

MANEJO DE LAS FINANZAS EN EL SECTOR SALUD

PRESENTADO A: Dra. FANETH SERRANO LEDESMA

PRESENTADO POR: MYRIAM BOYACA RINCON

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS

ESPECIALIZACIÓN EN FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

JULIO DE 2010

INTRODUCCIÓN

En este ensayo se presentan los resultados de la investigación realizada en el Programa de especialización en Finanzas y administración pública, con el objetivo de descubrir la causa del creciente déficit en el servicio de salud en Colombia teniendo en cuenta que la salud es un servicio público, y además esencial, se debe tener conocimiento de la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional.

La investigación que aquí se presenta la conforma el manejo de las Finanzas en el sector salud, basados en tres núcleos temáticos; en el **CAPITULO I** identificación de la inversión del estado de la salud en Colombia; el **CAPITULO II** determinación de los factores que producen la crisis financiera en el sector salud y en el **CAPITULO III** determinación del impacto socio económico de los usuarios del servicio.

En el análisis realizado se considera que se debe tener en cuenta las reformas económicas en salud y se hace necesario otras, además se recomienda un conjunto de políticas públicas de mediano y largo plazo por parte del estado, con el fin de garantizar un financiamiento público sostenido y suficiente, para el desarrollo humano y bienestar social.

1- INVERSION DEL ESTADO EN EL SERVICIO DE SALUD

La salud es un bien que depende de muchas condiciones socioeconómicas y del entorno; es de gran importancia no sólo por el bienestar directo que representa para las personas sino también su incidencia en el crecimiento económico; se debe tener en cuenta que el mejoramiento en el capital humano puede reducirse con el aumento de la productividad de los individuos y la reducción de las pérdidas en la producción a causa de enfermedad de los trabajadores.

Existe una relación entre el estado de salud y un conjunto de variables explicativas que representan características individuales de la persona, tales como: la edad, el nivel educativo, el género, la práctica de ejercicio físico, la actividad laboral y el régimen de salud al cual está afiliado y características del hogar.

“La atención de la salud está definida en nuestra Constitución Política como un servicio público a cargo del Estado, al cual le corresponde: a) Organizar, dirigir, regular, controlar y vigilar la prestación de los servicios públicos de salud; b) disponer la manera cómo la responsabilidad por la prestación de los servicios de salud se distribuye entre el Estado, la comunidad y los particulares; c) establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y d) ejercer la vigilancia y el control sobre las entidades privadas prestadoras de los servicios de salud (artículos 49 y 365 de la Constitución)”. 1

En su artículo 48, señala que la seguridad social puede ser prestada “por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley”, sin optar esencialmente por alguno de ellos, se puede recurrir a distintos modelos o

1 artículos 49 y 365 de la Constitución Política de 1999

diseños para concretar estos derechos prestacionales en un determinado sistema de seguridad social.

El Estado juega un papel de gran importancia en la economía que le permite, una correcta distribución del ingreso (recursos públicos) y propende por el desarrollo del país con el manejo de los recursos y garantiza la asignación eficiente de bienes y servicios, el Estado empezó a encargarse de manera creciente de la satisfacción de necesidades de interés general en la prestación de servicios públicos, de esta forma paso a ser un Estado intervencionista.

La ley del presupuesto anual permite al Estado obtener los ingresos necesarios para desarrollar los planes de desarrollo y autoriza los gastos necesarios para el funcionamiento que conllevan a amoldarse a esos planes, el proceso de adopción del presupuesto es largo y complicado; deben coordinarse todas las entidades del Estado, estudiar los planes y las posibilidades reales de dotarlo de los fondos para llevarlos cabo.

Los aportes del presupuesto nacional para el financiamiento del Régimen subsidiado en Salud, están basados en los principios constitucionales de progresividad mediante apropiaciones al presupuesto nacional; debe efectuarse por los menos en el porcentaje establecido y universalidad porque todos los ingresos y gastos deben estar previstos en todas partes del mundo; es competencia de la Nación ayudar en la afiliación de la población pobre al régimen subsidiado.

Desde la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el esquema de financiación de subsidios se ha mantenido, combinando recursos del presupuesto nacional, recursos propios de las entidades territoriales y recursos parafiscales provenientes de Fosyga; sin embargo, como consecuencia de reformas al régimen de transferencias(ingresos de una entidad que se trasladan a

otra) de recursos de la nación a las entidades territoriales, el método para el cálculo de la participación de los municipios y departamentos en los ingresos corrientes de la nación ha sido modificada , desligando las transferencias al comportamiento del recaudo corriente y fijando un monto inicial que aumentaría en un porcentaje fijo más la inflación causada(art 76 Ley 715 de 2001) ² , unificando el situado fiscal(el porcentaje de ingresos corrientes de la Nación que se cede a los departamentos, al distrito capital y los distritos especiales para financiar salud y educación) y la participación territorial en los ingresos corrientes de la Nación en el llamado sistema general de participaciones(participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación) (, liberando las rentas cedidas que se invertían en el régimen subsidiado, las cuales se dedicarán a cumplir funciones de las direcciones departamentales y cubrir los subsidios a la oferta para atender a la población no cubierta con subsidios a la demanda (vinculados).

Con la expedición de la Ley 1122 de 2007, se hacen modificaciones en el SGSSS;, el SISBEN tiene cobertura en los niveles I, II y III, hecho que llevó al incremento de los recursos provenientes de las cotizaciones para salud del régimen contributivo a partir enero del año 2007 que es del 12,5% del salario base; corresponde a cargo del empleador el 8.5% y del empleado del 4%. Uno punto cinco (1,5) de la cotización serán trasladados a la subcuenta de Solidaridad del Fosyga para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.

² art 76 Ley 715 de 2001, art Ley 1122 de 2007

Las cotizaciones para salud de los regímenes especiales se incrementaron en cero punto cinco por ciento (0,5%), a cargo del empleador, que será destinado a la subcuenta de solidaridad.

El Régimen Subsidiado se financia con recursos de las entidades territoriales, del Fondo de Solidaridad y Garantía, del Gobierno Nacional, de las cajas de compensación familiar, de entidades territoriales; la nación transfiere recursos para financiar la salud pública del régimen subsidiado y la atención a la población que no está afiliada a ningún régimen por el Sistema General de Participaciones; esta transferencia ha sido en forma progresiva en el año 2007 el 56%, en el año 2008 el 61% y a partir del año 2009 el 65%; este año el sector salud contará con recursos por 5.3 billones de pesos, como también se financia con recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar transferidos por ETESA(empresa territorial para la salud).

Los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA corresponden al uno punto cinco (1.5%) de la cotización del régimen contributivo, además de los recursos del régimen especial el cero punto cinco (0.5%) especial, el Gobierno Nacional garantiza los recursos para cumplir con la cobertura del proceso de de SISBEN por niveles, correspondiendo a Primer nivel de atención primaria, preventiva y no curativa. Segundo nivel atención de las especialidades básicas en pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia. Tercer nivel de atención subespecialidades como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, radiología, medicina nuclear. Cuarto nivel especialidad con todos los medios diagnósticos. Otros recursos con los que se financia la salud así como el monto de las cajas de compensación familiar son los aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones, rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el régimen subsidiado, el 15% de los recursos adicionales que a partir de 2007 reciban los municipios, distritos y departamentos

como participación y transferencias por concepto de impuesto de rentas sobre la producción de las empresas de la industria petrolera y los recursos que aporten los afiliados que tienen derecho a subsidio parcial y que quieran optar al subsidio pleno o al POS del régimen contributivo.

Se establecieron sistemas para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el Régimen Subsidiado de Salud del SGSSS y para fortalecer los mecanismos de protección efectiva del derecho a la salud de las personas, a través del Decreto Legislativo 132 de 2010 correspondiéndole al Gobierno Nacional determinar la gradualidad de la unificación o acceso de los Planes Obligatorios de Salud a partir del año 2010.

en los departamentos con los municipios y distritos, se implementarán los Planes Obligatorios de Salud hasta cubrir el territorio nacional, para ello se tiene en cuenta, solicitud de la entidad territorial, ante el Consejo Superior de Política Fiscal (Confis) Territorial, la aprobación del Plan general financiero de la unificación de planes obligatorios de salud entre régimen subsidiado y contributivo y haber logrado la cobertura universal del régimen subsidiado en salud, o haberla previsto en el plan general financiero.

La reforma al sistema de salud tuvo como fin evitar el monopolio del estado sobre la salud y permitir el derecho de la competencia con la incorporación de empresas prestadoras de salud que estos proveedores de salud debían tener autonomía administrativa y los usuarios del servicio debían tener el derecho a escoger libremente el proveedor de salud que desearan. También la creación de subsidios al sector salud para cubrir a los más necesitados.

El sistema de salud en Colombia está compuesto por el Estado, los aseguradores y los prestadores.

Por medio de la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 se estableció una nueva legislación para la salud en Colombia, para garantizarla y hacerla competente para los ciudadanos, basado en seis principios: eficiencia mejor utilización de los recursos, universalidad se garantiza a todas las personas, solidaridad-ayuda, integralidad cubre todas las contingencias, unidad y participación.

El Estado ejerce la función de coordinación, dirección y control, cuenta con el Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud-CRES-sustituyó al (CNSSS), y la Superintendencia Nacional de Salud para el desarrollo de estas funciones.

En el año 2007 fue expedida la ley 1122 ³que trata sobre el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control, además en la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud, una vez en vigencia realizó ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio.

Mediante esta ley se creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES), esta institución define y modifica normas sobre el POS, revisa listado de medicamentos, precisa el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y el esquema tarifario a nivel general.

Así mismo la Superintendencia Nacional de Salud, formula, dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, además autoriza la constitución de EPS e IPS, y supervisa el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar y de licores.

³ Art 11-12 ley 1122

Son intermediarias y administran los recursos que provee el estado y los prestadores de los servicios de salud, las entidades aseguradoras ellas son.

Públicas o privadas, conformadas por las empresas promotoras de salud (EPS) prestan servicios de salud incluidos en el POS; las administradoras de fondos de pensiones (AFP) y las aseguradoras de riesgos profesionales (ARP).

Las Instituciones prestadoras de salud (IPS) son contratadas por las EPS para suministrar los recursos para la recuperación de la salud y la prevención de enfermedades en hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios.

Existen más de 5832 actividades, procedimientos e intervenciones en salud y servicios hospitalarios, servicios de atención en salud a los que tiene derecho un usuario para la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos contenido en el manual incluidos en el POS, para cumplir con esa obligación las EPS deben conformar una red de servicios con sus propias instituciones de salud o contratando servicios con otras empresas prestadoras de salud o IPS.

Los recursos destinados a la salud son manejados a través de encargo fiduciario por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)⁴, que a su vez los distribuye a cada una de las subcuentas así: a) ECAT: que atiende víctimas de accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas b)compensación: Recauda el valor de la compensación (descuento de las cotizaciones recaudadas por las EPS por descuentos en salud y pensión que se realizan a los empleados y empleadores en el régimen contributivo) y financia el régimen contributivo mediante el pago de

⁴ WWW.minprotecciónsocial.gov.co

UPC (Unidad de pago por capitación), c) solidaridad: recauda y administra los recursos de ingreso mayor a 4 salarios mínimos con lo que se permite la afiliación al régimen subsidiado d) promoción: fomenta la salud y previene enfermedades que se encuentran en el Plan de Atención Básica – PAB.

El Plan de Atención Básica o Plan Nacional de Salud Pública fue constituido por el Ministerio de la Protección Social cada cuatro años el Gobierno Nacional define este Plan con el fin de mejorar en forma individual o colectiva la condiciones de salud de la población, para ello tiene en cuenta prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, basándose en indicadores de la situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales de otros sectores.

Existen dos modelos para vincularse a los servicios de salud: mediante el sistema del régimen contributivo y el régimen subsidiado.

En el régimen contributivo están vinculados todos los empleados y empleadores con capacidad de pago quienes hacen un aporte mensual para salud y pensión; en este sistema de salud se encuentran las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago quienes de acuerdo con la ley hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud pagando directamente a las EPS. Según la ley todos los empleados, trabajadores independientes (con ingresos totales mensuales a un (1) salario mínimo) y los pensionados, deben estar afiliados al Régimen Contributivo, este aporte es de 12.5% del salario base de cotización, los trabajadores independientes asumen en su totalidad este porcentaje.

En el régimen subsidiado beneficia a todas las personas pobres y vulnerables quienes no cuentan con un ingreso económico que le permita cotizar al sistema de

salud en donde los servicios, están amparados por los recaudos de solidaridad de los demás entes participantes en el sistema, por lo tanto quienes ingresan a él reciben subsidios totales o parciales, los cuales se financian con dos recursos fundamentales: las transferencias de la nación a los departamentos y municipios y el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, que a su vez recibe una contribución equivalente a un punto de la cotización de los trabajadores del régimen contributivo que ganen más de cuatro salarios mínimos, así como también de aportes de la nación.

Las personas que ingresan al régimen subsidiado son escogidas por los Entes Territoriales, teniendo en cuenta unos criterios de priorización, mediante el listado censal de las comunidades indígenas, la certificación de la población infantil abandonada expedida por el ICBF, o mediante la identificación de la población indigente en los formatos establecidos o en los instrumentos que hagan sus veces así: Recién nacidos, Menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, La Población indígena y .la población del área rural y del área urbana de bajos recursos.

Los recursos del régimen subsidiado son girados desde el Ministerio de la Protección Social (FOSYGA) a los gobernadores, éstos a los alcaldes, quienes a su vez contratan con las Administradoras de régimen subsidiado (ARS), y ellas contratan los servicios con las IPS (clínicas privadas u hospitales).

Cada municipio identifica la población potencial mediante la aplicación de la Encuesta Sisbén (Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales) es una herramienta de identificación, que organiza a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular. Si una

persona ha sido identificada como potencial beneficiario de los programas sociales, es decir que el nivel está entre 1 y 3, podrá acceder a los subsidios que otorga el Estado a través de los diferentes programas, de acuerdo con la reglamentación de cada uno de ellos.

Población Vinculada: corresponde a aquellas personas a quienes se les ha realizado la encuesta Sisbén pero que aún no han obtenido un cupo para pertenecer al régimen subsidiado y tiene prelación para ser atendidos en la red pública de servicios de salud.

En el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial, se definen y complementan acciones organizados en planes de beneficios así: plan de atención básica formado por acciones gratuitas para prevenir la enfermedad, Plan Obligatorio de Salud contributivo y subsidiado, Planes adicionales de Salud financiados por usuarios medicina prepagada, Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito, Cobertura de riesgos profesionales enfermedad de origen ocupacional, atención de eventos catastróficos y planes para la población víctima de desplazamiento, internos en cárceles, atención no cubierta por el POS y de personas no afiliadas a un régimen de salud.

La organización de estos planes tiene como fin mejorar el estado de salud de la población colombiana, evitar que las enfermedades progresen y tengan un desenlace fatal, enfrentar el crecimiento y envejecimiento de la población y disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

2- FACTORES QUE PRODUCEN LA CRISIS FINANCIERA EN EL SECTOR SALUD

El Ministerio de la Protección Social expidió en diciembre de 2005 el Decreto 4693, con el fin de actualizar el funcionamiento de los fondos locales de salud creando cuentas maestras que centralizan la recepción y giro de los recursos de salud en una sola cuenta bancaria acreditada ante los Ministerios de Protección Social y Hacienda, de la que solamente podrán ser beneficiarios mediante operaciones electrónicas débito las ARS e IPS que tengan contrato con el municipio.

Ante dificultades y con el fin de optimizar el flujo de los recursos entre los diferentes actores del Sistema: Fosyga, entidades territoriales, EPS-Régimen Subsidiado e IPS, se expidieron los Decretos 1281 de 2002, 050 de 2003 y 3260 de 2004, estableciendo el giro trimestre anticipado de los recursos de Fosyga, así como la posibilidad de realizar giro directo de los recursos del sistema general de participaciones y del Fosyga a las EPS- en los municipios donde se presenta el no pago habiendo recibido los recursos de la Nación, mediante acto administrativo debidamente motivado informando a la entidad territorial y a la Superintendencia Nacional de Salud.

Posteriormente se sujetó el giro trimestral de los recursos de Fosyga al previo cumplimiento de la radicación de los contratos, la acreditación de las cuentas maestras y el envío y cruce de la base de datos de los afiliados.

La ley 1122 de 2007 que retomó el concepto de cuenta maestra para el flujo de recursos, establece que todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y

exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente.

El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras que deberán abrirse con entidades financieras que garanticen el pago de intereses. En estas cuentas figurará. El recaudo y el gasto en salud pública colectiva, Régimen subsidiado de salud y Prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda.

Con la expedición de la resolución 3042 de Agosto 31 de 2007, por la cual se reglamenta la organización de los Fondos de Salud de las Entidades Territoriales, la operación y registro de las cuentas maestras para el manejo de los recursos de los Fondos de Salud y se dictan otras disposiciones, se define y reglamenta la administración y la estructura de los Fondos de locales y departamentales y se dan las directrices para la elaboración del presupuesto de ingresos y gastos y para la operación de las cuentas maestras.

Algunas de las circunstancias que retrasaban el flujo de los recursos habían sido superadas a partir de la ley 1122, sin embargo la falta de información actualizada y completa en todo el Sistema continúa afectando la eficiencia en el uso de los recursos; son atribuibles al retraso y la dificultad de las entidades territoriales en el cumplimiento de los requisitos de contratación y bases de datos con el registro de afiliados, desconocimiento por parte de los servidores de municipios y distritos del manejo financiero de las fuentes que financian el Régimen Subsidiado y reglamentación desactualizada de los fondos locales de salud.

Luego de casi cinco años de aplicarse la reforma al Sistema General de Participaciones, el Gobierno Central dejó de girar 28 billones de pesos a las regiones (en términos reales de 2005 lo perdido por municipios y departamentos, sumaría 52 billones de pesos hacia el año 2019) sin embargo, su déficit fiscal se

ha mantenido en cerca del 6% del Producto Interno Bruto, circunstancia que llevo a la privación en el cuidado de las necesidades básicas de sus habitantes con el fin de financiar el servicio de la deuda pública y la seguridad.

Es sabido que el recorte de los giros a departamentos y municipios no corregirá los faltantes presupuestales; es más, podría agravarlos porque antes de corregirse se ahondan, por la estructura del modelo económico vigente y la desigualdad que le causan al país enormes erogaciones. De ahí que Cálculos del propio Departamento Nacional de Planeación estiman que los giros intergubernamentales sin el proyecto oficial, alcanzarían en 2009 más de 24 billones de pesos y con la reforma apenas llegarían a 20 billones; no cubrirían universalmente a la población en educación y salud.

No puede dejarse de lado que una fatal consecuencia de la iniciativa gubernamental es que agranda las diferencias existentes entre las zonas de mayor y menor desarrollo, pues no establece mecanismos que las compensen y lo mismo sucede con las evidentes diferencias entre las áreas urbanas y las rurales. La escasez de recursos para cumplir con sus funciones podrá llevar al Ejecutivo central a coaccionar a alcaldes y gobernadores, a restarles autonomía y someterlos a sus designios e intereses políticos a cambio de mitigar sus insuficiencias.

3- IMPACTO SOCIOECONOMICO DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO

El proceso complejo de situar los dineros del régimen subsidiado a través del Ministerio de la Protección Social (FOSYGA) a los gobernadores, éstos a los alcaldes, implicaba que se pierden, se desvían o se demoran hasta 180 días en promedio nacional, la gran corrupción de los manejos injustos a dado lugar y la cultura de no pago en el SGSSS que explica, el colapso de la red hospitalaria.

Este Proyecto propone simplificar el proceso por el giro directo de los recursos sin situación de fondos, desde el FOSYGA y bajo criterio del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las clínicas y hospitales, sin ninguna intermediación, los contratos los realizarán y vigilarán directamente las entidades territoriales, sin manejar el recurso los departamentos que no realizan una buena gestión se realiza por intermediación de las Cajas de Compensación.

Sin embargo nada está dicho en un Régimen que sigue vendiendo y comprando afiliados y saltando muchos derechos de los usuarios por falta de una reglamentación adecuada por parte del Estado. Lo anterior pese a las recomendaciones de los grandes estudios. De esta forma la crisis puede estallar cualquier día, al vaivén de los intereses políticos.

Se encuentra una serie de datos que llaman mucho la atención, primero porque se distancian de las cifras del Ministerio de la Protección Social, y en segundo lugar porque, aunque parecen mostrar un aumento de la cobertura en el Régimen Contributivo y una disminución en el Subsidiado, en realidad la intermediación de las EPS es motivo de crítica y denuncias permanentes, que la califican de costosa, ineficiente y de constituir en barrera de acceso entre el usuario y los médicos o los hospitales.

Algunas EPS han presentado insuficiencias e ineficiencias en la red de operaciones y servicio, entre las que se incluyen casos de corrupción y el rechazo de algunos pacientes por no cumplir requisitos financieros o administrativos básicos, obligándolos a acudir a otros centros de atención y a veces a sufrir sucesivos rechazos, a lo que se le llama popularmente en Colombia como el paseo de la muerte.

El plan de beneficios, sobre todo el definido hasta el 2009, era confuso, impreciso y con limitaciones que han causado que los usuarios tengan que acudir a la demanda de tutela del derecho a la salud y de acceso a los servicios de salud, lo cual ha causado congestión en estas instancias obligando a la Corte Constitucional a expedir un fallo amenazar al gobierno a solucionar los problemas del sistema. Instancias obligando a la Corte Constitucional a expedir un fallo amenazar al gobierno a solucionar los problemas del sistema.

En Colombia la composición del financiamiento de la salud es una de las más bajas mundo, teniendo en cuenta que más del 80% gasto público corresponde a seguridad social y defensa, gracias a las reformas, los subsidios del gobierno con destino a la salud han tenido un importante efecto redistributivo. A pesar de estos importantes logros, el sistema enfrenta grandes desafíos para poder lograr una cobertura universal financieramente sostenible.

El 15% de la población aún carece de seguro; los planes de beneficios en el régimen contributivo y en el subsidiado aún difieren, hay deficiencias en la calidad de la atención y no todos los hospitales públicos se han modernizado. es preciso fortalecer la función de supervisión; la sostenibilidad financiera del sistema está constantemente en riesgo. Sin embargo, el sistema de salud colombiano experimentó cambios radicales que han redundado en beneficio de la salud de la población del país.

CONCLUSIONES

El conocimiento de los determinantes del estado de salud de un pueblo sirve de insumo para el diseño de políticas de salud al permitir el establecimiento de las medidas que tendrían mayor impacto sobre un mejor estado de salud de la población, permite la comprensión de los riesgos de ciertos hábitos sobre el estado de salud y sus efectos en la productividad y el crecimiento económico, así como, costo beneficio y costo efectividad

La salud, paso de un esquema que subsidiaba la oferta a un nuevo régimen que subsidia la demanda, integrado por una organización mixta conformada esencialmente por dos regímenes simultáneos, el contributivo y el subsidiado que quiere cubrir los problemas de calidad, cobertura, equidad y eficiencia a partir de la ley 100, los resultados obtenidos después de su aplicación pueden ser utilizados para el análisis de las políticas de salud vigentes y permitir contar con herramientas en la toma de decisión de la conservación o cambios.

La salud es vista como un bien de capital que al tiempo que es un bien de consumo se asume por el deseo de las personas por mejorar su estado de salud, porque no somos consumidores pasivos de salud sino productores activos que gastan tiempo y dinero en la producción de este bien y porque la salud puede ser vista como un bien que dura varios periodos de tiempo, que se deprecia con la edad a una tasa que no es constante y que aumenta con la inversión en salud sin poder igualar en términos de lo que invierte en salud

Un aumento del ingreso aumenta la demanda por salud, es decir, un nivel de ingresos altos se espera eleve el gasto de los individuos en cuidado médico y aumente la demanda de salud. Los salarios altos inducen a los individuos a sustituir bienes de mercado por su propio tiempo en la producción de buena salud.

Esta sustitución se da hasta el punto donde el valor monetario del producto marginal del tiempo de consumo es igual a la tasa de salario.

La educación es un insumo utilizado por los individuos para la elaboración de salud, un aumento en el nivel educativo incrementa entonces la eficiencia del individuo en la producción de éste, es decir, se espera que personas más educadas quieran y eventualmente alcancen estados de salud mejores.

Los resultados encontrados en este trabajo, en general, son coherentes con los hallados en la demanda porque la salud disminuye con la edad, y aumenta con el ingreso y el nivel educativo, el estado de salud está determinado por la actividad laboral, la ubicación geográfica, el género, los hábitos de las personas y la seguridad social. Se deben elaborar políticas de salud con perfiles epidemiológicos por el hecho de que existen regiones donde los estados de salud lo requieren, más aun si se trata de regiones atrasadas en desarrollo económico. Las personas afiliadas al régimen subsidiado tienen una probabilidad mayor de que su estado de salud desmejore por las diferencias en los planes obligatorios de salud (POS) que existen entre los dos regímenes, el no uso oportuno del sistema de salud por causa de la ineficiencia en los trámites se puede decir que la calidad de los regímenes del sistema de salud pública funcionan diferentes siendo los más afectados la población más pobre, la probabilidad de que las personas tengan un buen estado de salud disminuye cuando están más expuestas al riesgo laboral

El problema de la salud es de equidad y es necesario que se trabaje más en este aspecto, que el gobierno tome medidas más contundentes para mejorar las condiciones de vida de las personas, en especial de los grupos más pobres que son los que están más expuestos y sobre los que las políticas podrían generar un mayor efecto.

La vida es en efecto el bien supremo y por eso la salud es un derecho básico de los seres humanos, los derechos humanos son universales (pues las personas pobres no son menos humanas que las ricas) y los derechos son exigibles, o sea que el Estado está en la obligación de asegurar la salud para todos. Colombia, que hoy dedica el 8% del ingreso nacional a la salud, tendría que invertir el 76% de su PIB para que los colombianos tengan servicios.

Aumentar la inversión en salud de manera gradual y sostenida, porque el país se está desarrollando y porque la medicina cada vez es más cara, darle prioridad a la salud preventiva (enfermedades infecciosas, agua y saneamiento, nutrición, tabaquismo, sedentarismo y similares...) porque su cobertura es universal y porque prevenir es mucho más barato que curar.

Estado garantice a todas las personas servicios curativos, que los colombianos están dispuestos a financiar con impuestos generales y cuyo costo sea menor y planes de salud complementarios financiados con retención salarial, aporte patronales o primas voluntarias para distintos estratos o sectores.

REFERENCIAS

1. Acuerdos de la Comisión de Regulación en Salud (CRES)
2. Barón Leguizamón, Gilberto. Colombia: Cuenta de Seguridad Social
3. Constitución Política de 1991 art 49-365
4. Ley 1122 de 2007 art 10,11,13
5. Ley 100 de 1993
6. Pérez, Volmar Antonio. La tutela y el derecho a la salud. Informe periodo 2006- 2008. Defensoría del Pueblo. Bogotá 2009
7. Ronderos, María Teresa. Lo mejor y lo más débil del sistema de salud colombiano. Entrevista a expertos internacionales. Revista Semana
8. WWW.dnpl.gov.co
9. WWW.minprotecciónsocial.gov.co