciones de beneficiar a toda la comunidad y así brindarles una mejor calidad de vida, pero existen actores y entidades tanto públicas, privadas, del sector económico, político y social, que han tenido otras intenciones con la ley para buscar el beneficio propio, tomando la salud como un bien económico y no como lo que es realmente: Un derecho al que todo ser humano puede acceder.

Conclusiones

- La ley en relación a Salud y Seguridad Social, tiene muchas normas y reglamentos, lo que hace que estas sean confusas e incoherentes e impidan el cumplimiento adecuado de ellas por parte de los actores directamente involucrados.
- Durante los últimos años se ha venido consolidando un deterioro continuo de las finanzas públicas, que ha generado un elevado grado de inestabilidad económica, y que se ha traducido en un aumento del desempleo y un deficiente crecimiento económico, reflejado en una menor inversión en salud para la población.
- Mediante la descentralización de recursos y competencias se debía promover que los adultos de las clases menos favorecidas pudieran acceder a un servicio de salud compatible con una vida digna. Estos son los propósitos plasmados en la Constitución Política, compatibles con la justicia social.

- La cobertura total en salud no se ha dado por razones de tipo económico, ya que los dineros existentes no se destinan de manera adecuada ni completa para ello, pues la prioridad gubernamental es diferente: la guerra y la defensa de la nación, y es muy poco lo que se destina para la salud y la educación de la población.
- El crecimiento de un país se refleja en la mejor y mayor educación y salud de la población, pues esto se ve representado en mayor productividad; por lo tanto, para que el país tenga un desarrollo económico y social integral, se debe invertir más en estos sectores.
- La ley 100 de 1993 tiene gran importancia no solo por el impacto social sino también por sus implicaciones de largo plazo en variables macroeconómicas de ahorro y empleo, y el dinamismo de mercado de capitales que tiene implícito.

Recomendaciones

- Como la ley en relación a salud y seguridad social, tiene tantas normas y reglamentos, esto amerita una revisión total y profunda, sobre todo se debe definir en dónde hay inconsistencias, precisar bien el papel y las funciones de cada entidad, replantear la intermediación de las Administradoras del Régimen Subsidiado, porque allí se pierde una cantidad de recursos que deberían estar destinados a la prestación de servicios de salud.
- Se debe igualar los POS de los regímenes contributivo y subsidiado, de modo tal que se cumpla con el principio de la igualdad, plasmado en la Constitución y en la Ley 100. De igual manera debe ser ampliado, con el fin de cubrir y satisfacer más necesidades (medicamentos - enfermedades).
- Se debe mejorar el sistema de información de todas las instituciones relacionadas en salud, con el fin de que estas cumplan con una mejor prestación y calidad del servicio.
- Las E.P.S deben replantear su forma de administración y prestación de servicios, de modo tal que la calidad y la prestación oportuna del servicio se constituyan dentro de su verdadera razón de ser.
- Se debe capacitar y fomentar la promoción y prevención en la comunidad, consistente en realizar un programa de salud familiar, planeando las acciones preventivas necesarias para proteger y mejorar la salud; estableciendo cómo realizar estas acciones y determinando cuándo y donde.
- Como la salud es un deber del Estado, no se debe dejar acabar los hospitales públicos, se sugiere inyectar nuevos capitales para su sostenimiento financiero y acceder a nuevas tecnologías, que les permita ser competitivos en el mercado de la salud. Se recomienda reabrir el Hospital Universitario de Caldas.

- Tener una vigilancia y un control más exhaustivo con las E.P.S, para que presten un servicio mejor y eficiente, y así evitar también que se presenten E.P.S clandestinas.
- Aunque la salud se tiene desde el punto de vista económico como mercado, se debe cambiar el concepto de que el paciente es un cliente, con el fin de darle más sentido a las relaciones humanas.
- El sistema debe permitir que los profesionales de la salud se capaciten cada día más, a través de incentivos y oportunidades que debe otorgar el gobierno, con el fin de mejorar sus condiciones de trabajo y brindar una mejor calidad de vida a la población.
- Se sugiere que haya un mayor control en el manejo y la destinación de los recursos, evitando así que tomen otro rumbo, no el asignado como lo es la salud.

Bibliografía

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE LA SALUD –ASSALUD- Y FUNDACIÓN FES. La implementación de la ley 100. Un reto. Logros, dificultades, Informe de avance. SantaFé de Bogotá. 1997.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Actividades sobre Seguridad Social en América Latina. Vol. 115. No 6. 1993.

CENDEX, FUNDACIÓN CORONA Y FUNDACIÓN FORD. Entorno, Aseguramiento y Acceso en el régimen Subsidiado en Colombia. Estudios del Caso. Santa Fé de Bogotá. 1999.

COLSEGUROS EPS. Prevención y Promoción de la Salud en la Seguridad Social.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA.

DANE. Colombia. Proyecciones municipales de población por área y departamentales de población por sexo y edad.

DANE. Boletín Estadístico de Salud en Caldas. 1993 y 1995.

Dirección Seccional de Salud de Caldas. División de Planeación. Oficina de Información Estadística.

ESTATUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE PENSIONES. LEY 100/93.

MINISTERIO DE SALUD. Síntesis de la reforma del sector salud. Colombia. 1995.

LEY 60 DE 1993.

LEY 10 DE 1990.

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. Una Política de Seguridad Social. Bogotá 1971.

Revista Antioqueña de Economía y Desarrollo. La reforma a la Seguridad Social. No 43. Enero – Abril de 1994.

Revista Estrategia. El régimen de Seguridad Social en Colombia. Octubre 15 de 1996.

Revista de investigaciones. Situación y Perspectivas de la Seguridad Social en Colombia. Año 7. Vol. 6. No 1. Nariño. 1993.

Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Relaciones entre salud pública, seguridad social y funcionalidad del Estado. Vol. 13.

<http://www.minsalud.gov.co>