
TABLA DE CONTENIDO

1	<u>ANÁLISIS INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL</u>	1-1
1.1	<u>MODELOS DE EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS</u>	1-2
1.1.1	<u>Análisis clásico de evaluación</u>	1-2
1.1.2	<u>Una concepción diferente de las políticas públicas</u>	1-3
1.1.3	<u>Lógica de evaluación del sistema de inspección, vigilancia y control</u>	1-4
1.2	<u>EL SISTEMA IVC EN EL CAMPO DE LOS DERECHOS DE LOS BENEFICIARIOS. AFILIACIÓN, CARNETIZACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS</u>	1-6
1.2.1	<u>Problemas más frecuentes que detecta el sistema de IVC respecto de la afiliación y la prestación de servicios</u>	1-6
1.2.2	<u>Problemas más importantes según el actor que responde</u>	1-13
1.2.3	<u>Conjuntos de problemas detectados por el sistema de IVC</u>	1-14
1.2.4	<u>Actores institucionales y sociales que más detectan problemas</u>	1-16
1.2.5	<u>Actores institucionales y sociales que más detectan los problemas más frecuentes</u>	1-20
1.2.6	<u>Mecanismos de detección de problemas</u>	1-24
1.2.7	<u>Niveles territoriales en los que se detectan y a los que se le transfieren los problemas</u>	1-27
1.2.8	<u>Causas de la transferencia de los problemas a otro nivel territorial</u>	1-32
1.2.9	<u>Actor al que se le transfiere el trámite del control</u>	1-34
1.2.10	<u>Prácticas de control emprendidas para solucionar problemas</u>	1-36
1.2.11	<u>Efectividad en la resolución de problemas</u>	1-38
1.2.12	<u>Efectividad de resolución de problemas según el actor que tramita el control</u>	1-41
1.2.13	<u>Resolución de problemas a partir de ámbitos territoriales</u>	1-44
1.3	<u>CONTRATACIÓN, COMPETENCIA Y EJECUCIÓN DE CONTRATOS</u>	1-44
1.3.1	<u>Problemas más frecuentes y actores que detectan falencias en la contratación y la competencia</u>	1-46
1.3.2	<u>Mecanismos de detección de problemas</u>	1-50
1.3.3	<u>Niveles territoriales donde se detectan y a los que se le transfieren los problemas</u>	1-53
1.3.4	<u>Niveles territoriales a los que se le transfieren los problemas y sus causas</u>	1-54
1.3.5	<u>Actores de control a los que se le remite el trámite de los problemas y grados de resolución</u>	1-57
1.3.6	<u>Sentido estratégico de las prácticas de control emprendidas</u>	1-61
1.3.7	<u>Grado de resolución según el actor que tramita el control</u>	1-62
1.3.8	<u>Grado de resolución según el nivel territorial donde se tramita el control</u>	1-63
1.3.9	<u>Grados de resolución según el mecanismo de control emprendido</u>	1-64
1.3.10	<u>Aportes del análisis de correlaciones múltiples</u>	1-65
1.4	<u>CONCLUSIONES</u>	1-66
1.4.1	<u>El método de evaluación: procesos, usos y significados del control</u>	1-66
1.4.2	<u>Problemas referentes a los derechos de los usuarios</u>	1-67

1.4.3	Problemas en la contratación: la violación al principio de la competencia.....	1-69
1.4.4	El sistema de inspección, vigilancia y control: ni integral ni inteligente	1-71
1.5	RECOMENDACIONES DE POLÍTICA.....	1-71
1.5.1	Evaluación de derechos a partir de procesos reales.....	1-71
1.5.2	Sistematizar la informalidad.....	1-72
1.5.3	De la municipalización a la descentralización.....	1-72
1.5.4	Del control burocrático e individual a la socialización del sistema	1-73
1.5.5	De la atomización de los agentes del control a la autoregulación integral del sistema	1-73
2	SISTEMA DE EVALUACIÓN TERRITORIAL- SET.....	2-1
2.1	EVALUACIONES PARTICIPATIVAS.....	2-2
2.2	SISTEMA DE INFORMACIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS	2-4
2.3	INDICADORES TÉCNICOS DE DESEMPEÑO	2-5
2.4	RANKING DE ARS E IPS.....	2-6
2.5	CONSEJOS TERRITORIALES DE SEGURIDAD SOCIAL.....	2-6
2.6	NIVELES DE INTERVENCIÓN DEFINIDO EN EL SET Y TIPOS DE INTERVENCIÓN.....	2-7



1 ANÁLISIS INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Darío Indalecio Restrepo
Raúl Ernesto Cárdenas
Investigadores Universidad Nacional

Las organizaciones que componen el sistema de salud, como todas las instituciones del Estado, están sujetas tres tipos de control: control político, control externo y control social. El control político se establece a través de las corporaciones públicas como el Congreso de la República, las Asambleas Departamentales y los Concejos Municipales. Por su parte, el control externo corresponde a las instituciones de fiscalización del Estado, tales como la Contraloría, Procuraduría, Superintendencias, entre otros. Finalmente, el control social proviene de los ciudadanos¹.

La manera como cada uno de estos tipos de controles ha evolucionado tiene una fuerte ligazón con los procesos de transformación del Estado; así el fortalecimiento de la democracia ha engendrado procesos que intentan desconcentrar el acceso las decisiones políticas no solo a través de la apertura que permite la presencia de nuevos grupos en el escenario del debate político, sino también a una distinta relación con los poderes locales. En el caso de las entidades de fiscalización se observa una fuerte preocupación estatal por modernizar el Estado y transmitir una imagen de transparencia de la gestión pública; las labores desarrolladas por estas entidades de control han corrido parejas a las transformaciones administrativas del Estado y a la necesidad de articularse a la dinámica económica en cada período. Bastante más recientes son las experiencias de control social, toda vez que su institucionalización ha dependido de los mecanismos legales establecidos por el Estado, así desde 1991 las ofertas de participación y control social han sido ampliadas.

La investigación que aquí se presenta tiene dos grupos de consideraciones. De una parte, como se expuso en el programa de investigación (volumen 1), la manera como se ha construido el Estado y la necesidad de regulación estatal que tiene el mercado de la salud configuran el funcionamiento de las labores de Inspección vigilancia y control (IVC) y del control social (CS). De otro lado, el estudio tiene como eje considerar que el fin último del aseguramiento y de la prestación de servicios en salud, es garantizar la salud en tanto derecho social. Este punto de partida implica que los actores del sistema tanto institucionales como individuales deben comprometerse con el desenvolvimiento del mismo, de forma tal que la interacción entre agentes fortalezca los lazos sociales y el ejercicio democrático.

El presente informe presenta, analiza y sugiere recomendaciones al sistema de inspección, vigilancia y control al régimen subsidiado en salud, a partir de la aplicación de encuestas, a

¹. Ernesto Lleras M. "Propuesta para el desarrollo de un sistema de control social en la Contraloría General de la República", en CGR, *La construcción de un nuevo discurso del control*. Bogotá, 1998

seis actores del régimen subsidiado en salud: administradoras del régimen subsidiado - ARS, instituciones prestadoras de servicios - IPS, direcciones seccionales de salud - DSS, direcciones locales de salud - DLS, personero y asociaciones de usuarios o veedores².

Una versión preliminar de este componente fue discutida con el equipo del Departamento Nacional de Planeación, encargado de la reforma a la ley 60 de 1993. La posterior ley 715 de 2001 brindó un espacio importante para insertar las propuestas de los investigadores de la Universidad Nacional. En lo concerniente al sistema de IVC y Control social la correspondencias se señalarán en el capítulo dedicado al Sistema de Evaluación Territorial – SET.

1.1 MODELOS DE EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

No existe una sola manera de evaluar un programa de política pública. A continuación se presenta el modelo tradicional y el adoptado en este componente de la investigación.

1.1.1 Análisis clásico de evaluación

Es un modelo guiado por el principio de la constatación y la contrastación. Es decir, supone una política pública dada, con un cuerpo compacto y unívoco de regulación, estructura de implementación, funciones establecidas por niveles de gobierno, entidades públicas y privadas, criterios de funcionamiento y un conjunto de recursos financieros.

La evaluación consiste en constatar los grados de adecuación entre lo estipulado y lo que efectivamente ocurre en la práctica. Para ello, suele analizar el cumplimiento de funciones, el respeto de los procedimientos establecidos, los flujos de tiempos y recursos necesarios para el desarrollo de la política y los costos en los que se incurre y, por último, eventualmente evalúa los resultados de la política pública sobre los beneficiarios.

Dos tipos de recomendaciones se desprenden de este tipo de evaluación. Una insiste sobre los medios, otra en las condiciones.

En cuanto a los medios, el contraste entre lo estipulado y lo aplicado arroja evidencia sobre carencias de información del conjunto de actores implicados en el programa y, por lo tanto, recomienda invariablemente emprender campañas de capacitación, producción de instructivos y acciones permanentes de actualización en normas y exigencias de procedimientos. De la misma manera, atribuye a la mala fe y a intereses externos y contrarios a los objetivos del programa las distorsiones entre lo normado y lo aplicado; por lo tanto, solicita sanciones o un régimen de estímulos para conducir a los diferentes actores dentro del cumplimiento de lo estipulado.

² Con el fin de evitar sesgos en los resultados estadísticos originados por la cantidad diferente de encuestas aplicadas a cada actor, se realizó una transformación en los datos que asignó igual valor a cada una de las respuestas de los actores independiente del número de formularios aplicados a cada uno.

En cuanto a las condiciones, este modelo de evaluación es fecundo en el análisis del conjunto normativo que regula el programa. En él suele encontrar falencias tales como, excesos, carencias y ambigüedades normativas; por lo tanto, centra recomendaciones en la clarificación, armonización y producción normativa. De la misma manera, es sensible en la detección de fallas en el aparato institucional para llevar a cabo los fines del programa público, lo cual justifica o al menos facilita el incumplimiento de lo estipulado; por lo que, los más atrevidos -que suelen ser muchos-, recomiendan modificaciones al modelo de organización del programa público.

Varios son los supuestos de este modelo de evaluación en cuanto a la comprensión de lo que es y debería ser una política pública eficiente. Entre los más importantes están el suponer que una política pública es elaborada enteramente por una o varias entidades, las cuales deciden los objetivos y los medios a llevar a cabo por otros que implementan la voluntad de los primeros. Tal comprensión de las políticas públicas comparte, inevitablemente, una concepción jerarquizada y tutelar. Es decir, requiere implementar mecanismos de reconocimiento de una autoridad central que genera la política y de unas entidades subalternas que deben aplicarla. Se genera así la necesidad de una tutela sobre los agentes secundarios a los cuales se debe capacitar o sancionar con el fin de que entiendan y se ajusten a los designios de los que formulan la política pública, e igualmente, clarificar y mejorar la labor del ente central para guiar la aplicación de la política por los actores de reparto de la política.

El segundo supuesto fundamental de tal modelo de evaluación y, por lo tanto, de entendimiento de los que son las políticas públicas, es una concepción particular de la información. Supone que ésta es producida centralmente por una o varias entidades, de manera unívoca y que se transfiere como un bloque compacto a los agentes de implementación, los cuales, deben utilizarla como un conjunto de fines y medios exentos de cuestionamiento y modificaciones.

1.1.2 Una concepción diferente de las políticas públicas

Aquí se considera que las políticas públicas no son elaboradas y decididas en un solo lugar -él central- y en un período o momento por un conjunto de actores institucionales, para de allí en adelante, en un segundo momento, implementARSE por otros actores que deben ser capacitados, sancionados o ayudados. Las políticas públicas se hacen por el conjunto de actores que intervienen en ellas. Esto quiere decir que, independientemente del grado de descentralización previsto en la implementación de las políticas, siempre los actores que "implementan" los programas interfieren en los resultados, mecanismos, usos y objetivos mismos de las políticas.

Por lo tanto, el modelo de evaluación que se guía por el principio de la constatación y sus prioridades de evaluación centradas en la medición de la adecuación entre una voluntad central y originaria respecto de un grado de implementación, es insuficiente.

En segundo lugar, se considera que el conjunto de objetivos y normas establecidas centralmente no son unívocos, sino que son el resultado de transacciones y compromisos

entre varias intenciones, intereses y fines de política. Por lo tanto, es insuficiente considerar la información transmitida a los agentes de implementación como unívoca y sin capacidad legal de modificación. Todos los analistas de la seguridad social concuerdan en que la ley marco que la regula es el resultado de un compromiso entre varias racionalidades, objetivos de política e intereses, los cuales debatieron y negociaron durante varios meses antes de que el congreso adoptara la ley definitiva³. Más aún, los expertos en el tema admiten que la reglamentación de la ley mediante decretos ha extendido la pugna por definir la correlación de fuerzas y los sentidos orientadores del sistema de aseguramiento en salud.

De lo anterior se derivan dos consecuencias. En virtud de la primera, se hace necesario considerar lo que los actores hacen con el programa público, en otros términos, analizar la política pública desde las *prácticas reales* de los que la implementan, puesto que son estas prácticas y no exclusivamente las normas, las que definen los resultados, mecanismos y objetivos que se implementan. La segunda consecuencia invita a *considerar las modificaciones*, innovaciones y la pluralidad de sentidos e intereses que se despliegan alrededor de la implementación de las políticas públicas.

El modelo de evaluación implementado introduce un análisis socio político del desempeño del sistema de inspección, vigilancia y control que nos aproxima al entendimiento de las relaciones de poder entre niveles de gobierno, instituciones públicas y privadas y de éstas con los beneficiarios alrededor de los derechos fundamentales de las personas. No se trata entonces de un análisis de instituciones particulares sino de las relaciones entre ellas en un sistema.

Este tipo de análisis invita a formular recomendaciones de política que tengan en cuenta los intereses de cada actor en el sistema. También a considerar las relaciones entre funciones asignadas, capacidades e intereses para llevarlas a cabo. Por último, en tanto toda política es una relación de poderes entre actores institucionales públicos y privados, hace explícito los actores que desea reforzar en el sistema.

Esta comprensión de las políticas públicas determina el modelo de evaluación emprendido que a continuación se entra a explicar.

1.1.3 Lógica de evaluación del sistema de inspección, vigilancia y control

Dos principios metodológicos inspiran la organización del conjunto de la información y el posterior análisis del sistema de inspección, vigilancia y control – IVC. El primero, refiere al carácter sistémico de la inspección, vigilancia y control y el segundo, al tipo de problemas por el cual se indaga.

³ Un estudio pedagógico sobre las principales corrientes que concurren en la ley de seguridad social se encuentra en: Jaramillo, Iván, **El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993: política social, mercado y descentralización**. (1994). Fescol / Fundación Corona / Fundación Antonio Restrepo Barco. Bogotá

Primero, se consideran las acciones de IVC enlazadas entre sí como un sistema. Entendemos por sistema la relación permanente que se genera entre *problemas* de inspección, vigilancia y control, *actores* institucionales y sociales que detectan los problemas a través de *mecanismos* específicos, en algún *nivel territorial* y que remiten la responsabilidad del control a otros niveles territoriales y actores institucionales, los cuales emprenden *prácticas de control* que dan lugar a grados de *resolución* de los problemas.

Para una mayor comprensión del funcionamiento del sistema se distingue una entrada de los problemas al sistema y una salida. En la entrada se consideran los problemas de IVC, las instituciones que los detectan, los mecanismos a través de los cuales lo hacen y el nivel territorial en el que lo hacen.

En la salida se consideran las eventuales remisiones de problemas a otros niveles territoriales y actores del control, las prácticas de control que en ellos se ejercen y los niveles de resolución de problemas.

La información así recabada permite aproximarse a la caracterización de cinco aspectos críticos de evaluación del sistema de IVC.

- Primero, el grado de ocurrencia de una serie de problemas y conjunto de problemas.
- Segundo, la eficacia de actores institucionales y sociales en la detección de problemas.
- Tercero, la concurrencia entre niveles territoriales en el proceso de detección y resolución de problemas.
- Cuarto, el modelo de control que se aplica para detectar y resolver problemas detectados.
- Quinto, la eficiencia del sistema de IVC para solucionar problemas.

Dos características poseen los problemas de IVC sobre los cuales porta la información recabada por la Universidad Nacional.

- Primero, se trata de problemas mediante los cuales se violan los derechos fundamentales de los usuarios en cuatro aspectos:
 - El derecho a ser seleccionado en tanto beneficiario.
 - El derecho a la afiliación y carnetización de los beneficiarios seleccionados.
 - El derecho a la buena prestación de servicios.
 - El derecho a la libre escogencia de las Administradoras del Régimen Subsidiado – ARS.

Segundo, se trata de problemas que violan el principio de la competencia en la contratación de ARS de una parte y de IPS de otra y, los problemas de mora en el flujo de recursos. La evaluación de estos dos temas posee un interés central debido a que el principio de la libre competencia y libre elección por parte de los beneficiarios debe regir el sistema en aras de propiciar eficiencia y responsabilidad entre los agentes y, los flujos de recursos condicionan la oportunidad del financiamiento y de la prestación de servicios. Por lo tanto, es necesario

preguntarse por la eventual relación entre problemas de competencia y financiación con el respecto de los derechos de los beneficiarios.

Los problemas en mención fueron indagados en su existencia a un conjunto de actores: Administradoras del Régimen Subsidiado - ARS, Instituciones Prestadoras de Servicios - IPS, Direcciones Seccionales de Salud - DSS, Direcciones Locales de Salud - DLS, personeros municipales, veedores y asociación de usuarios. A cada uno de ellos se les aplicó el conjunto de preguntas que caracterizan las entradas y las salidas del sistema de inspección, vigilancia y control.

1.2 EL SISTEMA IVC EN EL CAMPO DE LOS DERECHOS DE LOS BENEFICIARIOS. AFILIACIÓN, CARNETIZACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

1.2.1 Problemas más frecuentes que detecta el sistema de IVC respecto de la afiliación y la prestación de servicios

Cuatro son los problemas más frecuentes que detectan el conjunto de actores institucionales y sociales. En orden de importancia: las múltiples afiliaciones, tardanza entre afiliación y carnetización de beneficiarios, seguidas con igual cantidad de frecuencias por la no selección de beneficiarios por núcleos familiares completos y las deficiencias en la calidad de los servicios.

Las múltiples afiliaciones

Esto quiere decir que para los actores institucionales y sociales el problema que más afecta los derechos de los ciudadanos potencialmente beneficiarios del régimen subsidiado en salud son las múltiples afiliaciones de las que gozan algunas personas, con lo cual, imposibilitan la entrada al régimen de una cuantía mayor de beneficiarios.

Dos hipótesis pueden explicar este problema. La primera, la falta de claridad de los potenciales beneficiarios sobre sus derechos y deberes. O bien, los beneficiarios tramitan por varias vías la entrada al sistema para garantizar que si alguna de ellas no funciona, la otra si lo hará. O bien, muchos beneficiarios creen que la múltiple afiliación garantiza una mayor cantidad de servicios de salud. En ambos casos, se expresa una desconfianza relativa de los beneficiarios en las normas y las instituciones en cuanto a la capacidad de regular el comportamiento real de las instituciones y de obligar el respeto de los derechos adquiridos. La incredulidad ciudadana en las normas no es propia al sistema de salud, aunque aquí como en otros ámbitos, representan un reto a la construcción de una cultura institucional y social sobre los derechos y deberes que requiere la plena vigencia del Estado de derecho.

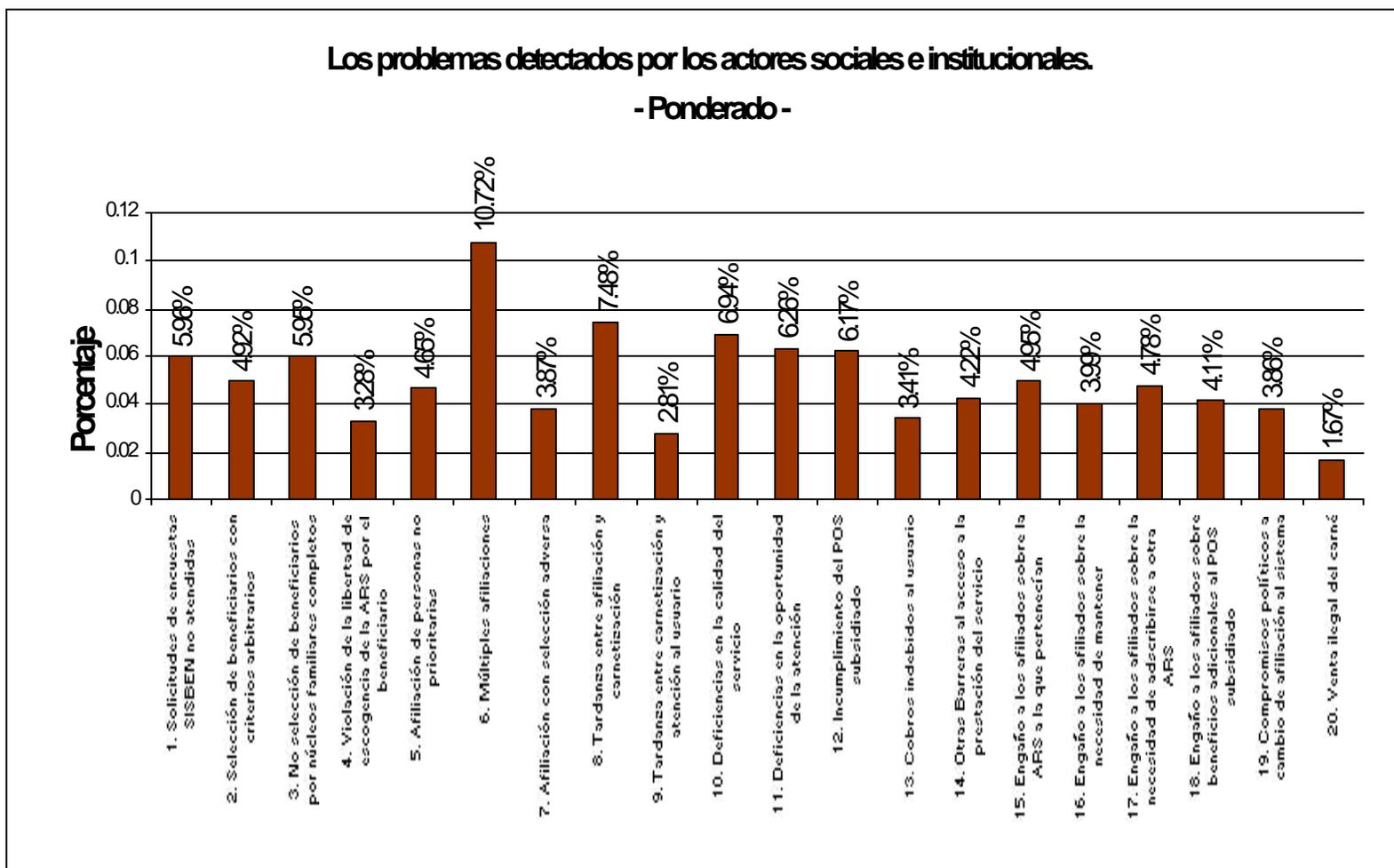
La segunda hipótesis explicativa reside en una competencia desleal entre ARS que afilian potenciales beneficiarios sin indagar de manera oportuna y suficiente sobre una eventual y previa afiliación.

La precariedad en los sistemas de información facilita la ocurrencia de esta anomalía, así como la actualización y funcionamiento de completas bases de datos y el obligatorio cruce entre ellas solucionaría, por una vía técnica, ésta falencia.

Las direcciones seccionales y locales de salud deberían tener las bases de datos de las ARS y un sistema técnico para cruzar la información sobre afiliaciones de beneficiarios.



Gráfico 1.



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000



Tardanza entre afiliación y carnetización

El segundo problema más reseñado por los actores sociales e institucionales indica que después de la afiliación se presentan importantes barreras de acceso al sistema debido al tiempo que toma la carnetización de beneficiarios. Una demora en la carnetización conlleva inevitablemente demoras en la atención de los beneficiarios o alternativamente, conduce a suplantar los recursos de apoyo a la demanda por las fuentes de financiación de la oferta institucional. No deben ignorarse los grandes problemas de financiación de la oferta institucional, los cuales son impunemente agravados por la suplantación de los recursos de demanda que genera la atención de beneficiarios no carnetizados.

Por otra parte, esta situación alimenta una desconfianza de los beneficiarios y de las instituciones mismas en cuanto a que las normas e incluso el cumplimiento de ciertos requisitos no asegura inmediatamente la vigencia de los derechos sociales.

Varias razones pueden estar confluyendo en explicar la tardanza en la carnetización de afiliados. En primer lugar indica un problema de capacidades técnicas de las ARS. En segundo lugar, la dispersión de la población, fundamentalmente rural, dificulta la entrega de carnés. En tercer lugar, un rezago del pasado, en el que las demoras en la carnetización fueron usadas por las ARS para atesorar los recursos del régimen subsidiado sin incurrir en desembolsos a las IPS para la atención de beneficiarios. Finalmente, no debe descartarse la retención de carnés durante los períodos electorales con el fin de forzar la adhesión ciertos candidatos a corporaciones públicas.

Deficiencias en la calidad y oportunidad del servicio

El tercer y el cuarto problema señalan deficiencias en la calidad y oportunidad del servicio, respectivamente. Mientras los dos principales problemas ya comentados refieren a dificultades de acceso de los potenciales beneficiarios al sistema, el tercero y cuarto alertan sobre el incumplimiento de los derechos del afiliado una vez este ya entró plenamente a este, en particular, en cuanto a que las deficiencias en calidad y oportunidad conducen al deterioro de los bienes y servicios a los que se tiene derecho.

Varias hipótesis pueden explicar esta situación. Primero, un problema estructural de difícil solución, cual es, la dispersión de la población respecto de la concentración de la red de servicios, particularmente grave para la población del sector rural. Esto, además de generar costos al usuario en términos de tiempo y plata, compromete la oportunidad en la atención, particularmente en casos de urgencia y de niveles 3 y 4 de complejidad de la atención.

En segundo lugar otro problema estructural referido a la escasa opción que tienen los usuarios de escoger entre varios oferentes de salud, debido, por una parte, a las restricciones en la cantidad y calidad de instituciones de salud en general y por otra, a la predeterminación de la red de servicios que contrata la ARS. De tal manera que los usuarios deben resignarse a eventuales deficiencias crónicas en la calidad de las entidades prestadoras de servicios.

En tercer lugar, no se descartan obstáculos al acceso a los servicios provocados por las ARS, en términos de exigir trámites, requisitos, procedimientos y gestiones que debe emprender el usuario en cada caso de necesitar la atención en salud. Esto concurriría en explicar las falencias en la oportunidad.

Por último, la red contratada por la ARS puede presentar deficiencias tanto en la capacidad instalada como en la calidad de los procesos médicos. Por lo cual, la prestación de servicios se puede ver diferida en el tiempo o puede no corresponder a los estándares de calidad requeridos.

Este resultado preocupa en la medida en que los bienes y servicios recibidos en virtud del régimen subsidiado son menores que aquellos a los que se tiene derecho mediante el régimen contributivo.

La Universidad Nacional considera oportuno debatir la unificación del POS subsidiado con el contributivo, puesto que los paliativos existentes para la atención suplementaria de beneficiarios del POS-S no parecen estar dando los resultados esperados.

Sin embargo, el régimen contributivo también tiene problemas de oportunidad y calidad, cuya explicación también reside en la estructura de la red de servicios, la predeterminación contractual de esta y la capacidad y calidad de los servicios de ciertas entidades de salud.

Este problema común al régimen subsidiado y contributivo, aparentemente insalvable, al menos en el corto plazo, puede enfrentarse mediante la garantía de la libre escogencia por parte del usuario de las IPS, lo cual implica que el derecho universal a la salud puede ser ejercido en cualquier momento y lugar usando todas las instituciones públicas y privadas que presten los servicios del POS, que por otra parte, indicamos debe ser equivalente para el régimen subsidiado y contributivo.

En esta perspectiva, se debieran revisar los trámites exigidos por las ARS a los usuarios en la ocasión en que estos requieren la atención en salud.

Venta ilegal del carné

Es el problema menos reseñado por el conjunto de actores institucionales y sociales a los que se les aplicó la encuesta. También es la única práctica de violación de los derechos de los beneficiarios que es asociada estrictamente con un delito. Por ello reconforta la baja puntuación recibida, aunque el instrumento de la encuesta no es el más adecuado para detectarla. En efecto, en varias ocasiones, diferentes actores institucionales y sociales admitieron su existencia o dijeron haber oído de ella, pero se negaron a tomar la responsabilidad de inscribir el problema en la encuesta y menos desarrollar el conjunto de preguntas que le suceden a la constatación del problema. “El delito de la venta del carné no se denuncia”.

Los resultados anteriores son corroborados por la expansión de las respuestas de las DLS al universo de ellas, tal como se aprecia en la gráfica siguiente.

Tabla N° 1

ORDEN	DSS	DLS	ARS	IPS	Person	Asoc. De Usuarios
1	6. Múltiples afiliaciones	6. Múltiples afiliaciones	6. Múltiples afiliaciones	6. Múltiples afiliaciones	10. Deficiencias en la calidad del servicio	2. Selección de beneficiarios con criterios arbitrarios
2	5. Afiliación de personas no prioritarias	3. No selección de beneficiarios por núcleos familiares completos	3. No selección de beneficiarios por núcleos familiares completos	8. Tardanza entre afiliación y carnetización	6. Múltiples afiliaciones	1. Solicitudes de encuestas SISBEN no atendidas
3	10. Deficiencias en la calidad del servicio	8. Tardanza entre afiliación y carnetización	1. Solicitudes de encuestas SISBEN no atendidas	1. Solicitudes de encuestas SISBEN no atendidas	11. Deficiencias en la oportunidad de la atención	6. Múltiples afiliaciones
4	8. Tardanza entre afiliación y carnetización	12. Incumplimiento del POS subsidiado	17. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de adscribirse a otra ARS	3. No selección de beneficiarios por núcleos familiares completos	8. Tardanza entre afiliación y carnetización	11. Deficiencias en la oportunidad de la atención
5	11. Deficiencias en la oportunidad de la atención	1. Solicitudes de encuestas SISBEN no atendidas	2. Selección de beneficiarios con criterios arbitrarios	18. Engaño a los afiliados sobre beneficios adicionales al POS subsidiado	1. Solicitudes de encuestas SISBEN no atendidas	3. No selección de beneficiarios por núcleos familiares completos
6	12. Incumplimiento del POS subsidiado	10. Deficiencias en la calidad del servicio	10. Deficiencias en la calidad del servicio	7. Afiliación con selección adversa	2. Selección de beneficiarios con criterios arbitrarios	10. Deficiencias en la calidad del servicio
7	15. Engaño a los afiliados sobre la ARS a la que pertenecían	11. Deficiencias en la oportunidad de la atención	18. Engaño a los afiliados sobre beneficios adicionales al POS subsidiado	14. Otras Barreras al acceso a la prestación del servicio	3. No selección de beneficiarios por núcleos familiares completos	5. Afiliación de personas no prioritarias
8	4. Violación de la libertad de escogencia de la ARS por el beneficiario	15. Engaño a los afiliados sobre la ARS a la que pertenecían	11. Deficiencias en la oportunidad de la atención	12. Incumplimiento del POS subsidiado	5. Afiliación de personas no prioritarias	12. Incumplimiento del POS subsidiado
9	7. Afiliación con selección adversa	14. Otras Barreras al acceso a la prestación del servicio	15. Engaño a los afiliados sobre la ARS a la que pertenecían	16. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de mantener	12. Incumplimiento del POS subsidiado	19. Compromisos políticos a cambio de afiliación al sistema
10	14. Otras Barreras al acceso a la prestación del servicio	17. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de adscribirse a otra ARS	19. Compromisos políticos a cambio de afiliación al sistema	17. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de adscribirse a otra ARS	19. Compromisos políticos a cambio de afiliación al sistema	8. Tardanza entre afiliación y carnetización
11	17. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de adscribirse a otra ARS	16. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de mantener	4. Violación de la libertad de escogencia de la ARS por el beneficiario	9. Tardanza entre carnetización y atención al usuario	4. Violación de la libertad de escogencia de la ARS por el beneficiario	13. Cobros indebidos al usuario

ORDEN	DSS		DLS		ARS		IPS		Person		Asoc. De Usuarios	
12	16. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de mantener	10	2. Selección de beneficiarios con criterios arbitrarios	17	12. Incumplimiento del POS subsidiado	22	13. Cobros indebidos al usuario	17	14. Otras Barreras al acceso a la prestación del servicio	16	15. Engaño a los afiliados sobre la ARS a la que pertenecían	9
13	19. Compromisos políticos a cambio de afiliación al sistema	10	5. Afiliación de personas no prioritarias	16	16. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de mantener	22	15. Engaño a los afiliados sobre la ARS a la que pertenecían	15	7. Afiliación con selección adversa	15	20. Venta ilegal del carné	8
14	13. Cobros indebidos al usuario	94	18. Engaño a los afiliados sobre beneficios adicionales al POS subsidiado	14	13. Cobros indebidos al usuario	18	2. Selección de beneficiarios con criterios arbitrarios	0	13. Cobros indebidos al usuario	15	14. Otras Barreras al acceso a la prestación del servicio	7
15	18. Engaño a los afiliados sobre beneficios adicionales al POS subsidiado	9	9. Tardanza entre carnetización y atención al usuario	10	7. Afiliación con selección adversa	11	4. Violación de la libertad de escogencia de la ARS por el beneficiario	0	16. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de mantener	13	17. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de adscribirse a otra ARS	7
16	9. Tardanza entre carnetización y atención al usuario	8	19. Compromisos políticos a cambio de afiliación al sistema	10	8. Tardanza entre afiliación y carnetización	11	5. Afiliación de personas no prioritarias	0	17. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de adscribirse a otra ARS	12	7. Afiliación con selección adversa	5
17	20. Venta ilegal del carné	2	13. Cobros indebidos al usuario	8	14. Otras Barreras al acceso a la prestación del servicio	10	10. Deficiencias en la calidad del servicio	0	15. Engaño a los afiliados sobre la ARS a la que pertenecían	10	9. Tardanza entre carnetización y atención al usuario	5
18	1. Solicitudes de encuestas SISBEN no atendidas	0	20. Venta ilegal del carné	8	20. Venta ilegal del carné	9	11. Deficiencias en la oportunidad de la atención	0	18. Engaño a los afiliados sobre beneficios adicionales al POS subsidiado	9	4. Violación de la libertad de escogencia de la ARS por el beneficiario	4
19	2. Selección de beneficiarios con criterios arbitrarios	0	4. Violación de la libertad de escogencia de la ARS por el beneficiario	7	9. Tardanza entre carnetización y atención al usuario	1	19. Compromisos políticos a cambio de afiliación al sistema	0	9. Tardanza entre carnetización y atención al usuario	8	18. Engaño a los afiliados sobre beneficios adicionales al POS subsidiado	4
20	3. No selección de beneficiarios por núcleos familiares completos	0	7. Afiliación con selección adversa	6	5. Afiliación de personas no prioritarias	0	20. Venta ilegal del carné	0	20. Venta ilegal del carné	5	16. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de mantener	3

Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Por el contrario, la expansión de las respuestas de los personeros arrojan una información diferente en la que se destaca que para estos las deficiencias en la calidad del servicio es el principal problema, mientras que para los otros actores, según los personeros, este es el

tercer problema en importancia.

1.2.2 Problemas más importantes según el actor que responde

En este aparte se analizan los principales problemas que cada actor, independientemente considerado, señaló como los más frecuentes.

Para el conjunto de actores institucionales con responsabilidad legal en la implementación del régimen subsidiado en salud el principal problema son las *múltiples afiliaciones* de las que gozan algunos usuarios. Incluso para la personería y la asociación de usuarios las múltiples afiliaciones se encuentra entre los principales tres problemas por ellas señalados.

Un segundo problema significativo para los actores institucionales (DSS, DLS, IPS) son las *tardanzas entre afiliación y carnetización*, con excepción de las ARS, lo que se explica por ser éstas últimas las causantes del problema. Para las direcciones territoriales se explica por el riesgo de pagar por unas personas que no son atendidas y para los hospitales porque reciben la presión de los afiliados, incurriendo en la prestación de servicios no cubiertos por los contratos del régimen subsidiado, sino por las fuentes de los recursos de oferta.

La *deficiencias en la calidad del servicio* son de primera importancia para las direcciones seccionales y los personeros y el sexto problema más importante para las direcciones locales, las ARS y las asociaciones de usuarios. Existe entonces una preocupación generalizada de los actores institucionales y sociales respecto de la calidad del servicio prestado por las IPS, mientras estas últimas niegan la importancia del problema. Si para las direcciones locales y las asociaciones de usuarios las deficiencias en la calidad del servicio no son el principal problema se debe al hecho de que reciben cotidianamente una mayor presión de los pobres por acceder al régimen subsidiado que de los que están adentro por la calidad de los servicios recibidos.

Esta hipótesis es reforzada por cuanto los tres principales problemas detectados por las asociaciones de usuarios refieren a los problemas de acceso de los beneficiarios al sistema.

La *no aplicación de encuestas Sisben* es un problema importante para todos los actores institucionales y sociales del municipio, en cambio es poco relevante a nivel departamental, el cual parece desentenderse de esta responsabilidad principalmente percibida por el nivel local.

La *afiliación de personas no prioritarias* preocupa exclusivamente de manera importante a las Direcciones seccionales. A las ARS e IPS no les preocupa porque para ellas es indiferente el estrato de las personas afiliadas en el cumplimiento de sus funciones en el sistema, siempre y cuando les reconozcan, a las primeras los afiliados y, a las segundas los recursos por la prestación de los servicios. Para la dirección local es un problema poco relevante lo que

podría explicarse por dos razones. Primera, porque la ley es ambigua respecto de la población prioritaria a afiliar. Segunda, porque le permite un margen de maniobra político según las circunstancias.

1.2.3 Conjuntos de problemas detectados por el sistema de IVC

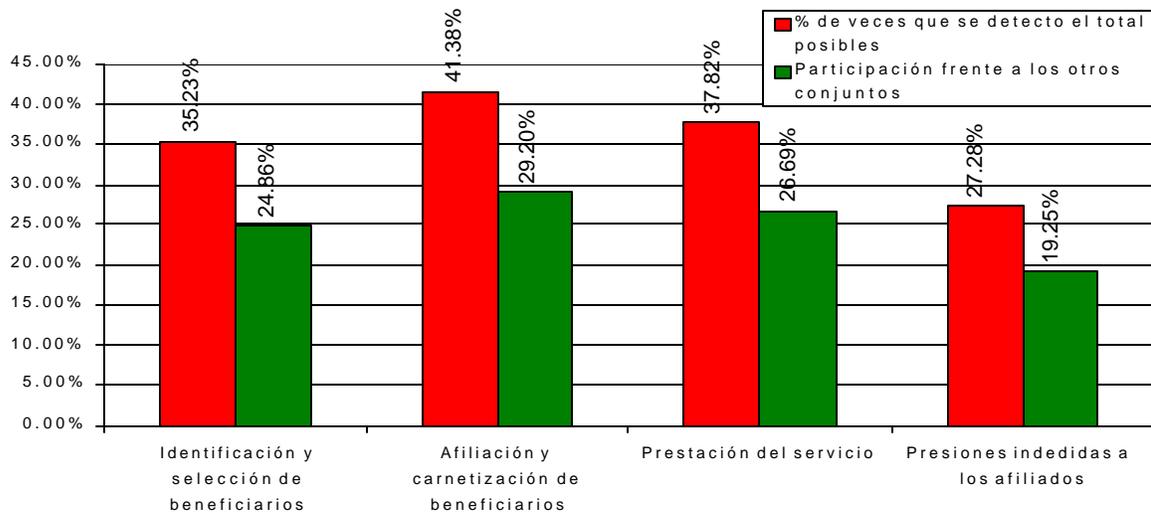
La información sobre los problemas de violación de derechos de los beneficiarios del régimen subsidiado en salud se capturó en cuatro grandes temas. El orden en que estos fueron señalados como más frecuentes por parte de los actores institucionales y sociales que respondieron a la encuesta, es el siguiente:

- Problemas en cuanto a la *afiliación y carnetización de beneficiarios*, el cual contiene los siguientes problemas específicos:
 - Afiliación de personas no prioritarias
 - Múltiples afiliaciones
 - Afiliación con selección adversa
 - Tardanza entre afiliación y carnetización
 - Tardanza entre carnetización y atención al usuario
- Problemas en la *prestación de servicios a los beneficiarios*, el cual contiene los siguientes problemas específicos:
 - Deficiencias en la calidad del servicio
 - Deficiencias en la oportunidad del servicio
 - Incumplimiento del pos subsidiado
 - Cobros indebidos al usuario
 - Otras barreras al acceso a la prestación del servicio
- Problemas en la identificación y selección de beneficiarios, el cual contiene los siguientes problemas específicos:
 - Solicitud de encuestas Sisben no atendidas
 - Selección de beneficiarios con criterios arbitrarios
 - No selección de beneficiarios por núcleos familiares completos
 - Violación de la libertad de escogencia de la ARS por el beneficiario
- Problemas en cuanto a *presiones indebidas a los afiliados*, el cual contiene los siguientes problemas específicos:
 - Engaño a los afiliados sobre la ARS a la que pertenecían
 - Engaño a los afiliados sobre la necesidad de mantener obligatoriamente la afiliación a una ARS determinada
 - Engaño a los afiliados sobre la necesidad de adscribirse a otra ARS
 - Engaño a los afiliados sobre beneficios adicionales al pos subsidiado, en el momento de la afiliación que no se reciben posteriormente
 - Compromisos políticos a cambio de la afiliación al sistema
 - Venta ilegal del carné

Como se puede apreciar en la gráfica, la diferencia entre la cantidad de veces que se responde a los primeros tres conjuntos de problemas no es muy significativa, mientras que el cuarto conjunto de problemas se separa de los anteriores, aunque no es desdeñable puesto que representa el 19% del total de los subconjuntos de problemas.

Gráfico 2.

Frecuencia y participación de los conjuntos de problemas



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Llama la atención el hecho que el promedio de ocurrencia de problemas dentro de cada subconjunto es alto, siendo los problemas de afiliación y carnetización el mayor con un promedio de 41% y el menor, las presiones indebidas a los afiliados con un promedio de 27%.

En términos generales se puede comentar que existen problemas en todos los ámbitos. Sin embargo, los dos conjuntos de problemas referidos al acceso de los beneficiarios en el sistema constituyen el 54% del total y por lo tanto, indican una mayor falencia en cuanto al acceso de las personas al sistema frente a los dos conjuntos de problemas que se presentan una vez el beneficiario ya es usuario del régimen subsidiado en salud.

Por último advertimos al lector sobre lo que puede ser una falencia de la encuesta para detectar las presiones indebidas a los afiliados por parte de las ARS y DLS, debido a que la redacción de los problemas califican el acto como engaño. De tal manera las personas que respondieron pudieron sentirse intimidadas en señalar un acto aparejado con el delito.

Para las DLS, una vez expandida sus respuestas al universo de ellas, el conjunto de problemas de identificación y selección de beneficiarios es el que más se detecta, mientras que los problemas de prestación de servicios y de presiones indebidas a los afiliados

conservan su lugar de importancia, tal y como es para el conjunto de actores que respondieron a la encuesta.

La extensión de las respuestas de los personeros indica para ellos el conjunto de problemas de mayor incidencia son los relacionados con la prestación del servicio, a diferencia de las respuestas de los otros actores entrevistados.

1.2.4 Actores institucionales y sociales que más detectan problemas

Dos actores pueden detectar los problemas de violación de los derechos de los beneficiarios: los institucionales y los sociales.

Entre los actores institucionales se indagó por los siguientes:

- La Superintendencia de Salud
- El Ministerio de Salud
- La procuraduría
- La contraloría
- La personaría
- El control interno
- La interventoría externa
- La dirección local de salud
- La dirección seccional de salud
- Las ARS
- Las IPS

Los tres actores institucionales que más detectan los problemas que entran al sistema de inspección, vigilancia y control son: las Direcciones Locales de Salud, seguidas de las personerías y las ARS.

Este resultado nos indica que conforme a como fue concebido el régimen subsidiado en salud, las direcciones locales cumplen la principal función de control y garantía de los derechos de los afiliados. De la misma manera, se conforta la propuesta de aquellos que piensan que la principal función de las direcciones territoriales de salud, además de coordinar el régimen subsidiado en su jurisdicción, debe ser el seguimiento y control al conjunto de actores públicos y privados que intervienen en él. En particular, debe señalarse que la mayoría de actores que respondieron la encuesta (entre ellos: ARS, IPS, personeros, veedores, etc), reconocen en las direcciones locales, la función de recibir las quejas por violación de los derechos fundamentales de los beneficiarios.

En segundo lugar, las personerías municipales cumplen un importante papel de receptores de quejas y denuncias sobre los problemas que padecen los beneficiarios.

En tercer lugar, las ARS fueron reconocidas por su capacidad de detectar los problemas relacionados con los derechos de los beneficiarios. Por ley les corresponde y al parecer para ciertos problemas así está ocurriendo.

Por otra parte, llama la atención la total ausencia de reconocimiento de cualquier función a la Superintendencia y el Ministerio de Salud en la detección de los problemas en el nivel departamental y municipal. Claro está que los actores a los que se les aplicó la encuesta pertenecen a los niveles locales. Sin embargo, no deja de ser sintomático que los actores locales se reconozcan solamente a ellos mismos en la detección de los problemas.

Esta situación apoya las propuestas de aquellos que opinan que se debe descentralizar de manera más amplia las funciones de control en el régimen subsidiado en salud, incluyendo, para algunos, a la superintendencia o sus funciones.

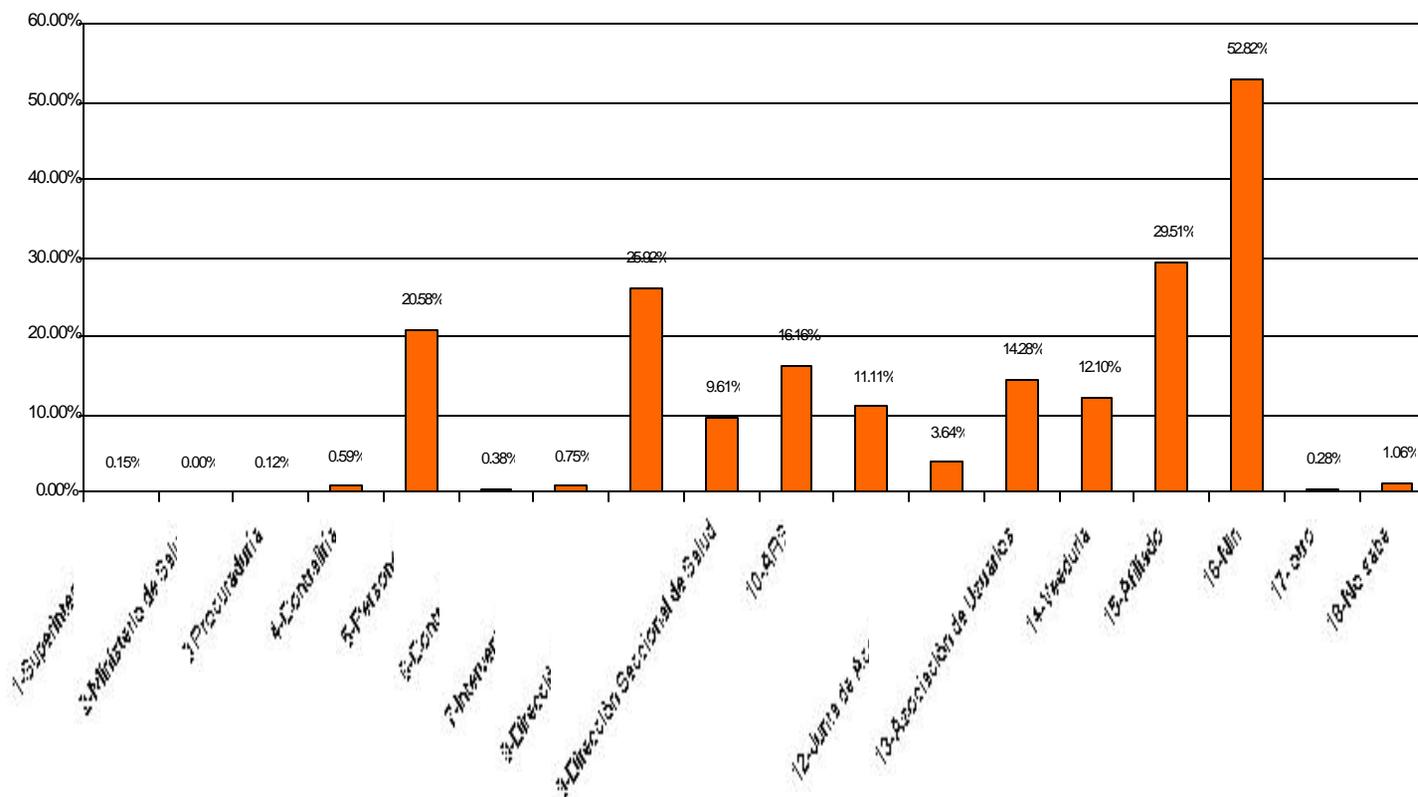
En cuanto a los actores sociales se indagó por los siguientes:

- Las Juntas de Acción Comunal
- Las Asociaciones de Usuarios
- Las veedurías
- Los afiliados



Gráfico 3.

Actores institucionales y sociales que más detectan problemas



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Dos son los actores sociales que más detectan problemas: los afiliados y las asociaciones de usuarios. Varias conclusiones se desprenden de estos datos:

Es mayor la apropiación del derecho y la efectividad para su defensa por parte de los beneficiarios directos del sistema y sus asociaciones, que por parte de las veedurías institucionales o la forma de organización social más importante en los municipios, las Juntas de Acción Comunal. Esto podría significar que los usuarios creen más en sus propias capacidades, o lo que es lo mismo, creen menos en los mecanismos institucionales de veeduría y las organizaciones sociales tradicionales.

El significativo reconocimiento a la función del afiliado en la detección y denuncia de los problemas que lo aquejan indica un proceso de apropiación de derechos por parte de los usuarios⁴. Debe llamarse la atención sobre la mayor efectividad que el mecanismo de la queja, trámite o denuncia *individual* -en casos de violación de derechos- tiene respecto del mecanismo *colectivo* (el doble respecto de las asociaciones de usuarios) o institucional (un poco más del doble respecto de las veedurías). Difícilmente podría ser de otra manera, debido a que el derecho al aseguramiento es individual y no colectivo o comunitario. Por lo cual en sus inicios, el sistema incentiva más la defensa individual de derechos que la agremiación de los usuarios para este u otros fines.

Sin embargo, teniendo en cuenta que pocas son las asociaciones de usuarios existentes, el resultado indica sus claras ventajas en la detección de las violaciones a los derechos de los afiliados.

Una política más agresiva de estímulo a la agremiación de los afiliados de manera independiente de toda entidad pública o privada, es decir, no subordinada ni a la voluntad de las direcciones locales, las ARS o los hospitales, es un mecanismo promisorio para hacer respetar los derechos de los afiliados. Si bien, el derecho a la afiliación es por núcleo familiar e individual y las personas cumplen el papel más importante en la detección de anomalías, la agremiación de afiliados tiene la ventaja de fortalecer las capacidades de denuncia, trámite, gestión de soluciones y una eventual representación de beneficiarios en las políticas de salud local que les competen.

Advertimos al lector sobre el significado de la barra de respuesta: Ninguno. Esta quiere decir que el entrevistado reconoció en el 52% de los casos, exclusivamente a un actor institucional o social en la detección de los problemas y decidió no reconocer, como podía hacerlo, dos actores para cada problema detectado, uno institucional y otro social.

La respuesta de las DLS, una vez expandida la muestra a su universo, coincide en señalar la ausencia de las entidades nacionales (Superintendencia y Ministerio de Salud), así como de las instituciones de control (Procuraduría y Contraloría) en la detección de problemas. De la misma manera, se confirma a las DLS, los afiliados y las personería como los actores, en su orden, más dinámicos en la detección de problemas en general.

⁴ Ningún afiliado individual fue entrevistado en este tema. No obstante, como un aporte extracontractual, el equipo de la Universidad Nacional aplicó una encuesta a los hogares cuyos resultados apoyan esta conclusión.

La expansión de las respuestas de los personeros coincide en parte con las respuestas del conjunto de actores y con la expansión de las DLS, con la salvedad que los personeros se auto reconocen como el actor que más detecta problemas en general. Los personeros consideran aliados de primer orden respecto a sus prioridades (que son los problemas de calidad y oportunidad en la prestación del servicio) a los afiliados y las ARS, mientras que las DLS son relevados a un cuarto lugar por no tener estos problemas dentro de sus prioridades.

1.2.5 Actores institucionales y sociales que más detectan los problemas más frecuentes

En este aparte se consideran los principales cuatro problemas de violación de los derechos de las personas: múltiples afiliaciones, tardanza entre afiliación y carnetización, deficiencias en la calidad del servicio y deficiencias en la oportunidad de la atención.

Respecto de ellos se analiza la contribución que cada actor principal tiene en la detección de estos problemas⁵.

Cuatro comentarios organizan la presentación de los resultados. Primero, una consideración sobre los actores más dinámicos en la detección de los principales problemas. Segundo, una comparación general entre las prioridades de detección de problemas por los actores sociales e institucionales. Tercero, el orden de contribución de los actores institucionales y sociales en la detección de los principales problemas. Cuarto, un comentario sobre el significado de la barra de respuesta: Ninguno.

Primero, los afiliados seguidos por las direcciones locales son los actores que más detectan los problemas más frecuentes. Importa señalar la importancia que los beneficiarios individuales tienen en la defensa de sus propios derechos por encima de todos los demás actores institucionales y las organizaciones sociales. También, se manifiesta el lugar central que las direcciones locales tienen en la detección de las principales violaciones a los derechos fundamentales.

Segundo, mientras que para los actores sociales (afiliados y asociación de usuarios) y aquellos que legalmente deben defender los derechos de los ciudadanos ante la administración pública (personeros) y para las ARS los problemas de calidad y oportunidad del servicio son detectados con mayor frecuencia, para la dirección local y las IPS los problemas de acceso son prioritarios.

Este resultado tiene la mayor importancia porque alerta sobre prioridades diferentes entre actores sociales e institucionales en cuanto a la detección de problemas. La reforma al régimen subsidiado en salud debe ser consecuente con este resultado dotando de mayor poder de información, sistematización y capacidad de gestión a los actores sociales respecto

⁵ Los datos presentados refieren a la contribución de cada actor en la captura de los principales problemas, es decir, un porcentaje dentro del cien por ciento de cada problema. El lector debe advertir que estas cifras son diferentes al orden y porcentaje de problemas capturados por cada actor respecto de la totalidad de problemas por él capturado, lo cual es tratado en el capítulo 5 de este texto.

de los problemas de calidad y oportunidad de los servicios, a la vez que debe generar mecanismos de evaluación, sanción y estímulo a los actores institucionales locales para detectar las fallas en la calidad y oportunidad de los servicios. En particular es necesario tender puentes más efectivos entre los afiliados -como principal agente que detecta problemas en general y en particular de calidad y oportunidad en la prestación de servicios- con los actores institucionales encargados de tramitar la solución de las falencias.

Es particularmente alarmante, aun cuando explicable, que las IPS tiendan a desestimar, en la práctica, la existencia de falencias en la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios prestados dentro del régimen subsidiado en salud. Lo cual, no sobra señalar, contribuye a disminuir de manera importante el peso que estos problemas tienen respecto de otros cuando se realiza la agregación de las frecuencias de problemas por el conjunto de actores; en otras palabras, distorsiona, estadísticamente, el peso real de estos problemas. Por el contrario, es confortante que para las direcciones departamentales y las ARS estos sean problemas importantes, aunque contribuyan de menor manera a su detección respecto de otros actores del orden local.

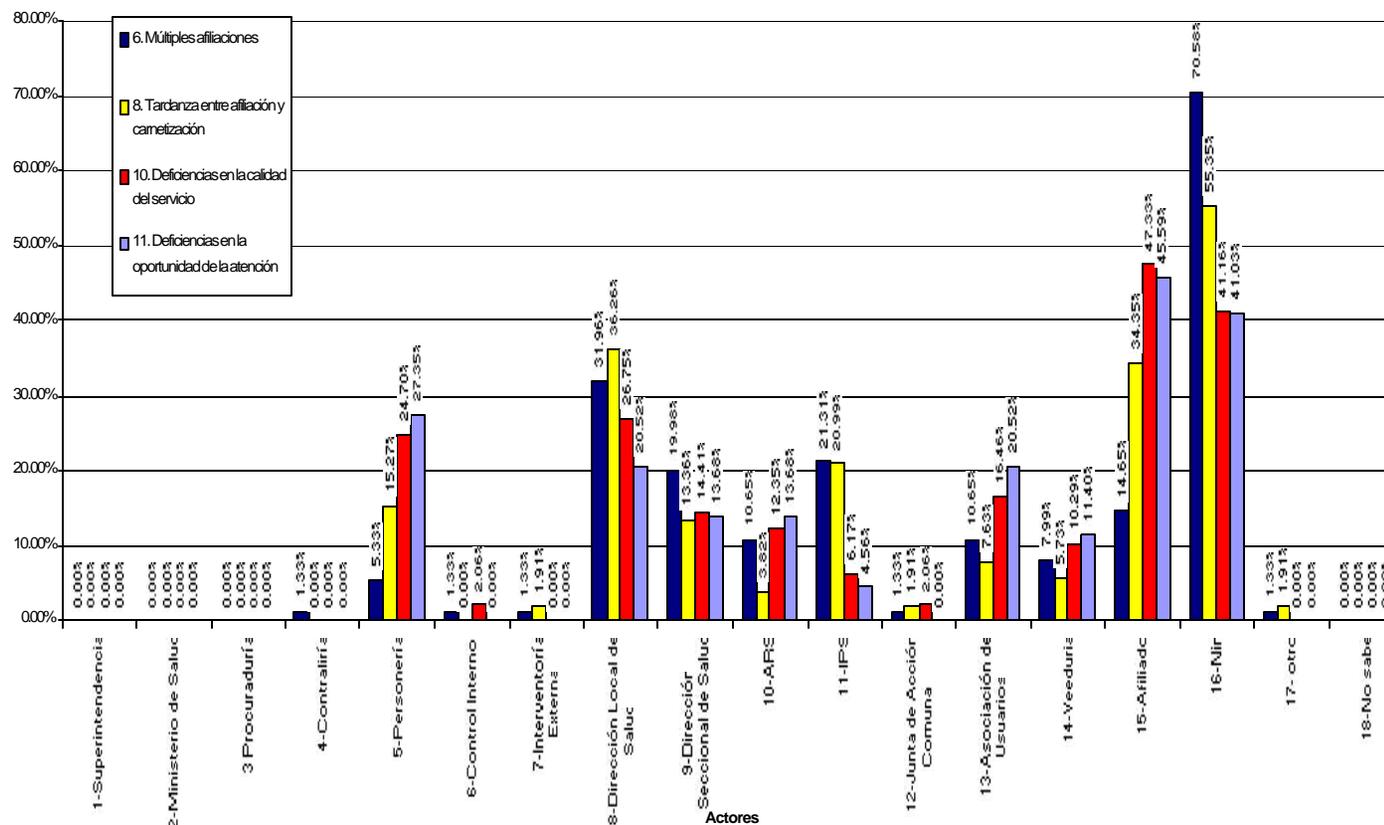
Tercero, las direcciones locales contribuyen más que cualquier otro actor institucional o social a detectar los dos problemas referidos al acceso de beneficiarios al sistema. Esto podría explicarse por los inconvenientes que para ella tienen las presiones recibidas por los usuarios y por el desembolso de recursos injustificados. Por otro lado, importante es su contribución a la detección de los problemas en la prestación de servicios, muy por encima de las direcciones departamentales, ARS e IPS. Este resultado demuestra un reconocimiento de los diferentes actores a la función rectora de las direcciones locales en el control de estos problemas causados por las IPS y en parte por las ARS que las contratan. Ahora bien, si las direcciones locales contribuyen de mayor manera a detectar problemas de acceso al sistema más que de prestación de servicios es porque sus propias prerrogativas están comprometidas. Es decir, sus recursos, políticas y legitimidad; como también, la capacidad misma de construir un poder territorial rector sobre las entidades públicas y privadas del sistema y sobre los usuarios, organizaciones y ciudadanos en general. Esto en la medida en que la extensión o restricciones al acceso determinan la contratación con las ARS y las IPS y el número de beneficiarios cubiertos por la política regida por la dirección local. En cambio, los problemas en la prestación de servicios refieren a los derechos de otros, en este caso de los usuarios del régimen subsidiado, de cuyo respeto depende en parte la legitimidad social e institucional de las direcciones locales.

Las direcciones departamentales contribuyen principalmente a la detección de las múltiples afiliaciones, quizás por las presiones que las entidades nacionales ejercen sobre las direcciones rectoras del sistema a nivel territorial, en mayor medida que aquellas recibidas respecto de los otros problemas. También, porque la dirección departamental tiene mayor facilidad de detectar mediante mecanismos técnicos este problema, que a diferencia de los otros, no le obliga una oportuna y eficiente presencia en los municipios.



Gráfico 4.

Actores institucionales y sociales que detectan los principales problemas



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Las ARS contribuyen más a detectar problemas en la prestación del servicio que de acceso al sistema porque reciben presión de los afiliados respecto de la calidad y oportunidad de los servicios prestados por las entidades por ellas contratadas. Si poco contribuyen a detectar los problemas referidos a la tardanza entre afiliación y carnetización es porque están directa e indelegablemente comprometidas en esta violación de derechos de los beneficiarios. Por el contrario, contribuyen en mayor medida a detectar problemas en la atención porque no se sienten responsables en aquellos casos en que tales problemas se originan en las carencias en la estructura de oferta de servicios, por dispersión geográfica. En la actualidad contribuyen a detectar las múltiples afiliaciones posiblemente por el interés de evitar la pérdida de usuarios en favor de otras ARS, mientras que en el pasado usufructuaron beneficios económicos de esta situación.

Las IPS contribuyen mucho más a detectar problemas de acceso de beneficiarios al sistema más que problemas en la prestación de servicios. Los problemas de acceso son priorizados porque las IPS son las entidades que reciben mayor presión directa de los potenciales y activos beneficiarios por acceso a los servicios. En particular, las múltiples afiliaciones y la tardanza entre afiliación y carnetización las obligan a suplantar los giros al régimen subsidiado por los recursos de oferta para atender, en el primer caso, potenciales afiliados excluidos por las múltiples afiliaciones y, en el segundo, las personas cuyo trámite de carnetización no ha sido llevado a cabo. Lo anterior, agrava el problema financiero de las IPS. Los problemas de prestación de servicios son muy escasamente detectados porque ellas son las primeras causantes de estas violaciones a los derechos fundamentales y por lo tanto tienden a despreciarlos.

Lo anterior reitera una verdad sabida pero que se tiene poco en cuenta a la hora de legislar o reglamentar: “cada uno habla de la fiesta según como le vaya en ella”, es decir, cada actor institucional detecta los problemas del régimen subsidiado en salud que más le afectan para bien o para mal. Por lo cual, toda reforma debe partir, no desde un deber ser abstracto, sino de los intereses que cada actor tiene en el sistema, para, de tal forma, construir un sistema de promoción de los intereses considerados válidos por una parte y por otra, promocionar contrapoderes, controles o mecanismos supletorios respecto de los derechos y funciones que quedan desguarnecidos.

En cuanto a los actores sociales, todos, invariablemente, contribuyen de manera prioritaria a la detección de los problemas de calidad y oportunidad en la prestación de los servicios. Esto basta para afirmar que el principal problema de legitimidad social del sistema reside en esta falla. De igual manera, contribuyen a detectar las múltiples afiliaciones y la tardanza en la carnetización. Los afiliados, detectan en mayor medida la tardanza en la carnetización porque ella le inhibe directamente sus derechos y las asociaciones de usuarios, las múltiples afiliaciones porque un mayor número de afiliados acrecienta el poder de representación de la asociación. Este dato nos enseña además, que los actores sociales están interesados no solo en los derechos de los que ya tienen derecho, si no también en la ampliación del servicio a sus familias.

Cuarto, la barra de respuesta: Ninguno, es muy relevante en cada uno de los problemas. Significa la ignorancia del entrevistado, es decir que existe un desconocimiento absoluto sobre lo que se le pregunta, lo cual tiene dos explicaciones. Una alta rotación de los funcionarios responsables del régimen subsidiado en salud que interrumpe el

conocimiento institucional y una ruptura en el circuito de información sobre la violación de los derechos de los beneficiarios. En ambos casos el problema es grave. Sin estabilidad de los administradores públicos difícilmente las instituciones guardan memoria de los problemas de violación de los derechos de las personas, o lo que es lo mismo, se propicia la repetición de la ocurrencia de los mismos. También refleja el aislamiento de cada funcionario que se encuentra ensimismado en su función y rutina burocrática por lo que carece de conocimiento y capacidad de gestión sobre las cadenas institucionales que podrían tramitar desde la detección hasta la resolución de problemas.

La barra de respuesta: Ninguna, también significa que el entrevistado reconoció exclusivamente a un actor institucional o social en la detección de los problemas y decidió no reconocer, como podía hacerlo, dos actores para cada problema detectado, uno institucional y otro social.

La expansión de las respuestas de las DLS y de los personeros coinciden en señalar que los actores nacionales (Superintendencia y Ministerio de Salud) y los actores institucionales de control (Procuraduría y Contraloría) tienen una contribución nula en la detección de problemas.

Las DLS consideran, al igual que el conjunto de actores, que ella es la entidad que más detecta problemas, seguida por los afiliados y los personeros, mientras que estos últimos se valoran a sí mismos como los más dinámicos en la detección de problemas.

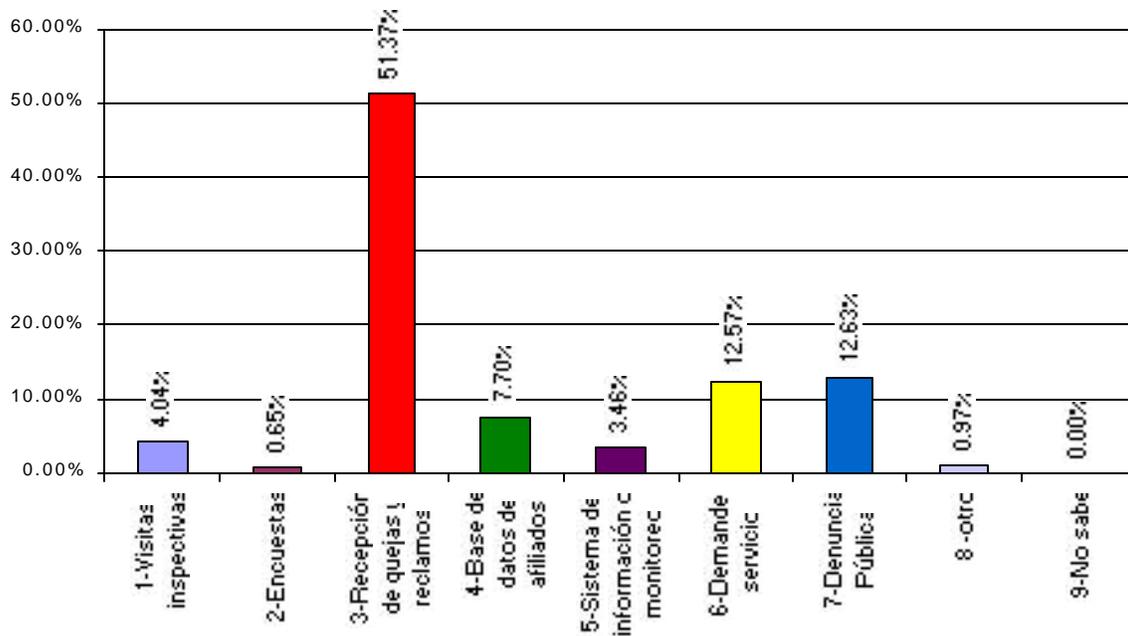
1.2.6 Mecanismos de detección de problemas

De lejos el mecanismo de detección de problemas más eficiente es la recepción de quejas y reclamos, puesto que el solo explica la captura de la mitad de los problemas que entran al sistema. Le siguen las presiones que el usuario hace en el momento de demandar el servicio y las denuncias públicas. Los tres son recursos legales pero informales. Una lectura positiva de este dato nos indica la apropiación de derechos por parte de los afiliados y sus organizaciones, así como de aquellas entidades públicas y privadas interesadas en la promoción de los derechos de los pobres en el régimen subsidiado en salud.



Gráfico 5.

Mecanismo de detección del problema



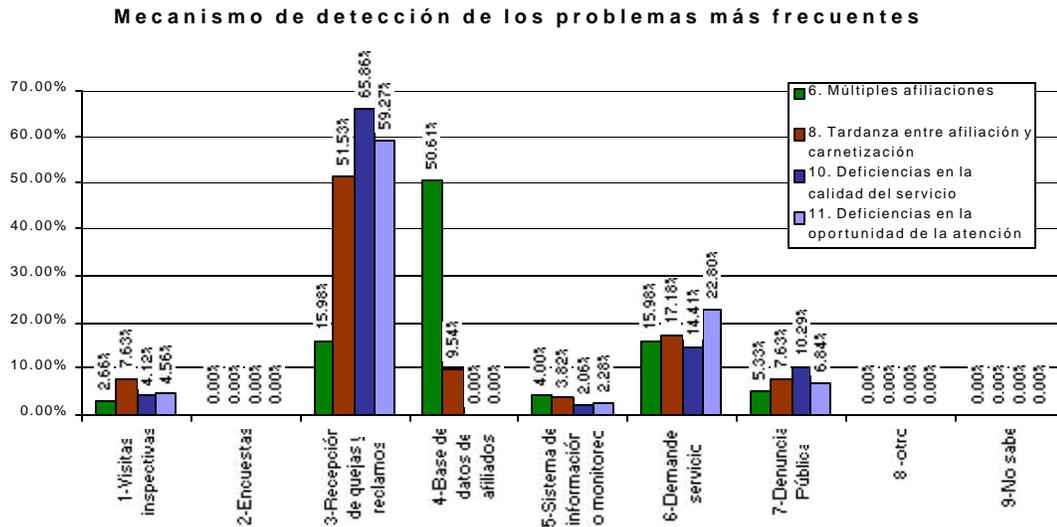
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Una lectura crítica nos alerta sobre la precariedad de las encuestas (0,65%), los sistemas de información y monitoreo (3,46%), las visitas inspectivas (4,04%) y las bases de datos de afiliados (7,7%) en la detección de problemas, que contribuyen solamente con un 15,85%. En los municipios las condiciones técnicas para detectar problemas son precarias, por lo cual impera el uso de mecanismos informales como las denuncias públicas (12,63%), la demanda del servicio (12,57%) y las quejas y los reclamos (51,37%), los cuales constituyen el 76,57% de los medios de captación de problemas.

Con seguridad, no existen ni en las ARS, IPS y direcciones locales y departamentales un archivo que registre y sistematice los problemas capturados y eventualmente tramitados por vías informales. Por esto mismo, muy escaso debe ser el conocimiento que el Ministerio y la Superintendencia de Salud tienen sobre la cuantía, frecuencia, gravedad, causas, mecanismos de captura, trámite y resolución de los problemas de violación de derechos de los beneficiarios en el nivel local. Las labores de dirección del sistema y de control central de sus agentes territoriales se ve entonces seriamente menguada.

Por lo tanto, la evaluación del sistema de inspección, vigilancia y control arroja mayor información sobre la violación de los derechos de los ciudadanos a través del modelo de evaluación propuesto, más que por el uso de los archivos sistematizados, la evaluación de la eficiencia de los requisitos procedimentales y la contrastación entre lo normado y lo aplicado.

Gráfico 6.



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Sin embargo, las múltiples afiliaciones, que son el problema más frecuente, se detecta de manera prioritaria mediante bases de datos (50,06% de las veces) tal y como debe ser de manera rutinaria y automática. Aunque alto este resultado no es bueno, las múltiples afiliaciones debieran capturarse de manera completa e inmediata mediante instrumentos técnicos y resolverse de manera expedita por las mismas vías.

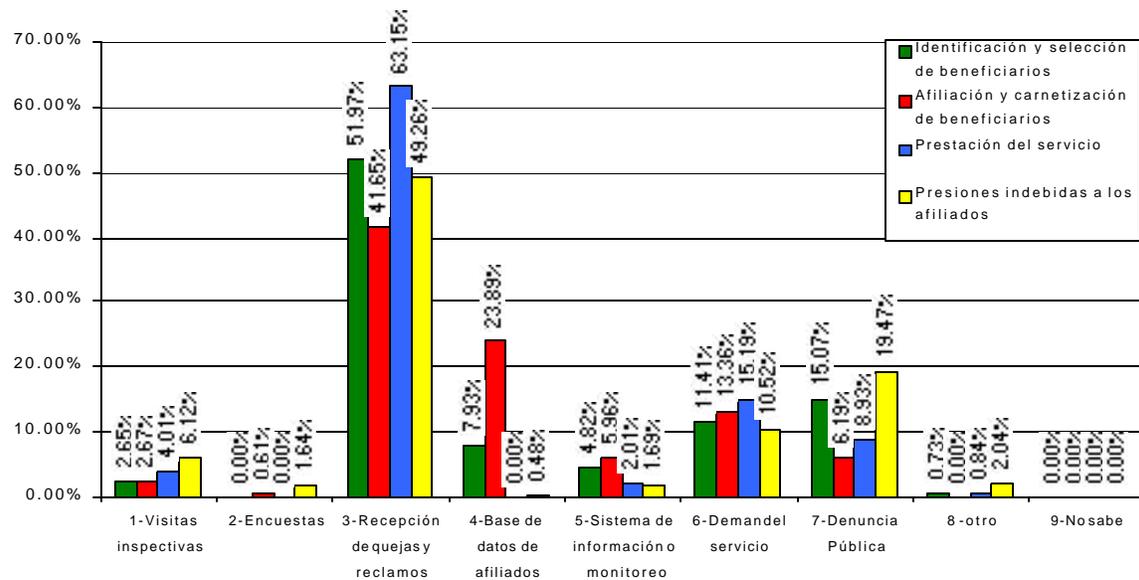
Los otros tres problemas más frecuentes: la tardanza entre afiliación y carnetización, las deficiencias en la calidad de los servicios y las deficiencias en la oportunidad de la atención, sin variación, se detectan mayoritariamente mediante la recepción de quejas y reclamos.

De la misma manera, la gráfica sobre mecanismos de detección de los conjuntos de problemas, señala invariablemente y con porcentajes muy altos, a la recepción de quejas y reclamos como el más efectivo y frecuente modo de captura de los problemas por el sistema de inspección, vigilancia y control.

Llamamos la atención del lector sobre una consecuencia muy importante de lo anterior. Las estadísticas de respuesta sobre los actores institucionales y sociales que más detectan problemas de violación de derechos señalan a las direcciones locales y los afiliados como los más eficaces (1.2.4). Si tenemos en cuenta que las quejas y reclamos, las demandas del servicio y las denuncias públicas son realizadas fundamentalmente por los usuarios, entonces son estos los que más aportan información al sistema de vigilancia. Las instituciones entrevistadas no siempre reconocieron este hecho que aquí aparece de manera transparente, quizás por el interés de valorarse a sí mismos o a un socio contractual y político en esta materia.

Gráfico 7.

Mecanismos de detección por conjunto de problemas



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

La Universidad Nacional recomienda adoptar tres correctivos:

Primero, emprender un gran esfuerzo de sistematización, -con bases en datos y con indicadores de desempeño-, de la frecuencia y gravedad de los problemas capturados mediante las quejas y reclamos y los otros mecanismos informales. Esta información sumada a las bases de datos técnicos que ya existen, conformarían la principal fuente de información objetiva con base en la cual se evalúen los actores del sistema y se formulen los correctivos a tomar.

Segundo, incorporar a los beneficiarios, sus organizaciones y representantes en la administración pública, en ejercicios de evaluación del desempeño de los agentes del sistema, particularmente en cuanto a la violación de derechos se refiere.

Tercero, utilizar la base de datos sobre violación de derechos y la evaluación participativa, como ingredientes de presión pública, de evaluación del desempeño del régimen subsidiado y sus agentes y, como información imprescindible para la introducción de ajustes normativos y de procedimiento en todos los niveles territoriales.

La expansión de las respuestas de las DLS y de los personeros confirman los resultados anteriores.

1.2.7 Niveles territoriales en los que se detectan y a los que se le transfieren los problemas

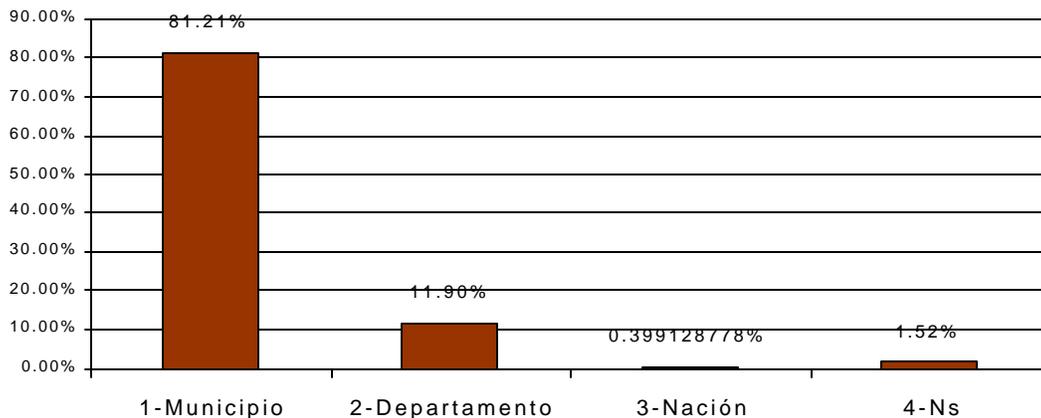


En todos los casos, el nivel territorial en el que más se detectan problemas, así como el problema más frecuente y los cuatro conjuntos de problemas es el nivel municipal.

Es normal y conveniente que así sea. Estos datos confirman el grado de municipalización efectiva alcanzado en cuanto a la detección (entrada) de problemas al sistema de inspección, vigilancia y control.

Gráfico 8.

Nivel territorial que más detecta problemas



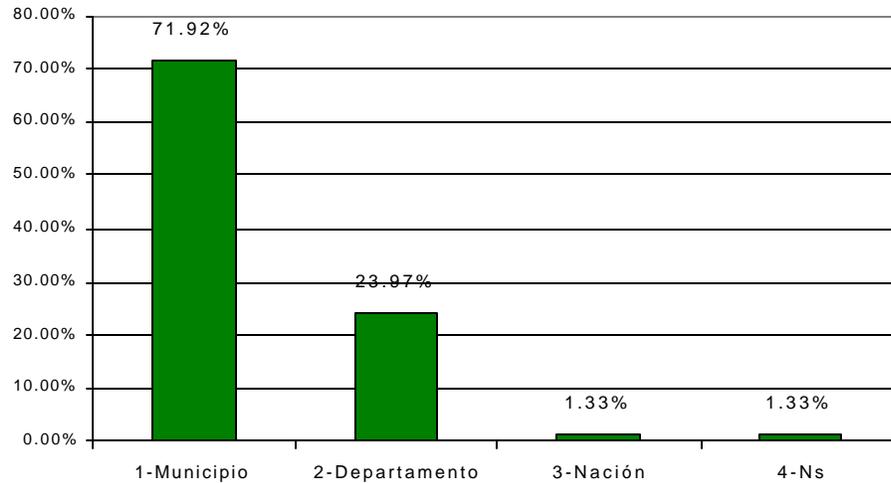
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Por otra parte, es significativa la poca importancia del nivel departamental y la insignificante incidencia de la nación en la detección de las violaciones a los derechos de los usuarios del régimen subsidiado en salud. La contundencia de este resultado llama la atención sobre la necesidad de clarificar la normatividad y los instrumentos de política vigentes para fortalecer el papel del municipio en las funciones de inspección, vigilancia y control.

Los problemas detectados, en su mayoría por el nivel municipal, no se transfieren masivamente al departamento o a la nación para su trámite y solución. Estos datos podrían significar que para los actores públicos y privados que respondieron a la encuesta el municipio puede y debe resolver las violaciones a los derechos fundamentales de los usuarios del régimen subsidiado.

Gráfico 9.

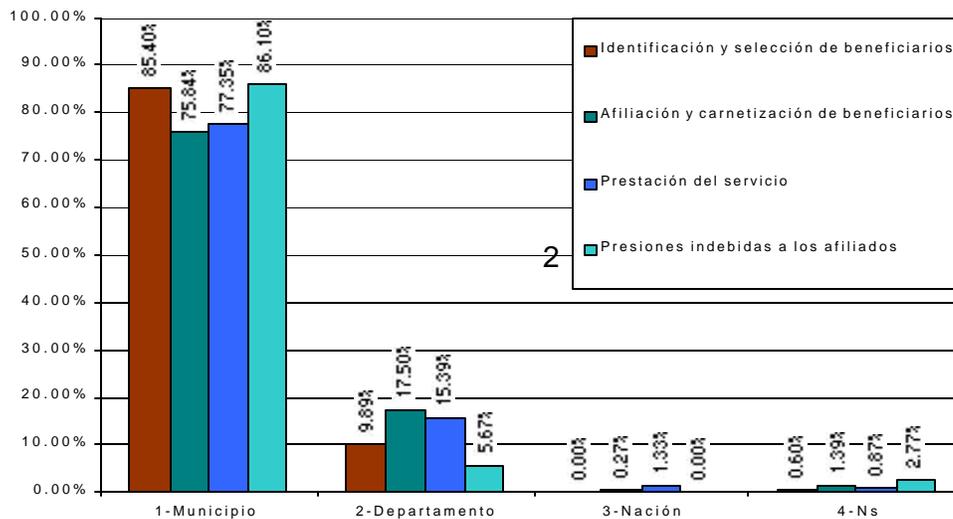
Nivel territorial que más detecta el problema que más aparece (múltiples afiliaciones)



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico N°10.

Nivel territorial que más detecta, por conjuntos de problemas



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

De manera no contradictoria con la hipótesis anterior, pueden significar que en el municipio existe desconfianza en remitir el trámite del control a niveles territoriales superiores. Existe un miedo a la tramitología, a las demoras y a la formalización de las soluciones. Se

prefiere utilizar mecanismos más directos e informales para solucionar los problemas en el nivel local.

Esta observación general no anula el hecho significativo de la remisión de problemas al departamento y la nación, los cuales son receptores de un mayor número de problemas respecto al monto por ellos detectado.

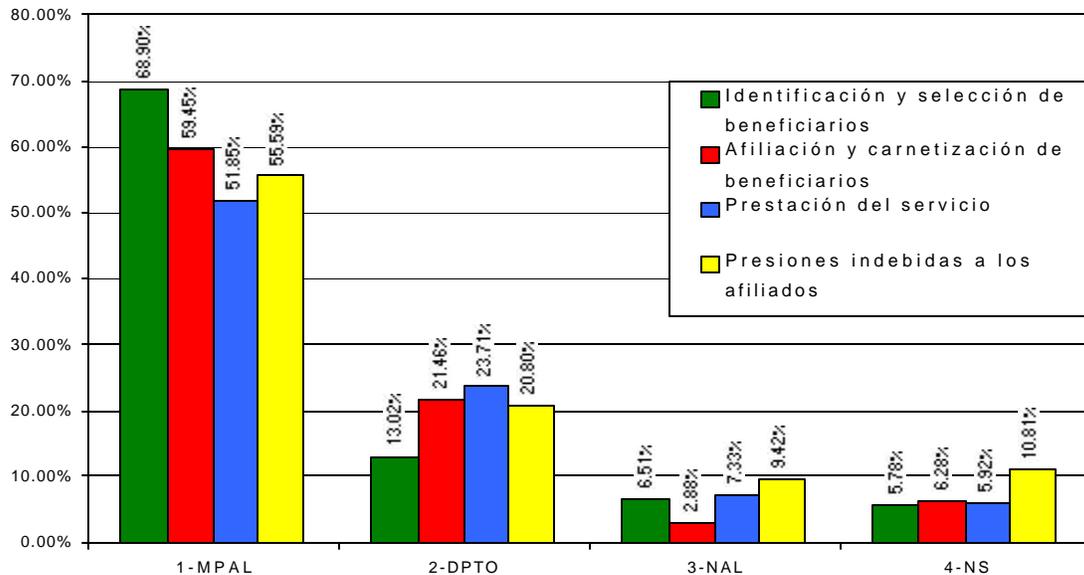
Al departamento se le transfieren casi dos veces más problemas que los que él detecta. Las múltiples afiliaciones le son remitidas un 13% más de la cantidad que el departamento detecta. El conjunto de problemas referido a la afiliación y carnetización de beneficiarios se le transfiere un 22,62% más de lo que él ayudó a detectar, los problemas referidos a la identificación y selección de beneficiarios se le transfieren 31,54% veces más, las fallas en la prestación del servicio un 54,06% más y las presiones indebidas sobre los beneficiarios un 266% más que lo que detectó.

La nación, como ya se indicó, es prácticamente insignificante en la detección de problemas, pero es sujeto de transferencia de alguno de ellos, entre los cuales los más significativos son los conjuntos de problemas referidos a las presiones indebidas a los beneficiarios y la prestación del servicio.

De lo anterior se concluye que si bien el municipio es el ámbito territorial en el que se detectan la mayoría de problemas, el departamento y la nación lo apoyan en el trámite y búsqueda de solución de alguno de ellos. ¿Cómo evaluar el porcentaje de estas remisiones, como suficientes o escasos? Todo depende del punto de partida y de los objetivos de política. Consideramos conveniente y normal que el municipio sea la entidad que detecte y resuelva la mayoría de los problemas. Pero también es necesario el apoyo del departamento y la nación en la captura y solución de las violaciones a los derechos de las personas. Esto porque una cosa es la municipalización del sistema de inspección, vigilancia y control. Otra, bien distinta, es el funcionamiento descentralizado del sistema. La descentralización en este caso, como en cualquier otro, significa, concurrencia, subsidiariedad y colaboración entre niveles de gobierno en las políticas públicas. El municipio dejado a sí solo no puede intervenir sobre el conjunto de condiciones institucionales, variables normativas y reglamentarias, entornos administrativos y relaciones de poder del régimen subsidiado en salud.

Gráfico 11.

Nivel territorial al que se transfieren los conjuntos de problemas



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Por lo tanto, el municipio requiere de la intervención del departamento y de la nación, incluso para la defensa y promoción de los derechos de los beneficiarios, función que aparece, en la práctica, como debiendo ser netamente municipal. De cara a este objetivo, es saludable el porcentaje de remisiones, pero podría ser mayor, lo cual se concluye al observar los bajos niveles de resolución definitiva y positiva de las violaciones a los derechos.

Particular importancia tiene la transferencia del conjunto de presiones indebidas a los afiliados al nivel departamental y nacional respecto a la muy escasa incidencia de estos niveles territoriales en su detección. Aparece claramente la incapacidad del municipio en resolver este problema originado por las ARS y la necesidad de acudir a niveles superiores que se espera posean mayor poder de disuasión o coerción para obligar el respeto de los derechos de los beneficiarios por las ARS.

La expansión de las respuestas de las DLS y de los personeros coinciden fielmente con todas las respuestas que involucran el comportamiento de los niveles territoriales, en particular reiteran la importancia del municipio en la detección y trámite de problemas en general, del problema más frecuente y del conjunto de problemas de inspección, vigilancia y control; con una salvedad, el peso menor del departamento en la detección de problemas respecto de las respuestas del conjunto de actores.

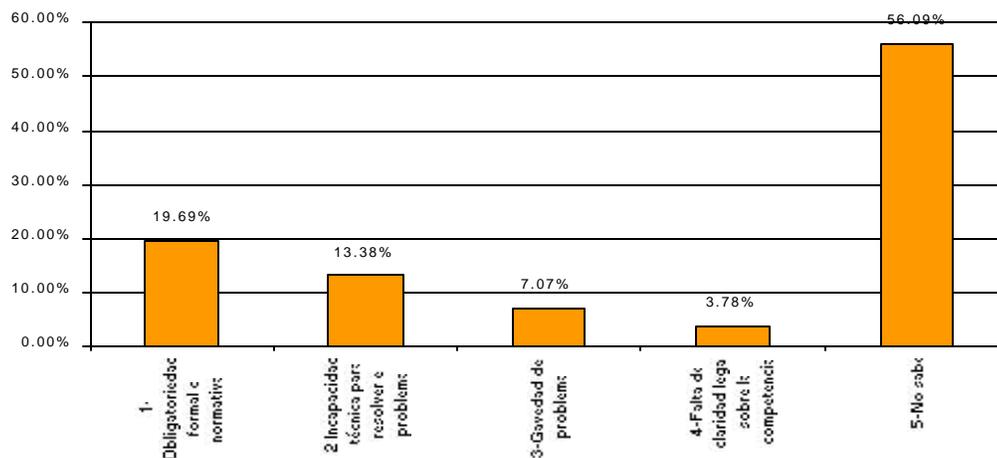
También es importante señalar que tanto las DLS como los personeros acusan una menor ignorancia sobre el nivel territorial al que se le transfiere el trámite de los problemas, respecto de los otros actores entrevistados.

1.2.8 Causas de la transferencia de los problemas a otro nivel territorial

En el nivel municipal consideran que la causa para no remitir a otro nivel territorial la solución de los problemas detectados localmente reside en que sienten una obligación formal y normativa de resolver ellos mismos los problemas. Esto nos estaría indicando una apropiación de la descentralización del régimen subsidiado en salud en cuanto a la detección y resolución de los problemas relacionados con la violación de los derechos de los beneficiarios.

Gráfico 12.

Causa de la (no) transferencia de problemas

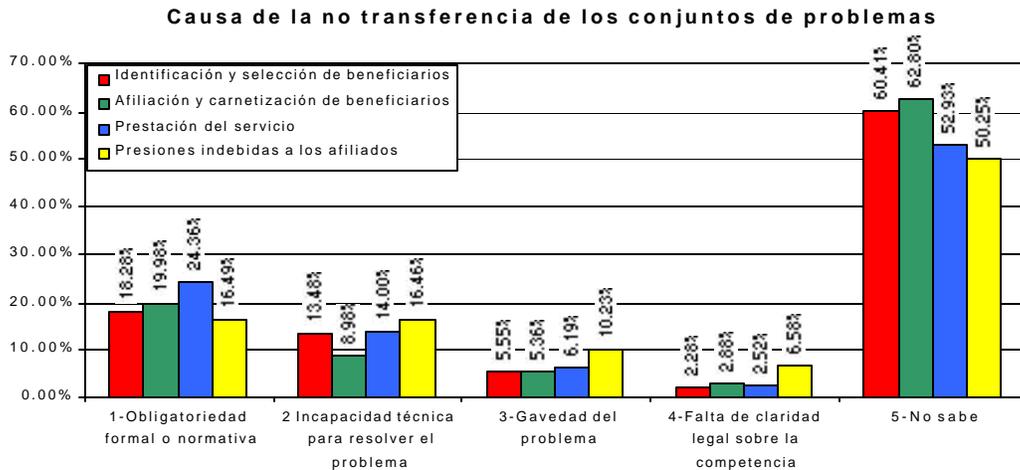


Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Es por esto que los principales problemas (múltiples afiliaciones, tardanza entre afiliación y carnetización, carencias en la calidad y oportunidad en la atención) así como los conjuntos de problemas (afiliación y carnetización de beneficiarios, fallas en la prestación de los servicios a los usuarios y la identificación y selección de beneficiarios) son asumidos de manera más clara como una obligatoriedad formal y normativa, plausiblemente, por el municipio.

La excepción a esta regla la conforman los problemas que por incapacidad técnica local, gravedad del problema o falta de claridad legal sobre la competencia son posiblemente las razones que justifican las remisiones a otros nivel territoriales. Las gráficas sobre los principales problemas y los conjuntos de problemas muestran la poca relevancia de estas causas de remisión de problemas, con una importante excepción, las presiones indebidas a los usuarios por parte de las ARS.

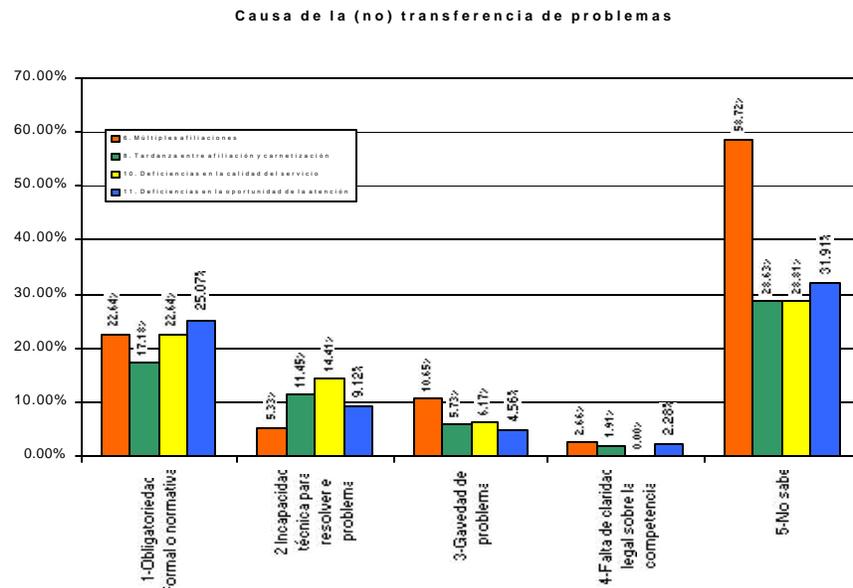
Gráfico 13.



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

La explicación puede ser que la administración municipal (puesto que es ella la que más detecta problemas), antes que enfrentar un pleito con las ARS, prefiere ampararse en el departamento y la nación. Por ello se excusa detrás de una incapacidad técnica, una carencia normativa o en la gravedad de la falta para no asumir sola este problema en el nivel local.

Gráfico 14.



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

La expansión de las respuestas de las DLS y de los personeros confirman la obligatoriedad

formal o normativa como principal causa de la (no) transferencia de problemas, así como la falta de claridad sobre la competencia como la razón menos aducida para (no) transferir los problemas.

De igual manera, se confirma que cuando el problema se refiere a las presiones indebidas sobre afiliados, el municipio acusa la incapacidad técnica, la gravedad del problema y la falta de claridad legal sobre la competencia para justificar la transferencia del problema.

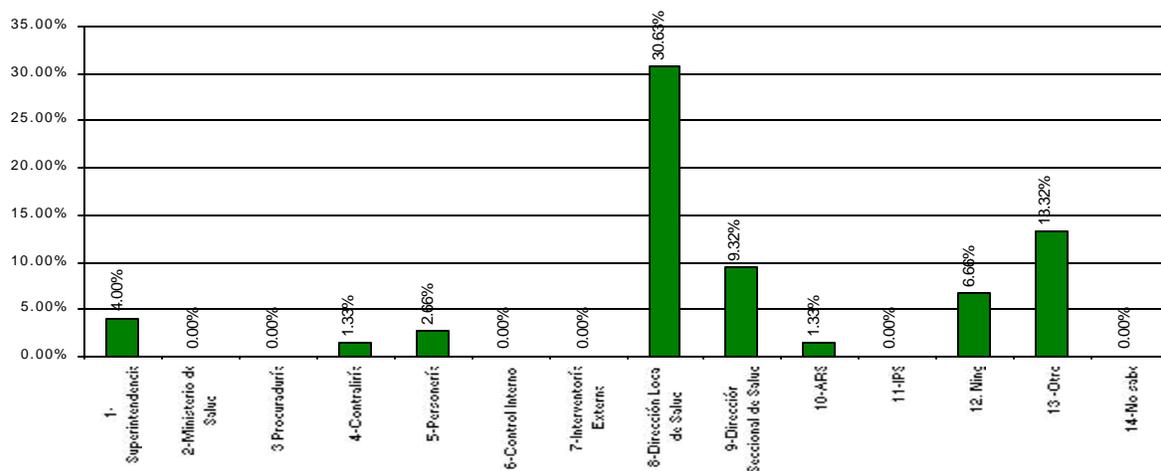
1.2.9 Actor al que se la transfiere el trámite del control

La salida del sistema de inspección, vigilancia y control comienza por la remisión de los problemas detectados entre niveles territoriales y actores institucionales. Teniendo en cuenta que la mayoría de problemas se detectan y se intentan solucionar en los municipios, son las direcciones locales los actores del control que más tramitan las quejas en cuanto a la violación de derechos. Con un porcentaje tres veces menor se acude a las direcciones departamentales y cinco veces menor a los personeros y las ARS. La superintendencia aparece en un 4,42% de las veces, lo cual reitera dos cosas ya dichas. Primero, la posible ignorancia de la Superintendencia sobre la cantidad, intensidad y gravedad de los problemas que ocurren. Segundo, el grado de municipalización del sistema de inspección, vigilancia y control.

El principal problema, las múltiples afiliaciones, es tramitado por la dirección local, la cual es quien más lo detecta, por lo que se concluye que no lo remite sino que intenta resolverlo ella misma. Con un porcentaje de casi tres veces menos, las direcciones departamentales se apersonan de esta falencia.

Gráfico 15.

Actores encargados de tramitar el problema mas frecuente (Múltiples afiliaciones)



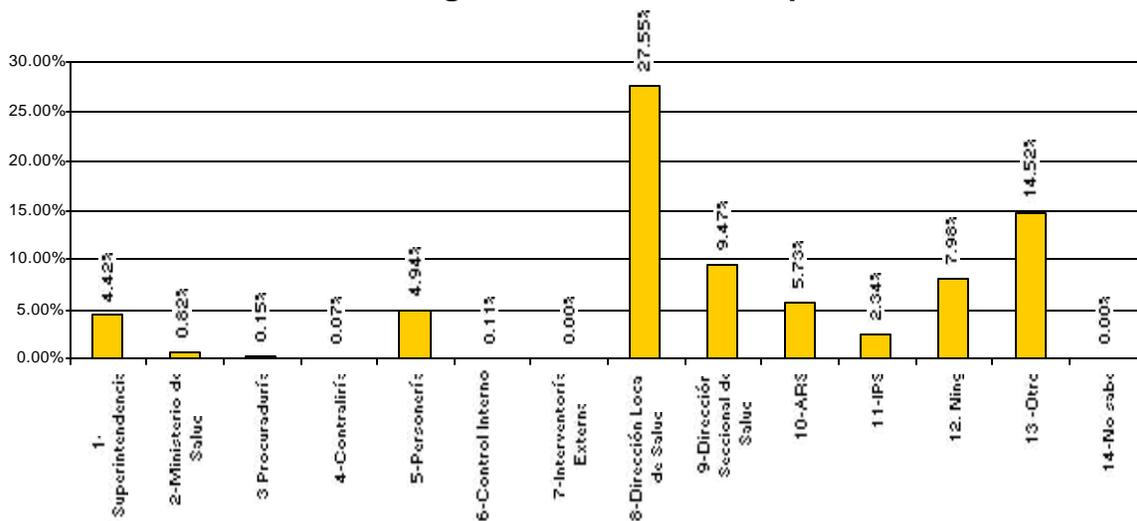
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

La expansión de las respuestas de las DLS confirman la nula importancia del Ministerio de Salud, la procuraduría, el control interno, la interventoría externa y las IPS en el trámite del problema de múltiples afiliaciones. También se confirma la importancia prominente de la DLS, seguida en menor escala por la Superintendencia de Salud, la personería, la DSS y las ARS para tramitar este problema.

La expansión de los resultados de los personeros respecto de las múltiples afiliaciones reconocen a la DLS como el actor principal que da trámite al problema, seguida por las DSS y la Superintendencia de Salud.

Gráfico 16.

Actores encargados del trámite de los problemas

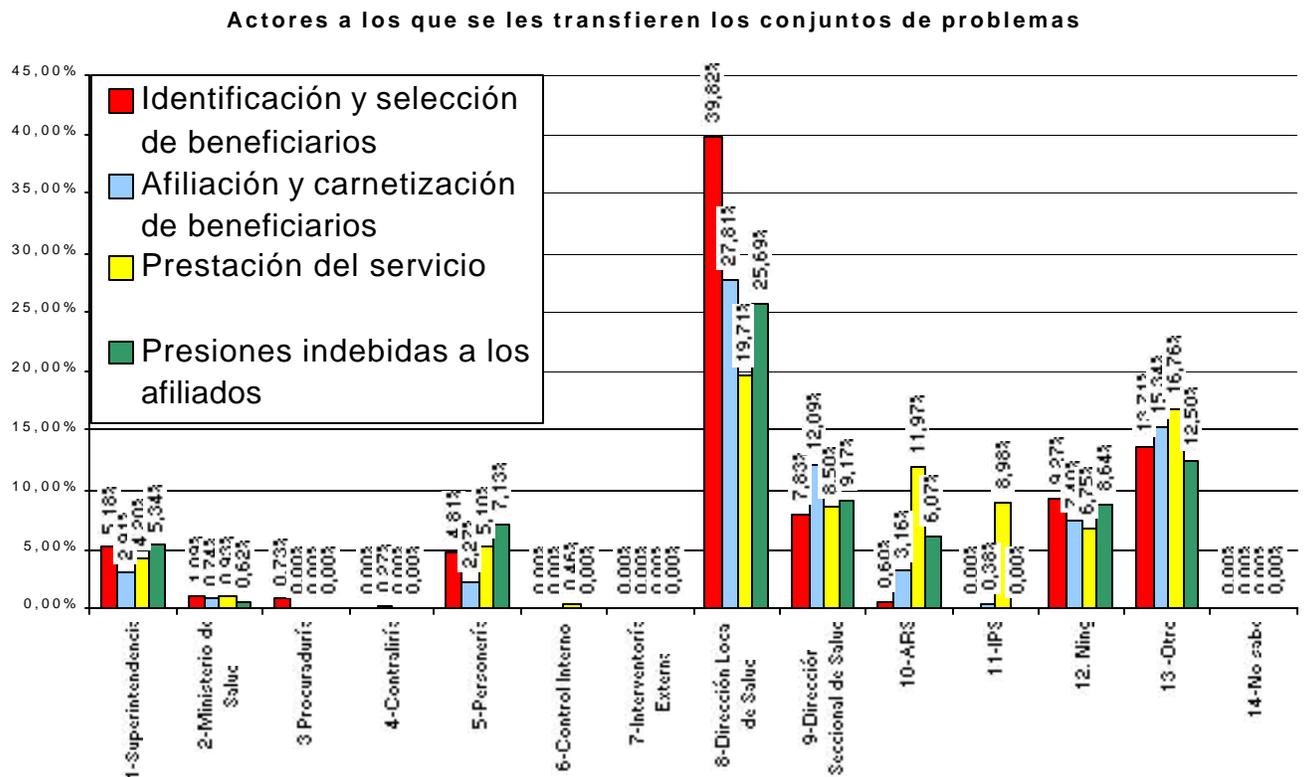


Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

La expansión de las respuestas de las DLS y de los personeros confirman a las DLS seguidas de las DSS como los actores encargados de tramitar la mayoría de los problemas en general. Las ARS, los personeros, las IPS y la Superintendencia de Salud, son los actores que con menor importancia tramitan los problemas en general.

El mismo resultado se constata respecto de los conjuntos de problemas, en donde se destaca que las ARS y las IPS están interesadas fundamentalmente en tramitar los problemas de fallas en la prestación del servicio.

Gráfico 17.



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

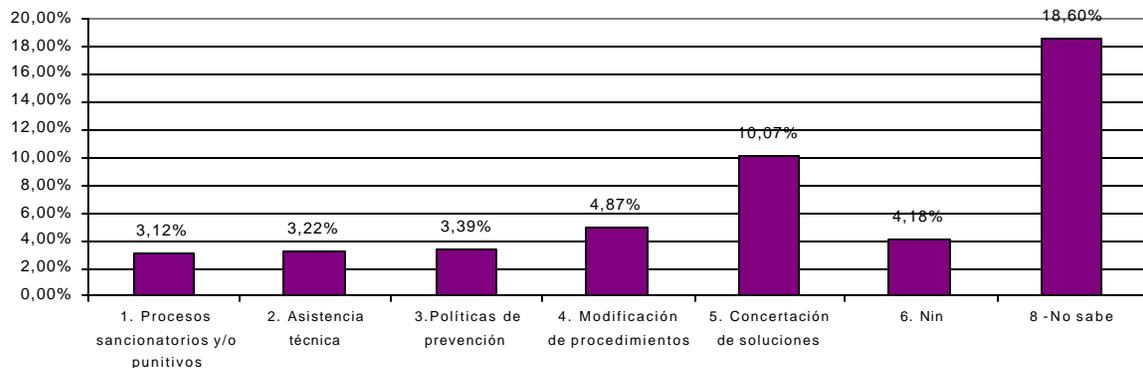
La expansión de las respuestas de las DLS y de los personeros en este asunto arroja una información muy valiosa. En efecto, se aprecia que estas buscan la relación con el departamento y con otros actores, en particular con las ARS y los personeros (para los problemas de prestación de servicios), con la Superintendencia de Salud y las DSS (para la identificación y selección de beneficiarios) y con las DSS para las presiones indebidas a los afiliados. De tal manera, se concluye el papel central que ocupan las DLS y los personeros, tanto para detectar problemas como para reconocer, apelar y solicitar el apoyo de socios territoriales e institucionales dentro del sistema.

1.2.10 Prácticas de control emprendidas para solucionar problemas

La práctica de control más popular es la concertación de soluciones entre los actores involucrados en los problemas. Varias hipótesis explican este resultado:

Gráfico 18.

Prácticas de control que se emprenden con mayor frecuencia



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Primera y como ya se comentó, en el nivel municipal funciona, para la entrada y la salida de problemas al sistema de IVC, las relaciones personales, inmediatas, informales, las visitas amigables, las llamadas verbales de atención y la concertación de soluciones. Estas prácticas constituyen la característica básica del “modelo de gestión” de solución a los problemas y no aquellas caracterizadas por la apertura de procedimientos legales, formales o judiciales.

Incuestionable virtud tiene este modelo de control pues evita la formalización de procedimientos que muchas veces resultan más lentos, costosos e inciertos en sus resultados que las vías amigables y concertadas. Es por ello también, que el nivel municipal evita tramitar problemas a otros niveles territoriales.

Sin embargo, este modelo de control, por sí solo, puede esconder la inexistencia de capacidades coercitivas, las que complementarían la búsqueda de soluciones cuando la concertación fracasa o cuando se presenta una demostrada, consciente y reiterada violación de los derechos ciudadanos. En tal sentido, muchos funcionarios locales reclaman dotar al municipio de mayores instrumentos de poder sobre el conjunto de actores públicos y privados que intervienen en el régimen subsidiado.

La concertación de soluciones, la informalidad de las relaciones y la precariedad de los sistemas técnicos de información expresan también una debilidad institucional de todos los actores públicos y privados que intervienen en el nivel local, es decir, de las alcaldías, las ARS, los hospitales y, más aún, de las organizaciones de usuarios, las veedurías y las personerías. En este escenario, el derecho de las personas y el cumplimiento de la ley no son una rutina garantizada por las instituciones, sino algo aleatorio que depende de la buena voluntad del funcionario de turno y de relaciones circunstanciales de poder.

No se quiere aquí descalificar la utilización prioritaria de la concertación para solucionar problemas. La Universidad Nacional piensa que es el mecanismo más eficaz, menos costoso y más rápido para solucionar problemas. Además, en vez de penalizar actores, paralizar

servicios y procedimientos, puede agilizar la gestión, hacer del ejercicio del control una actividad pública, fortalecer los actores involucrados y mejorar la calidad de los procesos del régimen subsidiado en tiempo real, es decir, sobre la marcha.

Se advierte que una serie de prácticas llamadas de concertación esconden también una precariedad institucional, una carencia de poder de las direcciones locales de salud, componendas y relaciones clientelistas, la poca rutinización de procedimientos en derecho y una fragilidad de los derechos de los beneficiarios. Para que esto no sea así, la concertación debe ser pública, argumentada e involucrar a todas las partes afectadas y no una transacción a escondidas entre actores que pactan el menor costo o las mayores ganancias a expensas del interés público.

La expansión de las respuestas de las DLS y de los personeros confirman la concertación de soluciones como la práctica de control más emprendida para solucionar problemas, así como la segunda práctica más importante, la modificación de procedimientos.

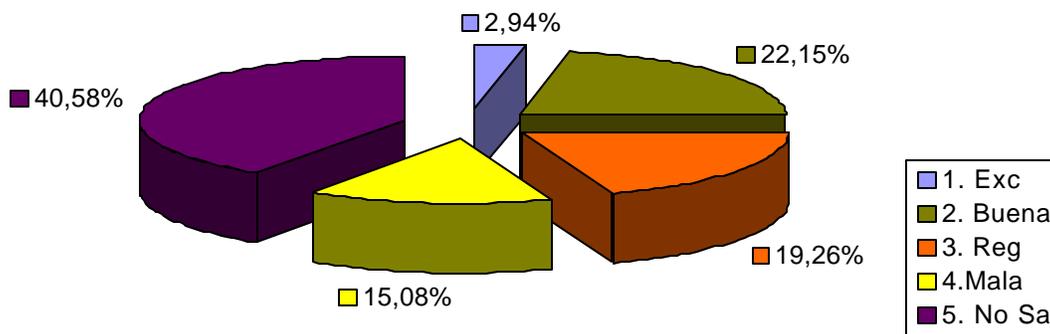
1.2.11 Efectividad en la resolución de problemas

Para la totalidad de problemas detectados por el sistema de IVC, los principales grados de resolución oscilan entre regular y bueno en porcentajes aproximados. Sin embargo, este término medio se desbalancea totalmente al considerar las malas y excelentes resoluciones, en desfavor de la efectividad del sistema para resolver problemas. El 34,34% de las veces la resolución es entre regular y mala, contra el 25,09% de resoluciones buenas y excelentes.

Para el problema que más se presenta, las múltiples afiliaciones, el grado de resolución es calificado de bueno (29,30%) y la suma entre buenas y excelentes resoluciones da un 34,63% contra la suma de regulares y malos con un 19,98%.

Gráfico 19.

Grado de resolución de los problemas

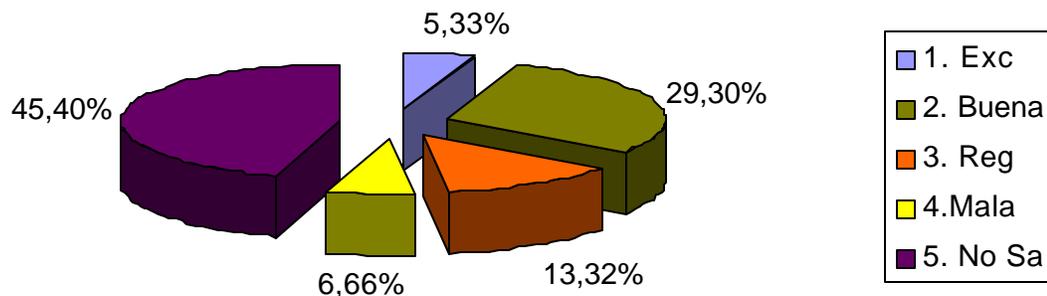


Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

A primera vista el resultado parecería positivo e invita a preguntarse por las causas de este desempeño en comparación con la resolución de los problemas en general. Una razón para ello podría ser, como ya se señaló, que este problema se detecta y se puede solucionar directamente en el municipio, así como también, el uso de bases de datos y sistemas de información y monitoreo que se aplican para la detección de este problema en particular. Sin embargo, para que el resultado sea bueno debiera acercarse en el corto plazo a una resolución del 100% ya que se trata de un problema que se puede resolver con un buen sistema técnico de información y que es una prioridad en la agenda de las entidades nacionales.

Gráfico 20.

Grado de resolución de las múltiples afiliaciones



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Se podría inferir que es necesario apoyar el desarrollo tecnológico para la captación y resolución de otros problemas. También, la necesidad de dotar al municipio de más poder para la solución de una serie de problemas que detecta pero que por incapacidad técnica, gravedad del hecho o competencia no tiene los medios para solucionarlos.

En cuanto al grado de resolución de los conjuntos de problemas las respuestas poseen un gran interés para calificar el sistema de inspección, vigilancia y control. En términos generales las capacidades de resolución de problemas por el sistema son precarias, es decir, para todos los subconjuntos de problemas los resultados son calificados con valores mayores entre regulares y malos que excelentes y buenos.

Tabla 2. Grados de resolución por grupos de problemas				
	Identificación y selección de beneficiarios	Afiliación y carnetización de beneficiarios	Prestación del servicio	Presiones indebidas a los afiliados
Excelente	3,01%	3,18%	2,17%	3,33%
Buena	23,82%	21,41%	25,42%	18,92%
Excelente y Buena	26,83%	24,59%	27,59%	22,24%
Regular	19,01%	17,47%	23,61%	17,28%
Mala	19,51%	10,77%	11,86%	18,40%
Regular y Mala	38,52%	28,24%	35,47%	35,68%

Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Para el conjunto de problemas en el que se detectan más violaciones a los derechos ciudadanos (afiliación y carnetización) el grado de resolución es regular: las resoluciones regulares y malas suman el 28,24% y las resoluciones buenas y excelentes el 24,59%. Este resultado preocupa en la medida en que limita la entrada de los beneficiarios al régimen subsidiado y, cuando entran, limita el acceso a los servicios.

El segundo conjunto de problemas en el que se detectan más cantidad de problemas (prestación de servicios) el grado de resolución alcanzado es calificado de precario. La suma de resoluciones regulares y malas es del 35,47% y de resoluciones buenas y excelentes el 27,59%.

El tercer conjunto de problemas en el que se detectan la mayor cantidad de anomalías (identificación y selección de beneficiarios) el grado de resolución alcanzado es malo, así la suma de los dos polos de la gama de calificaciones arrojan para las resoluciones regulares y malas un resultado del 38,52% y las buenas y excelentes el 26,83%. Una vez más se confirma la existencia de problemas que limitan la entrada de beneficiarios al régimen subsidiado en salud, para lo cual el sistema de inspección, vigilancia y control, en general, tiene una solución precaria.

Para el cuarto conjunto de problemas en el que se detectan menos falencias (presiones indebidas a los afiliados por parte de las ARS) el grado de resolución es malo. La suma de resoluciones malas y regulares es de 35,68% y la suma de resoluciones buenas y excelentes es de 22,25%. Este resultado es muy preocupante, confirma lo analizado antes en el sentido en que el municipio no tiene la fuerza para enfrentarse a las ARS que violan los derechos ciudadanos.

Las razones son de diversa índole. La carencia de fuerza política para hacerlo, bien porque el tamaño, apoyo y relaciones políticas de las ARS pueden ser mayores que el de las autoridades locales de salud o bien porque existen compromisos políticos entre las autoridades municipales y las empresas administradoras del régimen subsidiado en salud. Las carencias normativas también pueden explicar la debilidad municipal en el sentido en que sienten que “carecen de dientes” y de suficientes facultades legales para hacerlo. Por último, no se excluyen problemas técnicos relacionados con la precariedad institucional de muchas administraciones municipales. En lo cual redunda la inmensa inestabilidad de los funcionarios locales encargados de la salud y de la administración pública en general.

Si el municipio tiene debilidades políticas, institucionales y técnicas para defender a los usuarios de los engaños y de la violación al principio de la libre elección, el departamento y la nación debieran concurrirle y subsidiariamente defender al usuario. Por lo visto no ocurre así, lo que cuestiona la actual efectividad del sistema descentralizado del régimen subsidiado en salud, al menos respecto de la violación de los derechos de las personas.

La expansión de las respuestas de las DLS y de los personeros en cuanto a los grados de resolución de los problemas en general, de las múltiples afiliaciones en particular y de los conjuntos de problemas arrojan una información interesante. Demuestran que la DLS y los personeros conocen el desenlace del trámite del control a diferencia de los otros actores que acusan grandes proporciones de ignorancia en esta materia. Además, las DLS y los personeros son más optimistas en cuanto a los grados de resolución entre excelentes, buenos y regulares que el conjunto de actores que manifiestan mayor descontento con las capacidades resolutivas del sistema.

Este resultado puede significar dos cosas. Primero, que las DLS y los personeros son los actores nodales del sistema de inspección, vigilancia y control (en materia de violación de derechos de los beneficiarios) y por ello conocen más de sus resultados. Segundo, que calificar positivamente los grados de resolución de problemas proviene del hecho de que su responsabilidad está más comprometida que la del resto de actores.

1.2.12 Efectividad de resolución de problemas según el actor que tramita el control

Resulta interesante, analizar la efectividad en la resolución de los problemas presentados en el sistema de IVC, de diferentes maneras, así una vez considerada la participación en el trámite del control para cada uno de los actores la pregunta que sigue es su grado de resolución.

	Excelente	Buena	Excelente y buena	Regular	Mala	Regular y mala	No sabe
Dirección local de salud	4,13%	37,84%	41,97%	28,14%	22,42%	50,56%	7,47%
Dirección departamental de salud	4,40%	32,42%	36,81%	31,87%	21,43%	53,30%	9,89%
ARS	2,70%	39,64%	42,34%	41,44%	10,81%	52,25%	5,41%
Personero	6,93%	41,58%	48,51%	27,72%	13,86%	41,58%	9,90%
Superintendencia	3,88%	26,21%	30,10%	28,16%	33,01%	61,17%	8,74%
IPS	1,54%	43,08%	44,62%	32,31%	13,85%	46,15%	9,23%
Ninguno	0,00%	11,20%	11,20%	12,80%	28,00%	40,80%	48,00%
Otro	5,31%	36,28%	41,59%	30,97%	24,78%	55,75%	2,65%

Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

- **Direcciones territoriales**

La *dirección local de salud*, presenta un nivel de resolución entre excelente y bueno del 41,97% lo cual no es muy alentador, dado que es ella la encargada de dar trámite a la mayor cantidad de problemas con un 27,55%, y que la mayor parte de estos no se transfieren a entidades de otros niveles territoriales. En cuanto a *la dirección departamental de salud* presenta un nivel de resolución entre excelente y bueno del 36,81%, inferior al logrado por las DLS, y tramita el 9,47% de los problemas.

El alto volumen de problemas a los que estas entidades deben dar trámite, unido a las labores de dirección pueden explicar en parte estos resultados mediocres originados en la sobrecarga de funciones. Sin embargo, deben considerarse dos causas explicativas adicionales, la primera, ellas son las responsables de implementar gran parte de los procesos de ejecución del régimen subsidiado en el ámbito local y departamental, por lo cual deben controlarse a sí mismas en repetidas ocasiones. Y, la segunda, a la vez incurren en relaciones contractuales con otros agentes privados y públicos, a los cuales posteriormente deben controlar, siendo esta labor interferida por sus propias obligaciones incumplidas hacia ellos. En este sentido, es de esperarse que solo en aquellos casos en que sus obligaciones se encuentren al día con la entidades encargadas de prestar determinado servicio a los afiliados puede llevar a cabo eficientemente labores de IVC o cuando las anomalías a las cuales debe dar trámite ante determinadas entidades no impliquen concurrencia en la responsabilidad contractual de ningún tipo entre ellas. Por último, debe destacarse, que al igual que las instituciones nacionales, la guía de su acción es más hacia el procedimiento que hacia garantizar el cumplimiento de los derechos de los ciudadanos.

- **ARS**

Las ARS obtienen resoluciones excelentes y buenas a los problemas en un 42,34% y tramitan el 5,63% de ellos. Los principales problemas a los que ellas deben dar trámite, ya sea ante ellas mismas o ante otra institución, se refieren a la prestación de servicios, nuevamente y como ha sido general, las respuestas ante la violación de derechos es solo parcial.

- **Personero**

Los personeros obtienen una resolución excelente y buena en un 48,51%, el cual es el índice de resolución más alto respecto de los otros actores, sin embargo, solo tramitan el 4,94% de los problemas. Esto indica que el personero es el actor institucional de mayor eficacia en cuanto a la garantía del respeto de los derechos de los beneficiarios y sugiere la pertinencia de acrecentar la recepción y trámite de problemas por ellos. Máxime porque los dos subconjuntos de problemas que en mayor medida tramitan (las presiones indebidas a los afiliados y las fallas en la prestación del servicio) son los que en menor proporción tramitan las direcciones locales, aunque el volumen de estas últimas sea mayor.

- **Superintendencia**

El actor institucional del nivel nacional rector del control y la vigilancia del sistema presenta bajos niveles de resolución de problemas cuando ella da trámite a las violaciones a los derechos de los afiliados al régimen subsidiado. La superintendencia da una respuesta

regular o mala en el 61,17% de los casos, cifra superior a todas las otras instituciones del sistema.

El volumen de problemas a los que ellos deben dar trámite representa solamente el 4,42% del total, por lo cual no se entiende la baja capacidad de resolución positiva de estos en un 30,10%, lo cual, es el más bajo desempeño entre los actores que en mayor proporción tramitan violaciones a los derechos.

Lo anterior pone en evidencia las falencias de un sistema centralizado y jerarquizado para garantizar respuestas ágiles y oportunas a los sucesos locales, que tienen alta incidencia sobre los derechos de los ciudadanos. El alto porcentaje de respuestas fallidas a los problemas locales se debe, posiblemente, al desconocimiento real de los problemas que les son transferidos, en tanto estos ocurren en el ámbito local. También, al hecho de que su razón de ser, en la práctica, no parece orientada a la defensa de los derechos de los usuarios, sino a garantizar el imperio de requisitos formales, instrumentales y normativos de inspección, vigilancia y control por parte del conjunto de los actores institucionales públicos y privados. No sobra recordar aquí, que estos son los menos efectivos para detectar los problemas de violación de los derechos de los ciudadanos.

- **IPS**

Las IPS obtienen una resolución de problemas entre excelente y buena del 44,62% y detectan el 2,34%% de estos.

- **Los actores que menos tramitan problemas**

El ministerio de salud, la procuraduría, el control interno y la contraloría son los actores institucionales que menos tramitan las violaciones a los derechos de los ciudadanos. Sus niveles de resolución oscilan entre el 41,67% hasta el 80%, pero el volumen de problemas tramitados es solo entre el 0,82% y el 0,07% del total.

Tabla N° 4. Grado de resolución de problemas de violación de derechos según el actor que tramita el control (actores que menos tramitan)

	Excelente	Buena	Excelente y buena	Regular	Mala	Regular y mala	No sabe
Ministerio de Salud	0,00%	41,67%	41,67%	33,33%	8,33%	41,67%	16,67%
Procuraduría	0,00%	53,85%	53,85%	7,69%	15,38%	23,08%	23,08%
Control interno	44,44%	22,22%	66,67%	33,33%	0,00%	33,33%	0,00%
Contraloría	0,00%	80,00%	80,00%	20,00%	0,00%	20,00%	0,00%

Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Estas entidades representan al igual que la superintendencia el control formal y sancionatorio, sin embargo tienen resultados dispares lo cual puede explicarse por varias causas. Primero, porque aunque sus estrategias son sancionatorias, en el caso de la contraloría y la procuraduría, estas son más creíbles que en el caso de la superintendencia. Segundo, porque particularmente en el caso de la contraloría existe una mayor cercanía con el ámbito local, en tanto esta tiene brazos en los tres niveles territoriales por lo cual su

posibilidad de reacción genera mejores respuestas en términos propositivos y oportunos. Tercero, porque el volumen de casos es muy pequeño. Cuarto, porque las (ias) gozan de mayor legitimidad institucional en el ámbito local que la superintendencia que es vista como un ente lejano.

1.2.13 Resolución de problemas a partir de ámbitos territoriales

El trámite del control puede efectuarse desde la nación, el departamento o el municipio. En cada caso, la efectividad de las resoluciones es diferente.

Tabla N°5. Grado de resolución de problemas de contratación y ejecución por nivel territorial donde se tramita el control

	Excelente	Buena	Excelente y buena	Regular	Mala	Regular y mala	No sabe
Municipal	3,72%	35,29%	39,01%	28,10%	22,07%	50,17%	10,83%
Dptal	3,45%	35,17%	38,62%	36,55%	16,55%	53,10%	8,28%
Nacional	4,35%	8,70%	13,04%	8,70%	43,48%	52,17%	34,78%
No sabe	25,00%	5,00%	30,00%	25,00%	10,00%	35,00%	35,00%

Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

El nivel municipal y departamental tienen similar capacidad para resolver positivamente los problemas que tramitan en un 39,01% y 38,62%, respectivamente. Pero, los volúmenes de problemas que tramitan son sensiblemente diferentes, puesto que el municipio representa el 58,28% del total, mientras que el departamento representa el 20,13%. Lo anterior demuestra mayor capacidad de gestión en el nivel municipal respecto al departamental y con mayor razón, al nacional.

El nivel nacional tiene una capacidad de resolución de solamente el 13,04% y tramita el 6,68% de los problemas. Escaso es tanto el volumen de trámites como su positiva resolución. En consecuencia, se sugiere descentralizar aun más el sistema de inspección, vigilancia y control a partir de dotar a las entidades territoriales subnacionales de mayores prerrogativas y poder de intervención. Recordamos el carácter principalmente informal de las prácticas de control en los municipios como sus virtudes y peligros en cuanto a la eficiencia del sistema de IVC. La informalidad debe ser reconocida, valorada y regulada para que a partir de convertirse en una práctica pública, se socialice el control, se tejan lazos entre los actores institucionales y sociales y se fortalezca el poder de los usuarios y sus representantes frente al sistema de salud.

1.3 CONTRATACIÓN, COMPETENCIA Y EJECUCIÓN DE CONTRATOS

Esta segunda parte de la evaluación del sistema de inspección, vigilancia y control trata sobre los problemas que se presentan en los procesos de contratación y ejecución de contratos.

Al igual que en la primera parte de la evaluación sobre violación de derechos de los

beneficiarios, las preguntas indagan la percepción y conocimiento que tiene el actor que responde, más que la información contenida en bases de datos y sistemas de información.

Para detectar los problemas en la afiliación, carnetización y prestación de servicios es muy importante indagar el conocimiento y percepción de los actores del sistema puesto que la intensidad, frecuencia, gravedad y tipo de problemas que ocurren, así como los mecanismos de detección y resolución de ellos, no figuran en bases de datos confiables.

De la misma manera, la mayoría de los problemas por los que se pregunta en cuanto a la contratación y competencia entre actores institucionales del sistema no figuran en bases de datos, por lo que la percepción y conocimiento de los entrevistados se convierte en una fuente de análisis de primera importancia. Estos problemas son:

- Presiones políticas a favor de una IPS en la asignación de contratos por la ARS
- Presiones políticas a favor de una ARS en la asignación de contratos
- Contratación con ARS de baja capacidad técnica para el cumplimiento de sus funciones
- Contratación con ARS sancionadas con anterioridad
- Violación al principio de competencia en la contratación de ARS
- Presiones políticas en la selección de afiliados a la ARS
- Competencia desleal en el proceso de afiliación, ampliación y traslado de afiliados

Por el contrario, los problemas en la ejecución de contratos referidos a la cuantía y tiempos de las moras en los flujos de recursos entre niveles territoriales y actores del sistema se pueden constatar mediante un procedimiento técnico no sujeto a técnicas de indagación perceptiva. Tal resultado se encuentra en un capítulo específico de la evaluación financiera del régimen subsidiado. Sin embargo, el interés por las preguntas que recurren a la percepción de los entrevistados en esta materia reside en indagar la apreciación de los actores locales sobre la gravedad de tales problemas, los mecanismos utilizados para detectarlos, los trámites emprendidos y los resultados de dichas gestiones. Estos problemas son:

- Mora en la transferencia de recursos desde la nación al departamento
- Mora en la transferencia de recursos desde la nación a los municipios descentralizados
- Mora o no pago del departamento a la ARS
- Mora o no pago del municipio a la ARS
- Mora o no pago de la ARS a la IPS

Por las razones anteriores las gráficas, cuadros y análisis que se presentan a continuación tratan por separado los problemas de contratación y competencia respecto de los de ejecución de contratos.

1.3.1 Problemas más frecuentes y actores que detectan falencias en la contratación y la competencia.

De lejos el principal problema en la contratación y competencia es la competencia desleal en el proceso de selección de afiliados, ampliación de coberturas y traslados de afiliados entre ARS. El tercer problema en importancia son las presiones políticas en la selección de afiliados a la ARS. Ambos problemas suman el 38% del total de problemas detectados y refieren a fallas en la competencia entre ARS para capturar afiliados.

No extraña, por lo tanto, que sean las ARS mismas las que en mayor medida detectan el problema, al ser ellas las causantes y las víctimas de la competencia desleal.

Tres hipótesis pueden concurrir en explicar esta situación. Por una parte, carencias en la eficacia de los mecanismos de regulación de la competencia entre ARS respecto de la vinculación de afiliados a las empresas. Por otra, una precaria cultura de competencia entre ARS que interpretan los resultados de la conquista de mercados de afiliados como desleales. Y por último, la inserción de la ARS en la lógica política local requiere la realización de labores de cabildeo con resultados de mutuo beneficio entre los políticos que amplían su margen de clientelas y las empresas, el tamaño, la seguridad y la permanencia en la contratación.

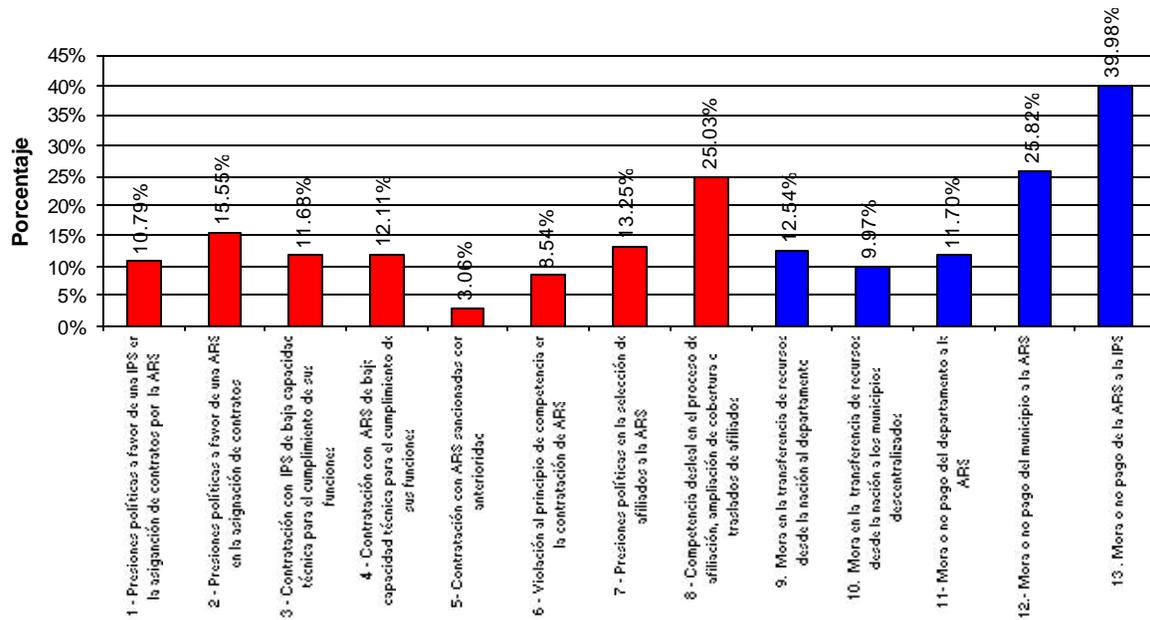
Por lo anterior, no extraña que el segundo problema en importancia sean las presiones políticas a favor de una ARS en la asignación de contratos. Este problema como los anteriores, afecta la competencia entre empresas y reafirma como las instituciones de orden privado se insertan en la lógica de repartición política de mercados.

Los tres principales problemas en la contratación son de violación al principio de la "libre" competencia entre empresas, las cuales suman el 54% del total de problemas en la contratación. Recordamos al lector que el 18% de los problemas de violación de derechos de los afiliados están referidos a presiones y engaños de las ARS sobre afiliados.

El segundo actor en la detección de problemas de contratación y competencia es la Dirección Local de Salud y el tercero, el personero, con la excepción de las presiones en la selección de afiliados a la ARS, para el cual el personero es el principal agente de su detección, con resultado idéntico al esfuerzo que hacen los propios afiliados.

Gráfico 21.

Los problemas detectados por los actores sociales e institucionales.
- Ponderado -



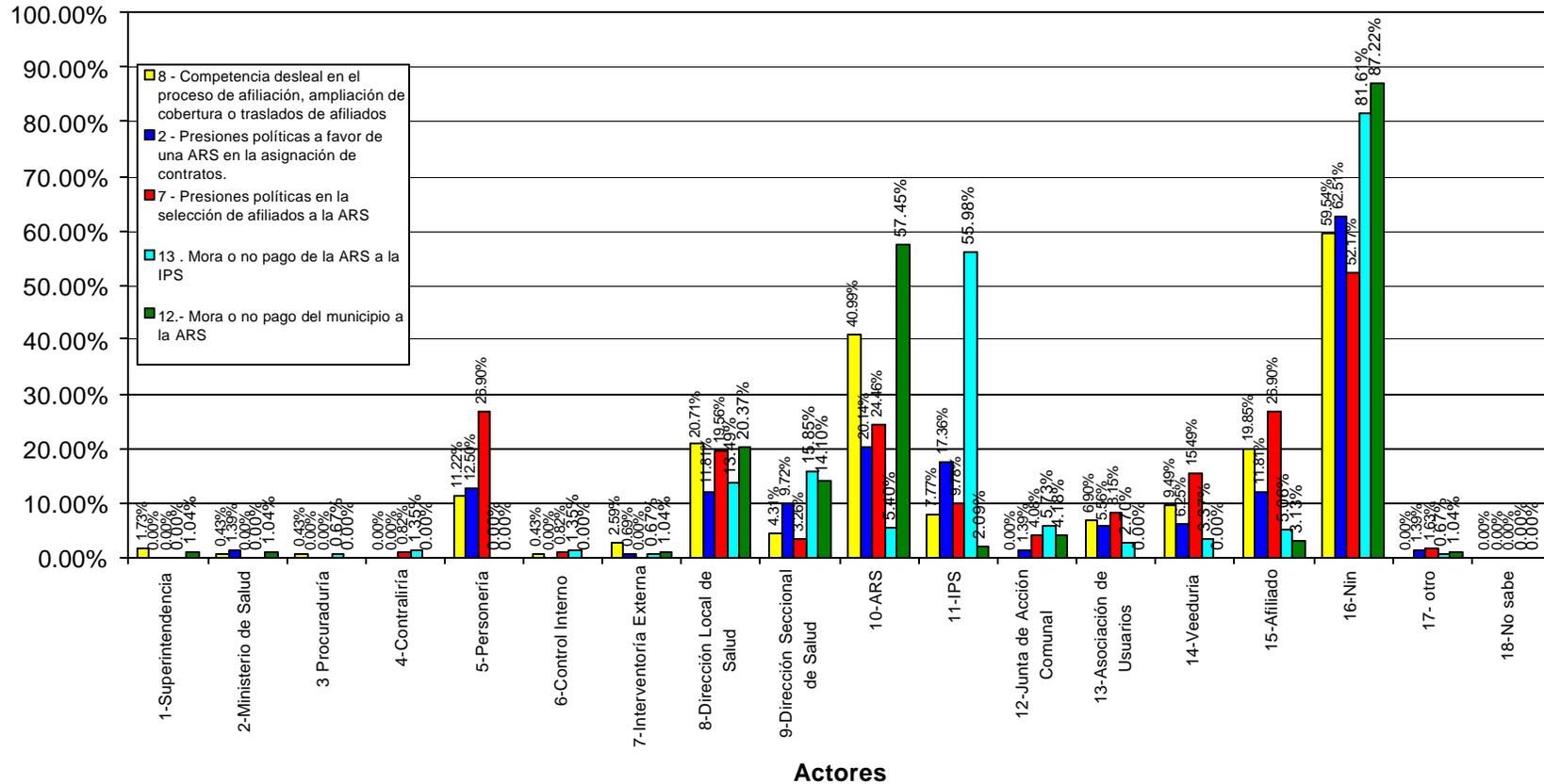
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Personeros y afiliados son los actores que en mayor medida se interesan en las presiones que los beneficiarios reciben por parte de las ARS y las direcciones locales en la afiliación al sistema. En cambio, las instituciones públicas de cualquier nivel territorial y las empresas públicas y privadas que implementan el sistema están más interesadas en los problemas de competencia entre agencias, repartición de contratos y mercados. Es por ello que al considerar el conjunto de problemas de contratación y competencia, las instituciones, en su orden, las ARS, las DLS y las IPS, contribuyen en mayor medida a su detección en comparación con los afiliados y los personeros.

Los actores que respondieron a la encuesta perciben una precaria contribución del departamento y prácticamente una ausencia de las instancias reguladoras del orden nacional y de los organismos de control de cualquier nivel en la detección de problemas en la contratación y la competencia.

Gráfico 22.

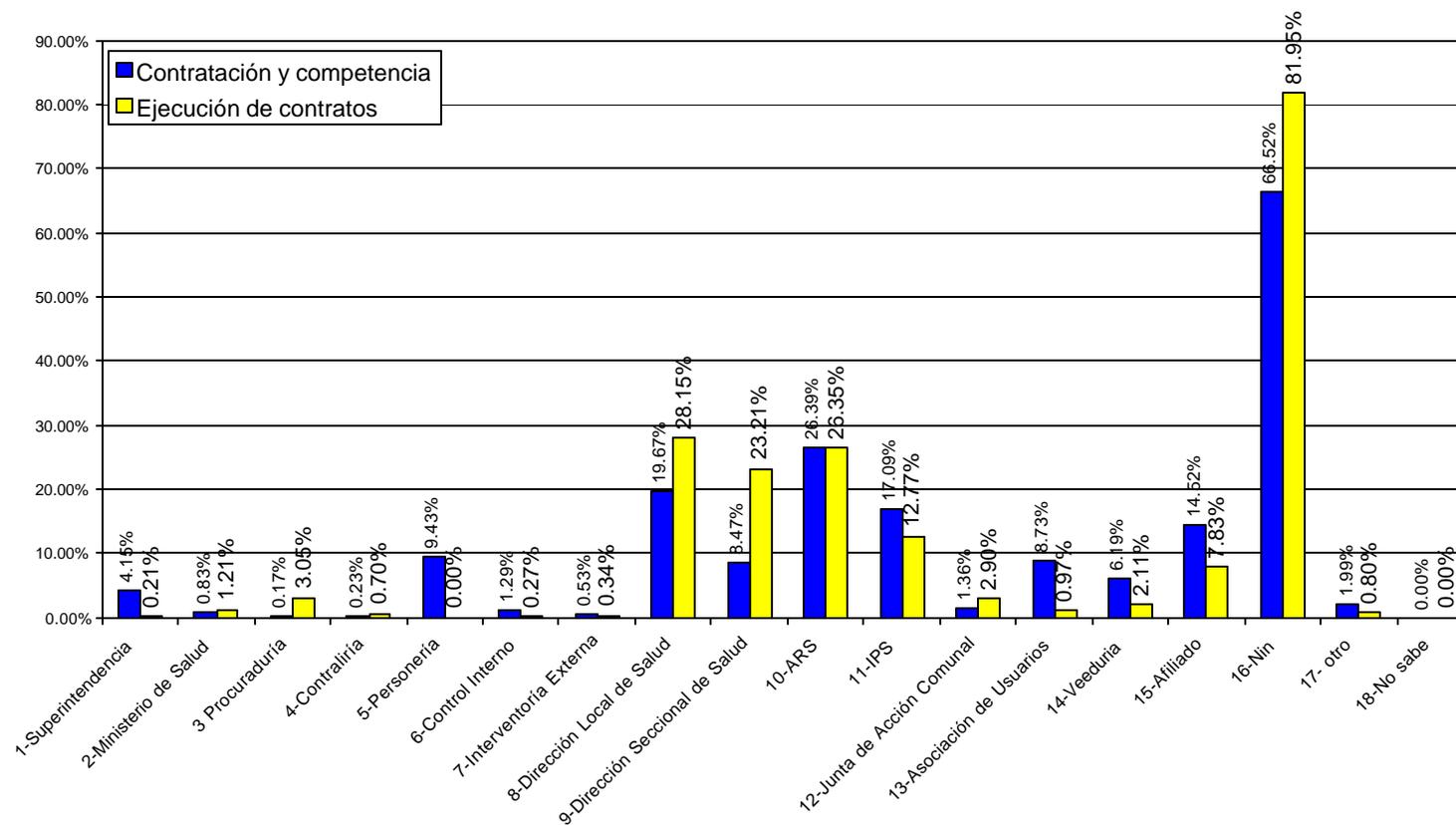
Actores institucionales y sociales que detectan los principales problemas



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico 23.

Actores institucionales y sociales que más detectan los conjuntos de problemas



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

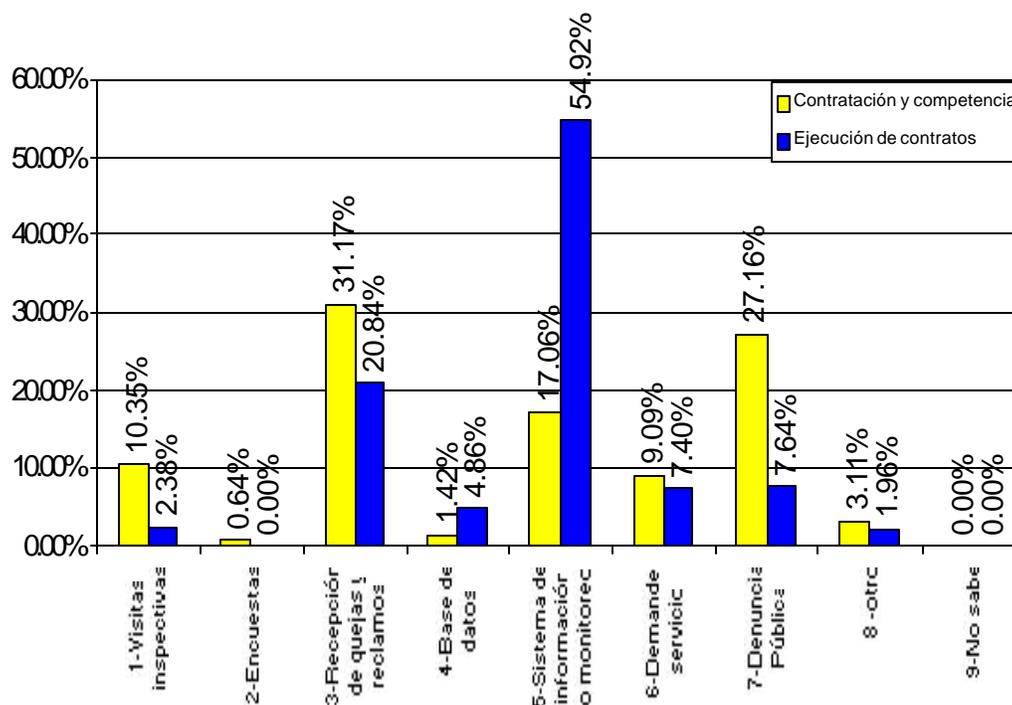
A partir de los resultados expandidos de las DLS se puede inducir que a juicio de estas las ARS como las IPS tienen baja capacidad técnica para el cumplimiento de sus funciones. Sin embargo, los contratos se realizan con ellas, lo cual puede estar significando dos cosas. Por una parte, la estrechez del número de oferentes calificados, es decir, una ausencia de mercado. Por otra, puede estar señalando que las reglas de funcionamiento del régimen subsidiado protegen los mercados a las ARS y su red de servicios aun cuando padezcan de condiciones técnicas suficientes para el buen desarrollo de los contratos y los servicios.

1.3.2 Mecanismos de detección de problemas

A pesar de la existencia de una mayor regulación sobre contratos entre el Estado y las empresas en comparación con los derechos ciudadanos de los pobres, en ambos casos priman mecanismos informales, tales como las quejas y reclamos y las denuncias públicas, como los principales mecanismos de detección de problemas. En cambio, los sistemas de información y monitoreo, las visitas inspectivas, las bases de datos y las encuestas contribuyen poco a la detección de problemas.

Gráfico 24.

Mecanismo de detección del conjunto de problemas



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Este resultado es una señal de alerta contundente contra la pretensión de controlar el comportamiento de las empresas públicas y privadas que emprenden innumerables acciones contractuales y de servicios mediante mecanismos formales oportunos y generalizados. En el

parecer de los encuestados, no operan, respecto de la detección de los problemas de contratación y competencia, los mecanismos formales y procedimentales a los que la ley les otorga la principal función de regulación sobre el control, la vigilancia e inspección del sistema.

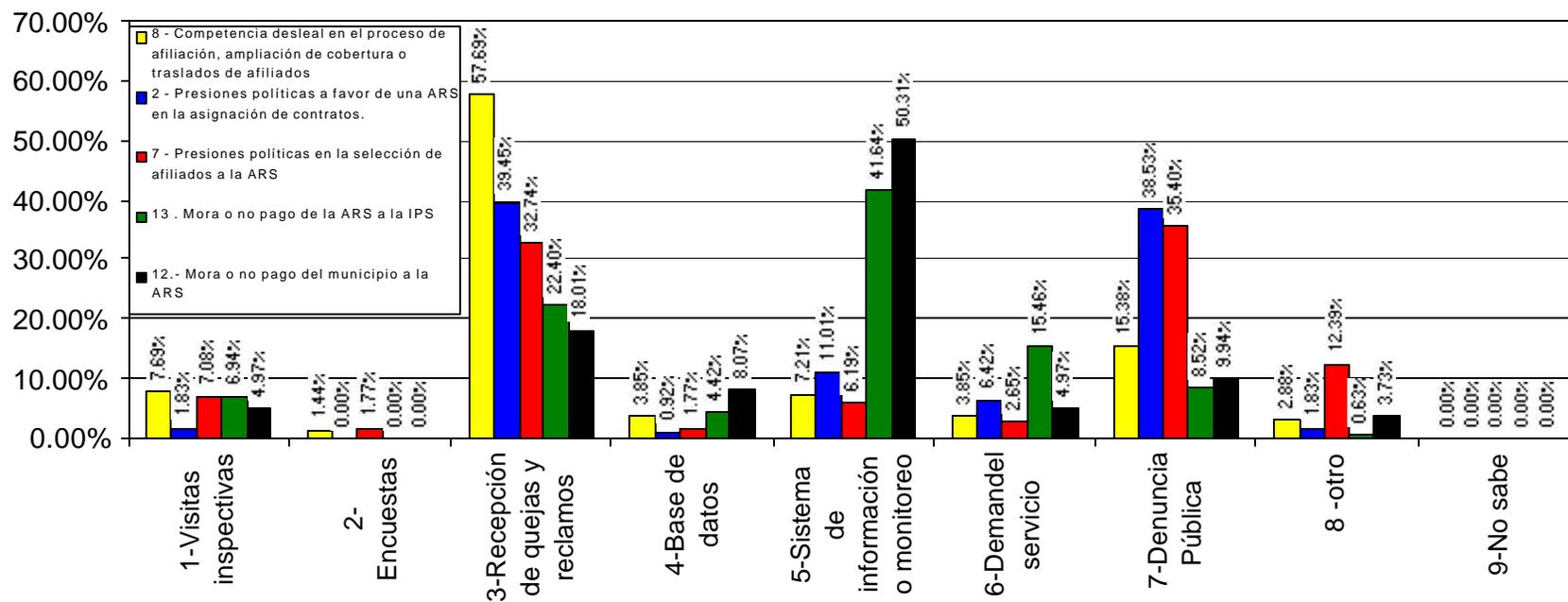
Sin duda, los problemas indagados, aunque se presentan de manera generalizada y son sujeto de reconocimiento y regulación, escapan a los mecanismos de detección formales, tales como bases de datos, series estadísticas u otros. Por el contrario, las moras en los flujos de recursos se inscriben directamente en formatos y atraviesan todos los registros y archivos de los diferentes actores del sistema, por lo cual los sistemas de información y monitoreo son los mecanismos más eficaces para detectar estas anomalías.

Una vez más aparece el imperio de la informalidad en las relaciones de poder con sus implicaciones negativas y sus potencialidades. Negativas, por la precaria construcción de reglas de juego estables, públicas y basadas en el principio de la libre e igual competencia entre empresas y respetuosas de los derechos ciudadanos. Las reglas parecen estar sometidas a correlaciones de fuerza entre empresas y con el mundo político, con lo cual la repartición de mercados, de contratos y de afiliados obedecen más a la simbiosis entre empresas y poderes políticos que a la competencia.

Positivas, en la medida en que en ausencia de mecanismos formales de detección se activan los otros, como las quejas y denuncias públicas. Sin embargo, sobre ellas es difícil documentar y sistematizar las violaciones al principio de la competencia sin documentar los procedimientos mediante los cuales fallan los contratos y la competencia, formalizar las denuncias y eventualmente judicializar las faltas.

Gráfico 25.

Mecanismo de detección de los principales problemas



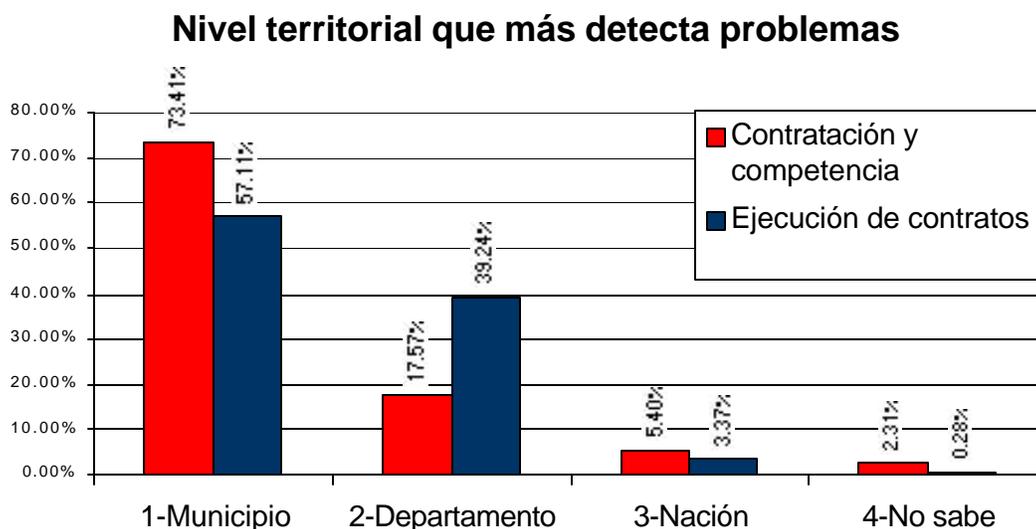
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Las respuestas expandidas de las DLS corroboran los mecanismos informales como los más importantes en la detección de los problemas relacionados con contratación y competencia con un 55% , frente a los sistemas formales que en conjunto representan el 37%. De la misma manera, el sistema de información y monitoreo es el más importante para detectar los problemas en las moras financieras entre agentes del sistema.

1.3.3 Niveles territoriales donde se detectan y a los que se le transfieren los problemas

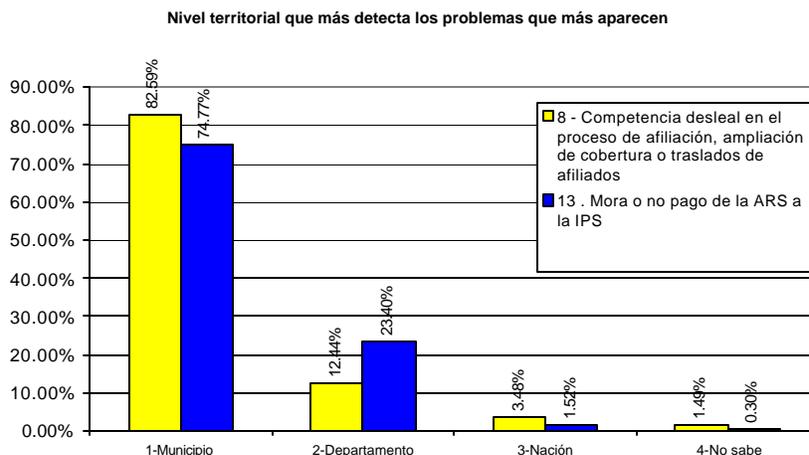
Una vez más el municipio es el ámbito territorial donde se detectan los problemas, en este caso de contratación y competencia, aunque el departamento participa medianamente en este proceso; la nación no aparece cuando las anomalías suceden en el municipio, ámbito natural donde el régimen subsidiado se desarrolla. Esto sucede tanto para el conjunto de problemas en general, como para el principal problema, el de competencia desleal en el proceso de afiliación, ampliación de cobertura o traslado de afiliados. Por el contrario, aquellos problemas que pueden ser detectados por medios técnicos como son las moras en los pagos o transferencias de los recursos, pueden ser objeto de un mayor seguimiento por el departamento, el cual, vale la pena anotar también participa en el proceso de ejecución de los contratos y por tanto se encuentra interesado en llevar un seguimiento de estos.

Gráfico 26.



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico 27.

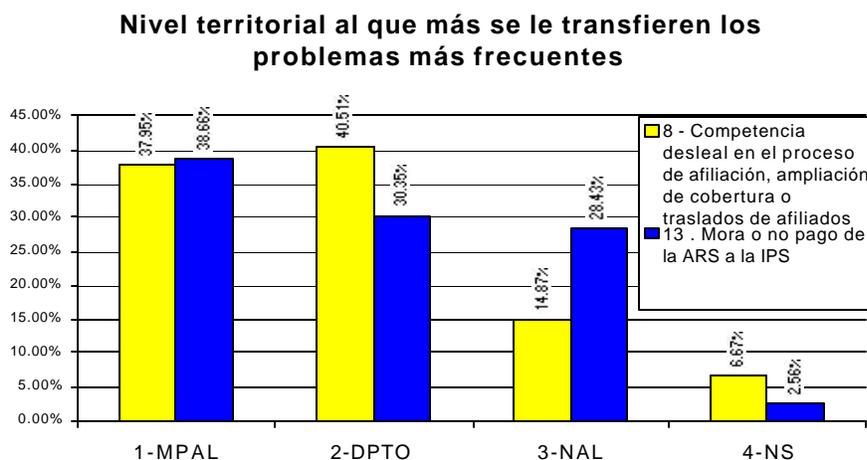


Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

1.3.4 Niveles territoriales a los que se le transfieren los problemas y sus causas

Si bien el municipio detecta la mayoría de problemas y los más frecuentes, transfiere al departamento y la nación una cantidad importante de estos para su trámite. Mientras que el departamento detecta el problema más frecuente de contratación y competencia en un 12.44%, tramita el 40.51% y la nación detecta el 3.48% y tramita el 14.87%. Las moras son detectadas en un 23.40% por el departamento y tramitadas en un 30.55% y la nación detecta el 1.52% de las moras y tramita el 28.43% de ellas.

Gráfico 28.



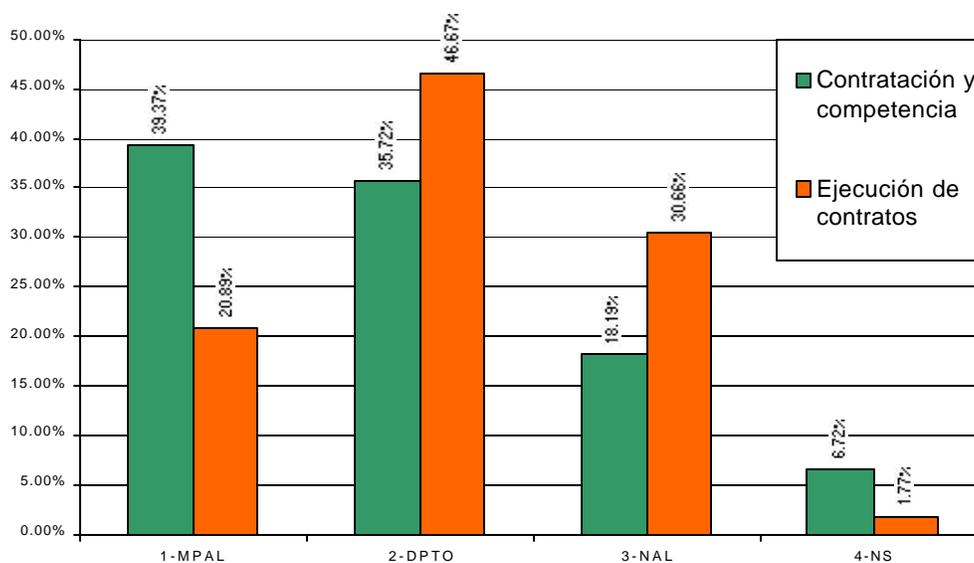
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Esta tendencia se profundiza al considerar el conjunto de los problemas de contratación y competencia, los cuales intentan ser resueltos en menor medida en el nivel municipal respecto de la suma de la transferencia de ellos hacia el departamento y la nación. La proporción de tramites del conjunto de problemas relacionados con la ejecución de contratos son remitidos al departamento y la nación en porcentajes mayores a los que el municipio asume con capacidad propia de resolución.

Los problemas en la contratación y la competencia son presumiblemente remitidos de manera importante por la carencia de fortaleza institucional del municipio para enfrentarse a las empresas aseguradoras. También, porque el municipio está directamente comprometido en los contratos sobre los cuales surgen inquietudes en su manejo. Ante la confluencia entre la función de contratación y de control por el municipio, los actores locales parecen refugiarse en la remisión de problemas a actores de control no comprometidos en la contratación de las agencias cuestionadas. Este es un ejemplo en que un marco de regulación plural, es decir, con una pluralidad de mecanismos diferentes para regular materias semejantes, permite a los actores utilizar unas oportunidades de la regulación, contra los inconveniencias de otras.

Gráfico 29.

Nivel territorial al que se transfieren los conjuntos de problemas



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

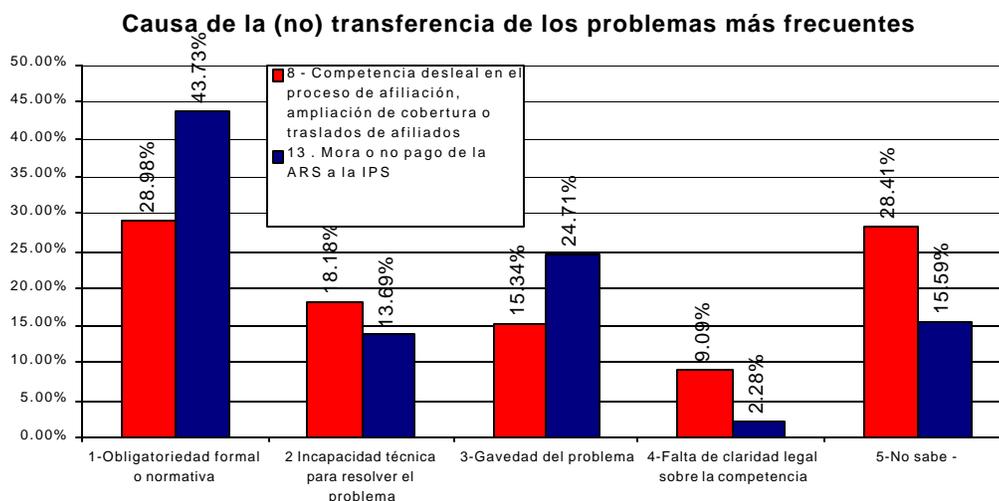
Para el conjunto de problemas de mora, la intermediación de un tercero de más alto rango y nivel territorial es invocada, debido a la formalidad del problema, la facilidad en la constatación por medios técnicos, y a la posibilidad real de sanción mediante la detención de giros sucesivos dentro del sistema donde gran parte de los fondos financieros tienen un flujo vertical.

A diferencia de lo acontecido con las violaciones a los derechos de los afiliados, los problemas de contratación, competencia y ejecución de contratos son sujetos de una importante

remisión al departamento y la nación. Además de lo señalado arriba, una hipótesis complementaria sugiere que las empresas aseguradoras y prestadoras de servicios consideran que la dirección local está implicada en las fallas en la contratación y la competencia, debido a que ellas contratan y tienen intereses políticos directos en el sistema y sus problemas, por lo cual acuden a la remisión de problemas hacia niveles territoriales y agentes estatales diferentes.

Las respuestas expandidas de las DLS corroboran al municipio como la entidad que más detecta y tramita los problemas en general y los problemas particulares que se detectan con mayor frecuencia. Sin embargo, para la detección de problemas la DLS reconoce una menor importancia del nivel departamental respecto a lo que opinan el conjunto de los otros actores del sistema.

Gráfico 30.



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

En cuanto a la transferencia del trámite del control, las DLS reconocen un peso muy importante del nivel departamental en los casos de competencia desleal en el proceso de afiliación, ampliación de cobertura o traslado de afiliados. Sin embargo, para el conjunto de problemas no reconoce el apoyo del departamento en la misma proporción que lo hacen el conjunto de actores del sistema. Lo anterior podría significar que las DLS aquejan una carencia en la función de apoyo y subsidiariedad por parte del nivel departamental.

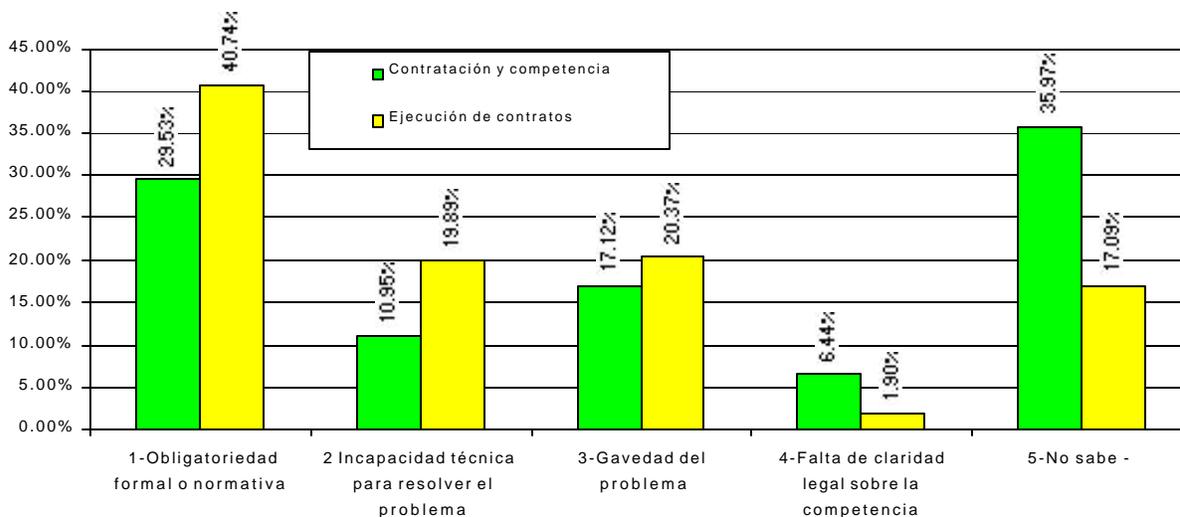
Los actores locales aducen la obligatoriedad formal o normativa para explicar la transferencia de problemas entre niveles territoriales y actores de control. La incapacidad técnica para resolver problemas y la gravedad de ellos, agregados, tiene un peso similar a la primera causa de remisión. Este resultado sorprende porque, las fallas en la contratación y la competencia se explican más por dificultades institucionales y políticas locales que por una obligatoriedad en su remisión. Y, los problemas en las moras, tienen origen en una cadena de retrasos que involucran a todos los actores estatales y privados en todos los niveles

territoriales.

Los resultados expandidos de las DLS corroboran las mismas tendencias analizadas arriba con una sola diferencia, la cual es que el conjunto de actores reconoce una mayor incapacidad técnica local para resolver los problemas aquí considerados, que lo que las DLS consideran sobre su capacidad técnica.

Gráfico 31.

Causa de la no transferencia de los conjuntos de problemas



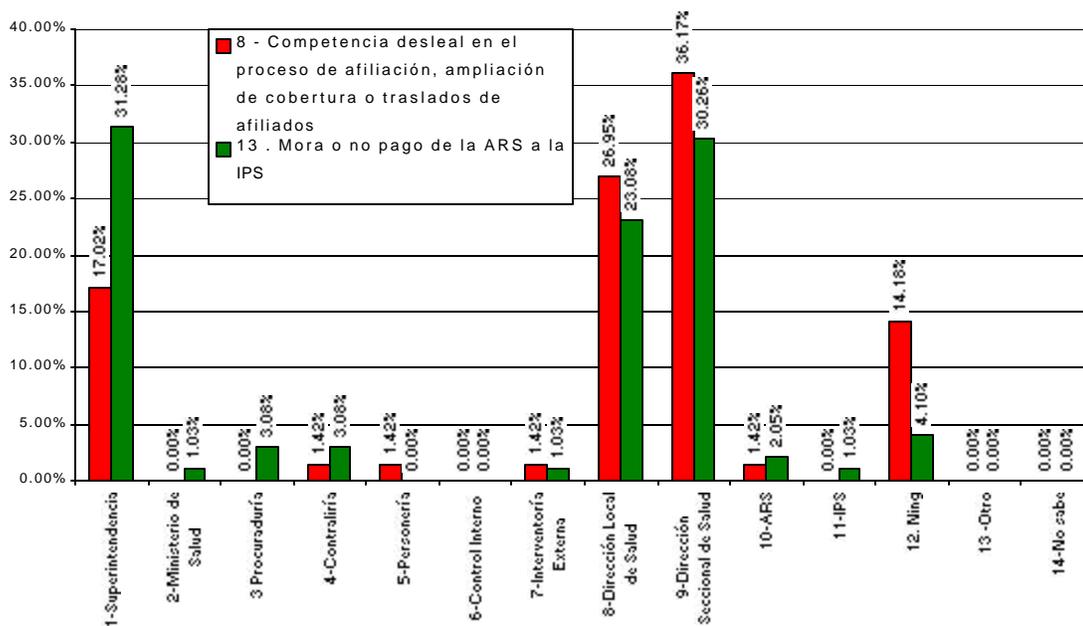
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

1.3.5 Actores de control a los que se le remite el trámite de los problemas y grados de resolución

La competencia desleal en el proceso de afiliación, ampliación de cobertura o traslado de afiliados es transferido de manera prioritaria a las direcciones departamentales, seguidas de las direcciones municipales y de la superintendencia de salud. Importa señalar que a actores del departamento y la nación se les transfiere la resolución del 53.19% de los casos que se generan y detectan en el nivel municipal.



Gráfico 32.
Actores a los que se les transfieren los problemas más importantes



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

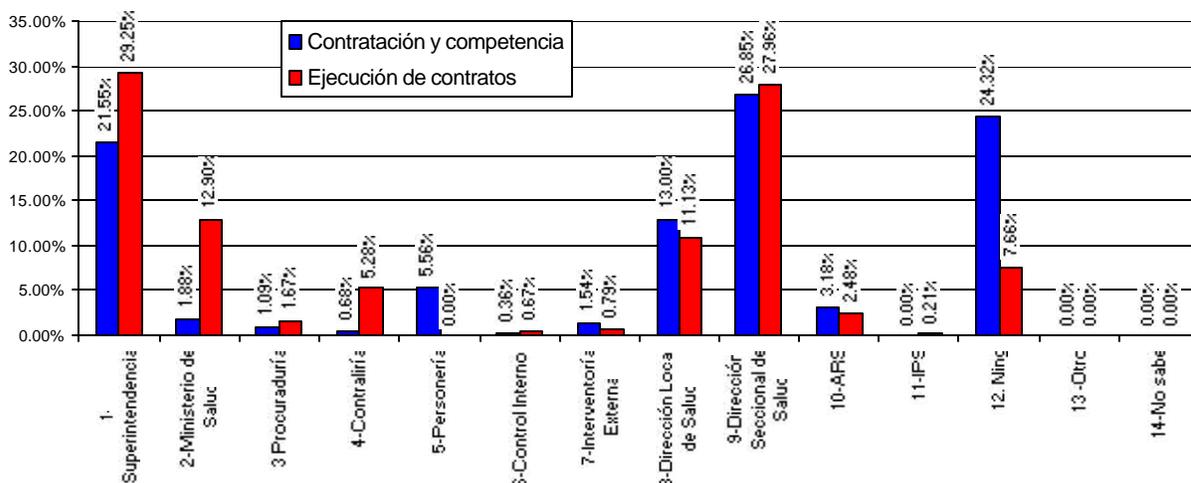
La mora o no pago de las ARS a las IPS es tramitada principalmente por la superintendencia de salud, seguida por la dirección departamental y la dirección municipal. Los actores nacionales y departamentales suman el 62.57% de los trámites totales de este problema que se detecta y normativamente se podría resolver en el nivel municipal.

Los conjuntos de problemas de contratación y competencia son tramitados principalmente por la dirección departamental, seguida por la superintendencia. Los actores departamentales y nacionales tramitan el 50.28% de los casos detectados.

Los conjuntos de problemas en las moras son tramitados por la superintendencia de salud, seguida por la dirección departamental y el ministerio de salud. Los actores nacionales y departamentales tramitan el 70.13% de los casos detectados.

Gráfico 33.

Actores encargados del trámite por conjunto de problemas



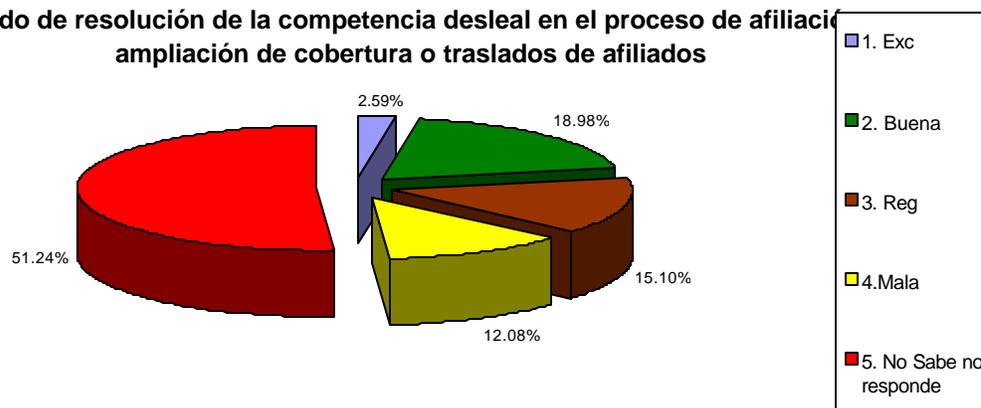
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Todos estos casos de remisión de trámites de problemas detectados y en buena medida generados en el nivel local hacia actores del ámbito departamental y nacional materializan una búsqueda de subsidiariedad por parte de los actores municipales. Sin embargo, el nivel de resolución satisfactoria de los problemas es, en todos los casos, insuficiente.

El grado de resolución entre bueno y excelente para los problemas de competencia desleal en la afiliación, ampliación de cobertura o traslado de afiliados es de 21.57%.

Gráfico 34.

Grado de resolución de la competencia desleal en el proceso de afiliación, ampliación de cobertura o traslados de afiliados

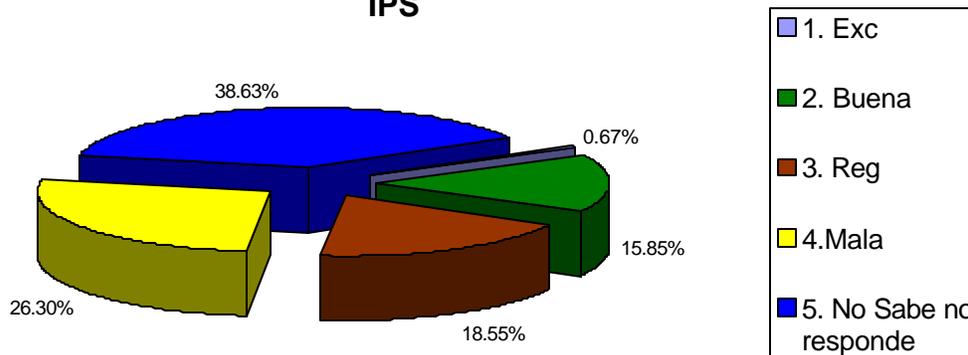


Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

El grado de resolución entre bueno y excelente en las moras de las ARS a las IPS es de 16.52%.

Gráfico 35.

Grado de resolución de la mora o no pago de las ARS a las IPS

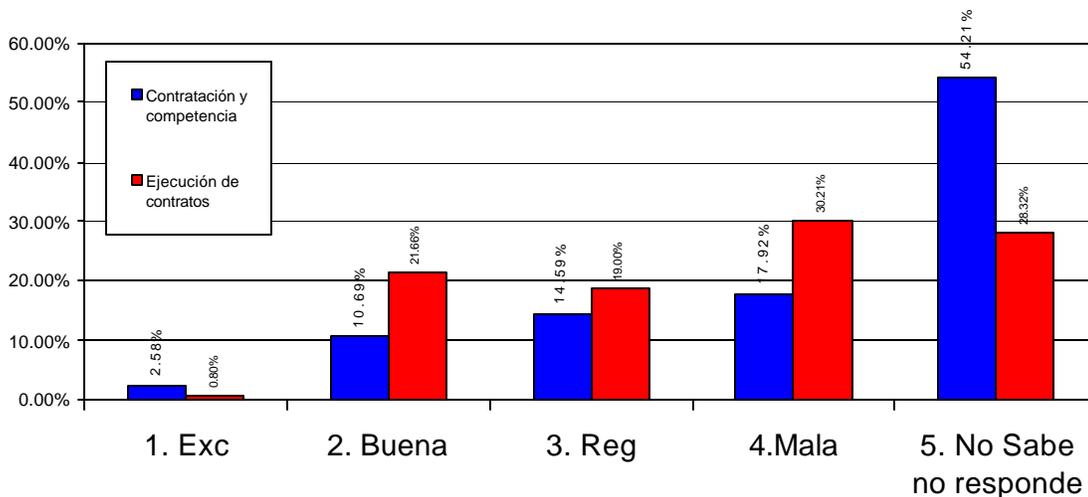


Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

El conjunto de problemas en la contratación y la competencia tienen grados de resolución entre buenos y excelentes del 13.27%.

Gráfico 36.

Grado de resolución de los conjuntos de problemas



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

El conjunto de problemas en la ejecución de contratos referidos a las moras tienen grados de resolución entre buenos y excelentes del 22.46%.

En todos los casos es muy relevante el desconocimiento acusado por el actor entrevistado sobre los grados de resolución de los principales problemas y los subconjuntos de problemas.

Varias razones explican este resultado. Primera, la alta rotación de los responsables del sistema o, lo que es lo mismo, la precaria estabilidad laboral. Segunda, una interrupción en los flujos de información entre actores de control y niveles territoriales. Tercera y como consecuencia de las dos anteriores, cada agencia de control responde por las funciones procedimentales asignadas e ignora, en buena medida, las causas y las consecuencias anteriores y posteriores en las que su labor está inmersa. Por lo cual se puede afirmar que no existe un sistema integral de control desde el punto de vista funcional, ni inteligente desde el punto de vista estratégico, porque cada una de sus partes no puede aprender de la otra ni prever acciones y consecuencias sobre los actos anteriores o futuros.

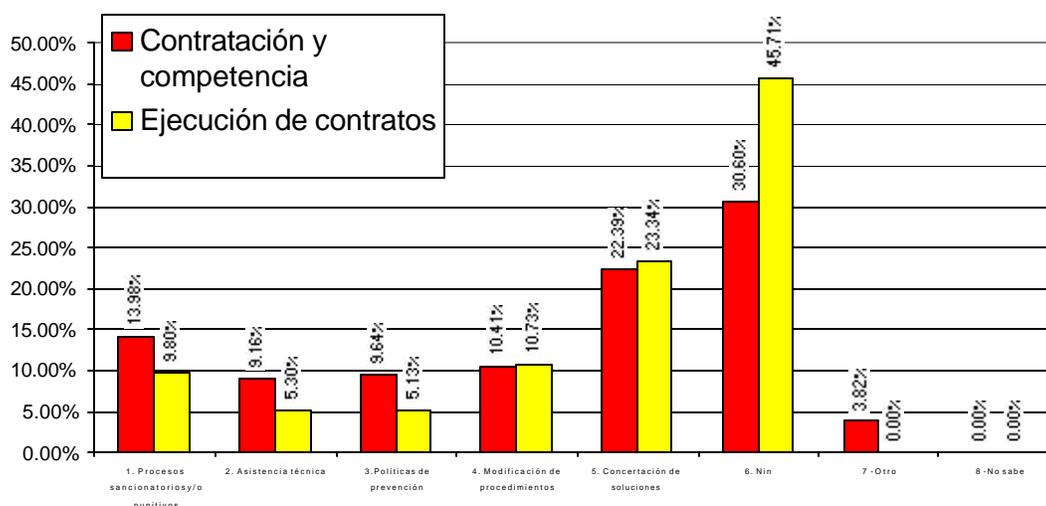
La extensión de las respuestas de las DLS indican una menor ignorancia sobre los resultados de los trámites del control que el conjunto de actores del sistema y una mejor apreciación en cuanto a los grados de resolución regulares y buenos.

1.3.6 Sentido estratégico de las prácticas de control emprendidas

La práctica más frecuente de control para los problemas de contratación, competencia y ejecución de contratos es la concertación. Seguida de los procesos sancionatorios y en tercer lugar la modificación de procedimientos. Las prácticas de menor relevancia son la asistencia técnica y las políticas de prevención.

Gráfico 37.

Prácticas de control que se emprenden con mayor frecuencia por conjunto de problemas



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

El sistema posee una ruptura entre una regulación de procedimientos formales y una práctica que escapa a él, tanto en la detección como en la resolución de problemas. Los mecanismos informales de detección y la concertación de soluciones gobiernan las prácticas de inspección, vigilancia y control.

De tal manera se ampara el principio de la correlación de fuerzas circunstanciales entre actores institucionales públicos y privados de distinto nivel en el gobierno del sistema. En casos de excesos que comprometen la estabilidad y legitimidad del régimen, se acude a sanciones que no modifican la lógica informal del sistema, sino que le señalan límites tolerables.

Pero, en pocos casos, se acude a políticas de prevención y asistencia técnica para modificar de manera estructural las causas de los problemas. Puesto que de tal manera se generarían reglas de juego estables, conocidas y públicas que restringirían la fusión de intereses empresariales y políticos que gobiernan el régimen subsidiado en salud.

No defendemos aquí una posición que otorga a la asistencia técnica y las políticas de prevención un lugar central, que sería ocupado por la tecnocracia y los políticos nacionales, para disciplinar al conjunto de actores en la alcance de unos objetivos loables. Tales políticas no son más que instrumentos subordinados de un conjunto de propósitos que nutren las recomendaciones de modificación al régimen subsidiado en salud, que se entran a explicar a continuación.

1.3.7 Grado de resolución según el actor que tramita el control

La dirección local de salud es la entidad que más garantiza la resolución de los problemas en un 40% pero solo da trámite aproximadamente al 12% de los problemas de contratación, competencia y ejecución de contratos.

Tabla 6. Grado de resolución de problemas de contratación v eiecución de contratos seáun el actor que tramita el control (actores que más tramitan)

	Excelente	Buena	Excelente v Buena	Regular	Mala	Regular v mala	No Sabe
Dirección local de salud	2.94%	36.76%	39.71%	38.24%	16.18%	15.38%	5.88%
Dirección seccional de salud	4.00%	26.00%	30.00%	24.00%	34.00%	0.00%	12.00%
Ministerio de salud	0.00%	30.00%	30.00%	30.00%	30.00%	0.00%	10.00%
Super intendencia	2.15%	12.90%	15.05%	24.73%	52.69%	0.00%	7.53%

Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

La dirección seccional y el ministerio de salud garantizan el 30% de la resolución de los problemas, siendo que tramitan el 27% y el 7% de los problemas, respectivamente.

La superintendencia garantiza un grado de resolución del 15% y tramita el 25% de los problemas.

Se concluye que la eficacia en la resolución de problemas es mayor para el actor del nivel municipal, seguida por el actor que se encuentra en el nivel departamental y la menor eficiencia se encuentra en el actor del nivel nacional. Sin embargo, para todas las instituciones, los grados de resolución entre regulares y malos son mayores que las

resoluciones excelentes y buenas.

Este resultado alerta, además, sobre la precariedad de los mecanismos de subsidiariedad, es decir, sobre el precario apoyo que las entidades departamentales y nacionales prestan a los municipios cuando estos no pueden resolver problemas y acuden a actores de niveles superiores de gobierno. No sobra señalar que a la superintendencia se le transfiere uno de cada cuatro problemas de contratación, competencia y ejecución de contratos y que su grado de resolución, entre regular y malo, es del 77%, el cual es el resultado más malo entre los actores institucionales que más tramitan las falencias detectadas por el sistema. Una vez más la evaluación llama la atención sobre la ineficiencia del modelo de control de la superintendencia de salud.

Tabla 7. Grado de resolución de problemas de contratación v eiecución de contratos seaún el actor que tramita el control (actores que menos tramitan)

	Excelente	Buena	Excelente v Buena	Regular	Mala	Regular v mala	No Sabe
Personería	0.00%	44.44%	44.44%	44.44%	11.11%	77.42%	0.00%
Contraloría	0.00%	37.50%	37.50%	12.50%	25.00%	0.00%	25.00%
ARS	0.00%	16.67%	16.67%	33.33%	50.00%	0.00%	0.00%
Procuraduría	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	33.33%	0.00%	66.67%

Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Respecto de los actores que menos volumen de problemas tramitan, vale la pena señalar que, una vez más, la personería obtiene los mayores niveles de resolución entre todos los actores institucionales que tramitan el control, con un 44% y tramita el 2.5% del total de ellos.

1.3.8 Grado de resolución según el nivel territorial donde se tramita el control

El nivel departamental y municipal tienen similar capacidad de resolución de los problemas que son tramitados por el conjunto de actores que en ellos se encuentran. Sin embargo, el municipio tramita un volumen de problemas 30% mayor respecto del departamento. La nación tramita un volumen relevante de problemas, uno de cada cuatro y solamente resuelve positivamente el 12% de ellos.

Tabla 8. Grado de resolución de problemas de contratación y ejecución por nivel territorial donde se tramita el control

	Excelente	Buena	Excelente v Bueno	Regular	Mala	Regular v malo	No Sabe
Deptal	3.82%	28.24%	32.06%	25.19%	33.59%	58.78%	9.16%
Municipal	0.78%	29.69%	30.47%	33.59%	27.34%	60.94%	8.59%
Nacional	0.98%	10.78%	11.76%	25.49%	50.98%	76.47%	11.76%
No sabe	7.69%	7.69%	15.38%	15.38%	0.00%	15.38%	69.23%

Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Un resultado similar se obtuvo al considerar las violaciones a los derechos de las personas en la afiliación, carnetización y prestación de servicios. Con la diferencia que en cuanto a las fallas en la contratación, competencia y la ejecución de contratos existe un mayor volumen de remisión de problemas hacia el departamento y la nación, no así una mayor eficacia en su resolución.

1.3.9 Grados de resolución según el mecanismo de control emprendido

Todo sistema de regulación construye mecanismos regulares para dar trámite a la mayoría de las materias que controla, así mismo prevé mecanismos extraordinarios para casos límites. El sistema de control del régimen subsidiado no está gobernado por este principio puesto que los mecanismos de prevención, asistencia técnica y modificación de procedimientos son utilizados en el 25% de los casos y los mecanismos extraordinarios, la concertación y la apertura de procesos punitivos y sancionatorios, sumados, constituyen el 34% de los casos.

	Intensidad en la utilización del mecanismo	Excelente v bueno	Regular v malo	No Sabe
Asistencia técnica	7.45%	62.50%	33.33%	4.17%
Concertación de soluciones	22.37%	41.67%	56.48%	1.85%
Modificación de procedimientos	10.57%	39.58%	45.83%	14.58%
Procesos sancionatorios v/o punitivos	11.89%	39.29%	55.36%	5.36%
Políticas de prevención	7.39%	23.81%	73.81%	2.38%
Ninguno	38.16%	0.58%	98.84%	0.58%
No sabe	1.91%	0.00%	66.67%	33.33%

Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

La asistencia técnica es el mecanismo más eficaz para resolver satisfactoriamente problemas, con un desempeño del 63%, pero se recurre a él de manera marginal entre todos los mecanismos utilizados.

La concertación de soluciones es el mecanismo de resolución de problemas más utilizado pero tiene un desempeño medio comparado con la eficiencia de los otros mecanismos.

La Universidad Nacional recomienda por una parte, sistematizar los mecanismos informales de detección y resolución de problemas y, por otra, utilizar esta información para construir políticas de asistencia técnica.

1.3.10 Aportes del análisis de correlaciones múltiples

Los siguientes gráficos permiten reafirmar algunos de los hallazgos presentados arriba, mediante una técnica que reagrupa visualmente varias variables.

- **Afiliación, carnetización y prestación de servicios**

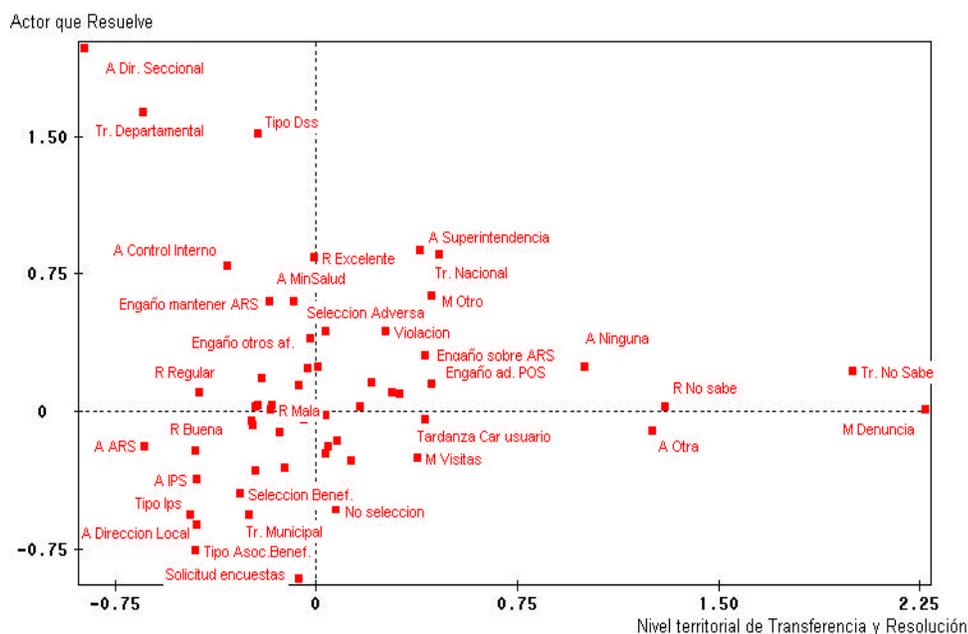
Cuando se hace uso de mecanismos informales para la detección de problemas, como por ejemplo la denuncia pública, se le asocia la ignorancia en cuanto al nivel territorial al que se transfiere el problema, el actor que se hace cargo de su trámite y el grado de resolución. Lo anterior reafirma la necesidad de sistematizar la información que entra al sistema de IVC por vías informales.

La fragmentación entre los actores del sistema es reiterada por la asociación entre un actor que responde, por ejemplo la Dirección Departamental de Salud, y el autoreconocimiento de su liderazgo en la captura de los problemas en general.

El alto grado de municipalización de las prácticas de IVC es ilustrado por la asociación entre un conjunto de problemas de identificación y selección de beneficiarios cuyo trámite es asumido por actores locales sin concurrencia de actores de niveles territoriales superiores.

La agremiación de puntos alrededor de un grado de resolución malo reitera la incapacidad del sistema de IVC de hacer respetar los derechos de las personas.

Gráfico 38.



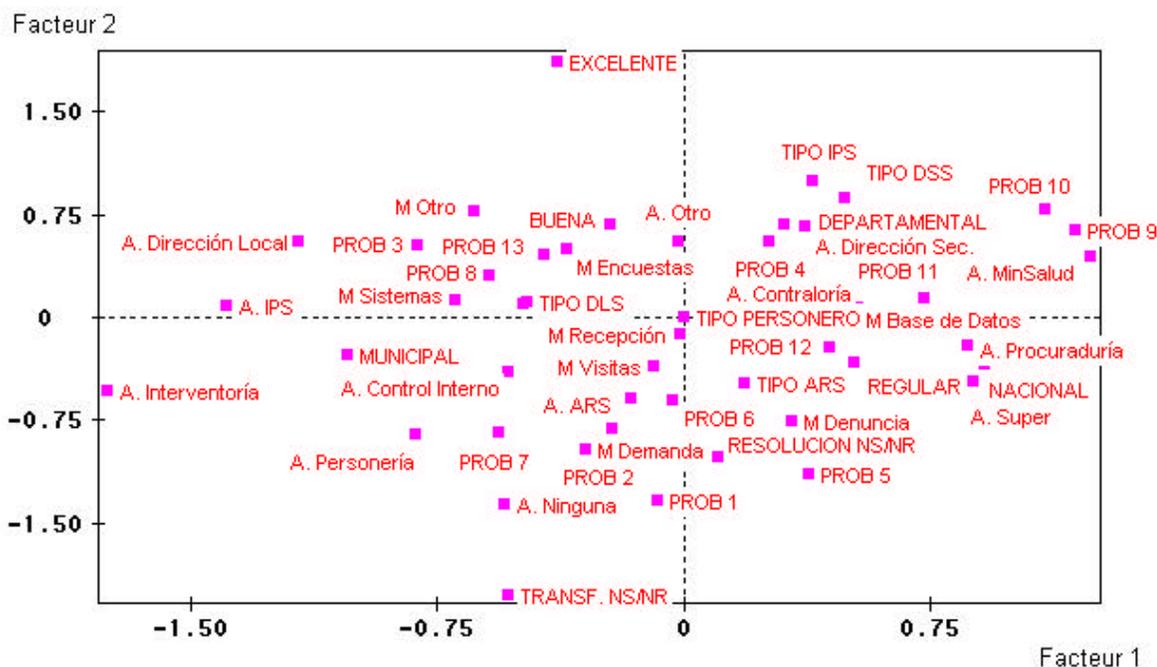
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

• Contratación y competencia

Los mecanismos informales de detección de problemas, tales como la denuncia pública, están asociados a la ignorancia sobre el trámite y grado de resolución de problemas en las relaciones contractuales, como por ejemplo, la violación al principio de competencia entre ARS, presiones políticas en la asignación de contratos en favor de una ARS y contratación de ARS sancionadas con anterioridad.

Las moras de la nación a los departamentos y municipios están asociadas, al igual que las moras de los departamentos y municipios a las ARS, lo que ilustra la irrelevancia del grado de descentralización para explicar las moras.

Grafico 39.



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

1.4 CONCLUSIONES

1.4.1 El método de evaluación: procesos, usos y significados del control

Existen dos métodos de evaluación de programas públicos: uno de análisis de procedimientos y otro de procesos reales, usos y relaciones de poder entre actores de la política; a partir del segundo se desarrolla la evaluación del componente de inspección, vigilancia y control con base en un sistema dinámico que indaga las relaciones entre problemas detectados, actores que los capturan, mecanismos de detección, niveles territoriales en que ocurren y a los

que se transfieren las anomalías, a determinados actores con el fin de que emprendan prácticas de control que conlleven determinados grados de resolución.

De la aplicación de este método de evaluación se concluye que las bases de datos, los archivos sistematizados y los procedimientos formales de control del sistema no permiten saber la cantidad, intensidad y gravedad de las violaciones a los derechos fundamentales que se presentan en el régimen subsidiado en salud. De la misma manera, una actividad de control que se centra en constatar el respeto a los procedimientos formales no conoce la cantidad de problemas capturados o resueltos por el sistema. Por lo tanto, los sistemas externos de evaluación del control no deben basarse principalmente en la información de los archivos y bases de datos ni en la constatación de procedimientos por los agentes del régimen subsidiado.

El objetivo central del régimen subsidiado en salud debe ser garantizar el derecho de los pobres a la salud, por lo que se indaga por la violación a este derecho mediante el encadenamiento de problemas en la selección, afiliación, carnetización, prestación de servicios y la libre escogencia de las ARS por los beneficiarios. Con el fin de garantizar la extensión de la cobertura de afiliados y la calidad de los servicios recibidos, se implementa un sistema de competencia entre empresas estatales y privadas en el aseguramiento y la prestación de servicios. Las violaciones al principio de la competencia en la contratación de ARS e IPS y los problemas de mora en el flujo de recursos a todo nivel, completan la evaluación del sistema de IVC.

1.4.2 Problemas referentes a los derechos de los usuarios

La mayor cantidad de problemas son de acceso al sistema por los beneficiarios, bien sea por la existencia de múltiples afiliaciones o por la tardanza entre afiliación y carnetización de beneficiarios. Las falencias en la atención a los usuarios debidas a deficiencias en la calidad y la oportunidad en la prestación de servicios son el tercer y cuarto problema más frecuente. Analizado el conjunto de problemas posibles de acceso y prestación del servicio, se constata la existencia de falencias en todos los ámbitos, aunque en mayor medida en el acceso al sistema.

Los actores institucionales detectan en mayor medida los problemas de acceso, mientras los actores sociales lo hacen a la calidad y oportunidad en la presentación de servicios. Los actores institucionales más dinámicos en la detección de problemas son las direcciones locales de salud, seguidas de las personerías y las ARS. Llama la atención la total ausencia de reconocimiento, por los actores departamentales y municipales, de cualquier función a la superintendencia y el ministerio de salud en la detección de las violaciones a los derechos de las personas. Los actores sociales que más detectan violaciones a los derechos son los propios afiliados al régimen subsidiado, seguidos por las asociaciones de usuarios.

El mecanismo de detección de problemas más eficiente es la recepción de quejas y reclamos, le siguen las presiones que el usuario hace en el momento de demandar el servicio y las denuncias públicas; los tres son recursos legales pero informales. La precariedad de otros mecanismos como las encuestas, los sistemas de información y monitoreo, las visitas inspectivas y las bases de datos de afiliados en la detección de problemas es evidente,

así como las deficientes condiciones técnicas e institucionales para detectar las violaciones a los derechos de las personas, no permiten adelantar un control basado en la constatación de procedimientos y requisitos formales por parte de los actores del sistema.

En todos los casos, el nivel territorial en el que más se detectan problemas es el municipal. Se constata un alto grado de municipalización efectiva alcanzado en cuanto a la detección (entrada) de problemas al sistema de inspección, vigilancia y control. Por otra parte, es significativa la poca importancia del nivel departamental y la insignificante incidencia de la nación en la detección de las violaciones a los derechos de los usuarios del régimen subsidiado en salud.

Los problemas detectados, en su mayoría por el nivel municipal, no se transfieren masivamente al departamento o a la nación para su trámite y solución. Consideramos conveniente y normal que el municipio sea la entidad que detecte y resuelva la mayoría de los problemas. Pero también es necesario el apoyo del departamento y la nación en la captura y solución de las violaciones a los derechos de las personas. Esto porque una cosa es la municipalización del sistema de inspección, vigilancia y control. Otra, bien distinta, es el funcionamiento descentralizado del sistema. La descentralización en este caso, como en cualquier otro, significa, concurrencia, subsidiariedad y colaboración entre niveles de gobierno en las políticas públicas. El municipio dejado a sí solo no puede intervenir sobre el conjunto de condiciones institucionales, variables normativas y reglamentarias, entornos administrativos y relaciones de poder del régimen subsidiado en salud.

La causa para no remitir a otro nivel territorial la solución de los problemas detectados localmente reside en que los actores sienten que el municipio tiene una obligación formal y normativa de resolver ellos mismos los problemas. La excepción a esta regla la conforman los problemas que por incapacidad técnica local, gravedad del problema o falta de claridad legal sobre la competencia son posiblemente las razones que justifican las remisiones a otros nivel territoriales, causa que exclusivamente se aduce en los casos de presiones indebidas a los usuarios por parte de las ARS.

Las direcciones locales de salud son los actores del control que más tramitan las quejas en cuanto a la violación de derechos, le siguen la DSS y las ARS. A la Superintendencia de Salud se le tramita un volumen insignificante de las violaciones a los derechos de las personas, lo cual indica dos cosas. Primero, la posible ignorancia de la Superintendencia sobre la cantidad, intensidad y gravedad de los problemas que ocurren. Segundo, el grado de municipalización del sistema de inspección, vigilancia y control.

La práctica de control más popular es la concertación de soluciones entre los actores involucrados en los problemas, si bien este método evita los mayores costos derivados de los trámites legales, esconde la incapacidad de los organismos para ejercer medidas coercitivas.

Los actores entrevistados consideran que el grado de resolución de problemas en general, es entre regular y malo. La baja calificación en el grado de resolución en los problemas de afiliación y carnetización, así como el predominio de una calificación negativa en identificación y selección de beneficiarios es preocupante en la medida en que limita la entrada de los beneficiarios al régimen subsidiado y, cuando entran, restringe el acceso a los servicios.

Los personeros son quienes tienen el mayor porcentaje de casos calificados como excelente y bueno en la resolución de los problemas, sin embargo tienen una muy baja participación en el trámite de estos. La dirección local de salud tramita la mayor cantidad de problemas y logra una calificación de excelente y bueno en la resolución en menos de la mitad de los casos. La Superintendencia, por su parte presenta bajos niveles de resolución de problemas cuando tramita las violaciones a los derechos de los afiliados al régimen subsidiado.

Lo anterior pone en evidencia las falencias de un sistema centralizado y jerarquizado para garantizar respuestas ágiles y oportunas a los sucesos locales, que tienen alta incidencia sobre los derechos de los ciudadanos.

1.4.3 Problemas en la contratación: la violación al principio de la competencia

Los tres principales problemas en la contratación son de violación al principio de la libre competencia entre empresas, los cuales suman más de la mitad del total de problemas en la contratación.

El personero y los afiliados son los actores que en mayor medida se interesan en las presiones indebidas que los beneficiarios reciben por parte de las ARS y las direcciones locales en la afiliación al sistema. En cambio, las instituciones públicas de cualquier nivel territorial y las empresas públicas y privadas que implementan el sistema están más interesadas en los problemas de competencia entre agencias, repartición de contratos y mercados. Es por ello que, al considerar el conjunto de problemas de contratación y competencia, las instituciones, en su orden, las ARS, las DLS y las IPS, contribuyen en mayor medida a su detección en comparación con los afiliados y los personeros.

Los actores que respondieron a la encuesta perciben una precaria contribución del departamento y prácticamente una ausencia de las instancias reguladoras del orden nacional y de los organismos de control de cualquier nivel en la detección de problemas en la contratación y la competencia.

A pesar de la existencia de una mayor regulación sobre contratos entre el Estado y las empresas en comparación con los derechos ciudadanos de los pobres, en ambos casos priman mecanismos informales, tales como las quejas y reclamos y las denuncias públicas, como los principales mecanismos de detección de problemas. En cambio, los sistemas de información y monitoreo, las visitas inspectivas, las bases de datos y las encuestas contribuyen poco a la detección de problemas.

Sin duda, los problemas indagados, aunque se presentan de manera generalizada y son sujeto de reconocimiento y regulación, escapan a los mecanismos de detección formales, tales como bases de datos, series estadísticas u otros. Por el contrario, las moras en los flujos de recursos se inscriben directamente en formatos y atraviesan todos los registros y archivos de los diferentes actores del sistema, por lo cual los sistemas de información y monitoreo son los mecanismos más eficaces para detectar estas anomalías.

Una vez más aparece el imperio de la informalidad en las relaciones de poder con sus implicaciones negativas y sus potencialidades. Negativas, por la precaria construcción de

reglas de juego estables, públicas y basadas en el principio de la libre e igual competencia entre empresas y respetuosas de los derechos ciudadanos. Las reglas parecen estar sometidas a correlaciones de fuerza entre empresas y con el mundo político, con lo cual la repartición de mercados, de contratos y de afiliados obedecen más a la simbiosis entre empresas y poderes políticos que a la `libre competencia de mercado´. Positivas, en la medida en que en ausencia de mecanismos formales de detección se activan los otros, como las quejas y denuncias públicas. Sin embargo, sobre ellas es difícil sistematizar las violaciones al principio de la competencia sin documentar los procedimientos mediante los cuales fallan los contratos y la competencia, formalizar las denuncias y eventualmente judicializar las faltas.

Una vez más el municipio es el ámbito territorial donde se detectan los problemas, en este caso de contratación y competencia, aunque el departamento participa medianamente en este proceso; la nación no aparece cuando las anomalías suceden en el municipio, ámbito natural donde el régimen subsidiado se desarrolla. Por el contrario, aquellos problemas que pueden ser detectados por medios técnicos como son las moras en los pagos o transferencias de los recursos, pueden ser objeto de un mayor seguimiento por el departamento, el cual, vale la pena anotar también participa en el proceso de ejecución de los contratos y por tanto se encuentra interesado en llevar un seguimiento a estos.

Esta tendencia se profundiza al considerar el conjunto de los problemas de contratación y competencia, los cuales intentan ser resueltos en menor medida en el nivel municipal respecto de la suma de la transferencia de ellos hacia el departamento y la nación.

Los problemas son presumiblemente remitidos de manera importante por la carencia de fortaleza institucional del municipio para enfrentarse a las empresas aseguradoras. También, porque el municipio está directamente comprometido en los contratos sobre los cuales surgen inquietudes en su manejo. Ante la confluencia entre la función de contratación y de control por el municipio, los actores locales parecen refugiarse en la remisión de problemas a actores de control no comprometidos en la contratación de las agencias cuestionadas. Este es un ejemplo en el que un marco de regulación plural, es decir, con una pluralidad de mecanismos diferentes para regular materias semejantes, permite a los actores utilizar unas oportunidades de la regulación, contra los inconveniencias de otras.

Para el conjunto de problemas de mora, la intermediación de un tercero de más alto rango y nivel territorial es invocada, debido a la formalidad del problema, la facilidad en la constatación por medios técnicos y a la posibilidad real de sanción mediante la detención de giros sucesivos dentro del sistema donde gran parte de los fondos financieros tienen un flujo vertical.

Además de lo señalado arriba, una hipótesis complementaria sugiere que las empresas aseguradoras y prestadoras de servicios consideran que la dirección local está implicada en las fallas en la contratación y la competencia, debido a que ellas contratan y tienen intereses políticos directos en el sistema y sus problemas, por lo cual acuden a la remisión de problemas hacia niveles territoriales y agentes estatales diferentes.

En forma notoriamente diferente a aquellos relacionados con la violación de derechos de los afiliados, los problemas de competencia desleal y ejecución de contratos presentan un mayor

nivel de transferencia hacia entidades del orden departamental y nacional, lo cual materializa una búsqueda de subsidiariedad por parte de los actores municipales. Sin embargo, el nivel de resolución satisfactoria de los problemas es, en ambos conjuntos de problemas, insuficiente.

En todos los casos es muy relevante el desconocimiento acusado por el actor entrevistado sobre los grados de resolución de los principales problemas y los subconjuntos de problemas, esto se debe a la alta rotación de los responsables del sistema, la interrupción en los flujos de información entre actores de control y niveles territoriales y como consecuencia de las dos anteriores, cada agencia de control responde por las funciones procedimentales asignadas e ignora, en buena medida, las causas y las consecuencias anteriores y posteriores en las que su labor está inmersa.

1.4.4 El sistema de inspección, vigilancia y control: ni integral ni inteligente

Se puede afirmar que no existe un sistema integral de control desde el punto de vista funcional, ni inteligente desde el punto de vista estratégico, porque cada una de sus partes no puede aprender de la otra ni prever acciones y consecuencias sobre los actos anteriores o futuros. El sistema actual posee una ruptura entre una regulación de procedimientos formales y una práctica que escapa a él, tanto en la detección como en la resolución de problemas. Los mecanismos informales de detección y la concertación de soluciones gobiernan las prácticas de inspección, vigilancia y control.

De tal manera, se ampara el principio de la correlación de fuerzas circunstanciales entre actores institucionales públicos y privados de distinto nivel en el gobierno del sistema. En casos de excesos que comprometen la estabilidad y legitimidad del régimen, se acude a sanciones que no modifican la lógica informal del sistema, sino que le señalan límites tolerables.

Pero, en pocos casos, se acude a políticas de prevención y asistencia técnica para modificar de manera estructural las causas de los problemas, siendo que, de tal manera, se generarían reglas de juego estables, conocidas y públicas que restringirían la fusión de intereses empresariales y políticos que gobiernan el régimen subsidiado en salud.

1.5 RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

1.5.1 Evaluación de derechos a partir de procesos reales

Se recomienda adoptar evaluaciones sistemáticas sobre los procesos reales de control en el sistema, es decir, sobre los usos que diferentes actores con intereses y relaciones de poder hacen. Para el efecto se deben adoptar metodologías dinámicas de captura, análisis e interpretación del funcionamiento de la inspección, vigilancia y control.

Particular atención debe prestarse a la necesidad de sistematizar los mecanismos informales,

que actualmente son utilizados para capturar y tramitar las violaciones a los derechos de las personas, mediante archivos y bases de datos.

Por otra parte, analizar las relaciones reales entre diferentes niveles de gobierno con el fin de evaluar la concurrencia, subsidiariedad y coordinación, es decir, el modelo real y la eficacia de la descentralización del control a las violaciones a los derechos en el régimen subsidiado.

De la misma manera, se deben analizar los procesos reales mediante los cuales se relacionan diferentes instituciones públicas con el fin de evaluar la coordinación interinstitucional al interior del Estado, debido a que las diferencias de propósitos, funciones y actuaciones entre agencias estatales incide sobre la calidad, pertinencia y eficacia de las acciones de control, vigencia y respecto de los derechos.

Por último, realizar un seguimiento sistemático a las relaciones entre agencias estatales, empresas privadas y actores sociales alrededor de la generación, captura y trámite de los problemas de control, en la medida en que este es compartido entre el Estado y la sociedad.

1.5.2 Sistematizar la informalidad

Teniendo en cuenta que en la captura y resolución de problemas de inspección, vigilancia y control, los mecanismos más utilizados son informales y que ellos no permiten conocer de manera verás la intensidad y gravedad de los problemas ni dan garantía de un adecuado grado de resolución de las demandas, se recomienda emprender un gran esfuerzo de sistematización formal de las prácticas aleatorias, circunstanciales y precarias que gobiernan el sistema.

1.5.3 De la municipalización a la descentralización

Teniendo en cuenta que el nivel municipal y en él las direcciones locales de salud es el nivel territorial y el actor institucional que más captura y tramita los problemas de violación de derechos y de contratación y competencia entre ARS, se recomienda fortalecerles el desarrollo tecnológico, institucional y político para las labores de inspección, vigilancia y control.

En particular, la captura y trámite de las violaciones a los derechos de las personas en la afiliación, carnetización y prestación de servicios deben ser sujetos de una mayor municipalización, en el sentido de fortalecer las capacidades del municipio para aumentar los grados de resolución de estos problemas. Teniendo en cuenta la inoperancia del nivel nacional para detectar y dar trámite a los problemas de violación de derechos de los beneficiarios, se apoya la propuesta de aquellos que opinan que se debe descentralizar de manera más amplia las funciones de control en el régimen subsidiado en salud, incluyendo, para algunos, a la Superintendencia de Salud o sus funciones. Ello no niega la necesidad del apoyo del departamento y la nación en este sentido, básicamente para los casos de las presiones indebidas de las ARS sobre los usuarios, que son remitidos de manera significativa por los municipios al departamento y la nación.

En cuanto a los problemas en la contratación y la competencia entre ARS es claro el llamado que los municipios hacen al nivel departamental y nacional para socorrerlos en tareas que consideran difíciles de tramitar y más aún de resolver satisfactoriamente. En consecuencia, se reclama una mayor competencia, efectividad y presencia del departamento y la nación en este sentido.

1.5.4 Del control burocrático e individual a la socialización del sistema

La reforma al régimen subsidiado en salud debe ser consecuente con este resultado dotando de mayor poder de información, sistematización y capacidad de gestión a los actores sociales respecto de los problemas de calidad y oportunidad de los servicios, a la vez que debe generar mecanismos de evaluación, sanción y estímulo a los actores institucionales locales para detectar las fallas en la calidad y oportunidad de los servicios. En particular es necesario tender puentes más efectivos entre los afiliados -como principal agente que detecta problemas en general y en particular de calidad y oportunidad en la prestación de servicios- con los actores institucionales encargados de tramitar la solución de estas falencias.

Por otra parte, los actores sociales deben tener mayor poder de resistencia para la defensa de los derechos de afiliación y estabilidad en el sistema. También es necesario fortalecer la capacidad de interlocución de los afiliados, sus organizaciones y representantes en la administración pública local ante niveles territoriales superiores y agencias de control para los casos en que las instituciones locales estén implicadas en la violación a los derechos de los afiliados.

En la medida en que los afiliados son, entre todos los actores sociales e institucionales que participan en el régimen subsidiado en salud, los que más detectan las violaciones a los derechos de las personas, es necesario reconocer dicho protagonismo. Se recomienda incorporar a los afiliados dentro de los esquemas regulares de evaluación de desempeño de los actores del sistema y dotarlos de facultades, instrumentos, recursos y poder para realizar dichas evaluaciones.

Por último, es necesaria una política más agresiva de estímulo a la agremiación de los afiliados de manera independiente de toda entidad pública o privada, es decir, no subordinada ni a la voluntad de las direcciones locales, las ARS o los hospitales, es un mecanismo promisorio para hacer respetar los derechos de los afiliados. Si bien, el derecho a la afiliación es por núcleo familiar e individual y las personas cumplen el papel más importante en la detección de anomalías, la agremiación de afiliados tiene la ventaja de fortalecer las capacidades de denuncia, trámite, gestión de soluciones y una eventual representación de beneficiarios en las políticas de salud local que les competen.

1.5.5 De la atomización de los agentes del control a la autoregulación integral del sistema

Un sistema integral de inspección, vigilancia y control para ser efectivo debe poseer una estructura de relaciones de información horizontal y vertical que permita detectar y resolver los problemas que se le presenten, en el que opere la subsidiariedad y que sea capaz de

producir el análisis sobre las causas estructurales de los problemas para, sobre la marcha, autoregularse, es decir, producir los correctivos estratégicos en términos de prevención de problemas, modificación de procesos, funciones y estructuras y fortalecimiento de los actores que en él concurren.

La implementación de dicho sistema requiere primero, emprender un gran esfuerzo de sistematización, - mediante bases de datos y con indicadores de desempeño -, de la frecuencia y gravedad de los problemas capturados mediante las quejas y reclamos y los otros mecanismos informales. Esta información sumada a las bases de datos técnicos, conformarían la principal fuente de información objetiva con base en la cual se evalúen los actores del sistema y se formulen los correctivos a tomar.

Segundo, socializar el ejercicio de control, es decir, incorporar a los beneficiarios, sus organizaciones y representantes en los procesos de evaluación de desempeño de las entidades y del sistema local de salud, es decir, de las políticas de prevención y promoción, así como de la calidad y oportunidad en la prestación de servicios. La evaluación participativa de desempeño debe darse en escenarios públicos, así como difundir ampliamente sus resultados.

Tercero, utilizar la base de datos sobre el funcionamiento del sistema, -en particular en cuanto a la realización de los derechos de las personas- y la evaluación participativa, como ingredientes de presión pública, de evaluación del desempeño del régimen subsidiado y sus agentes y, como información imprescindible para la introducción de ajustes normativos y de procedimiento en todos los niveles territoriales. En general, la información de las diferentes fuentes formales y participativas, debe ser de acceso público.

En este escenario, la informalidad que caracteriza el gobierno del sistema debe ser reconocida, valorada y regulada para que a partir de convertirse en una práctica pública, se socialice el control, se tejan lazos entre los actores institucionales y sociales y se fortalezca el poder de los usuarios y sus representantes frente al sistema de salud.

La concertación de soluciones de los problemas detectados debe ser pública, argumentada e involucrar a todas las partes afectadas y no una transacción a escondidas entre actores que pactan el menor costo social y las mayores ganancias privadas a expensas del interés público. De tal forma que la concertación no profundice la precariedad institucional, la carencia de poder de las direcciones locales de salud, legitime las componendas y relaciones clientelistas, la poca rutinización de procedimientos en derecho y una fragilidad de los derechos de los beneficiarios.

2 SISTEMA DE EVALUACIÓN TERRITORIAL- SET

Raúl Ernesto Cárdenas
Dario Indalecio Restrepo
Decsi Astrid Arévalo
Investigadores Universidad Nacional

La capacidad del régimen subsidiado para garantizar el derecho a la salud depende entre otras cosas de la capacidad de introducir modificaciones a sus procesos fundamentales, entre estos muy especialmente los relacionados con las funciones de Inspección Vigilancia y Control. En este sentido, la propuesta del equipo de la Universidad Nacional se consolida en lo que hemos denominado el Sistema de Evaluación Territorial, el cual incorpora los principios y recomendaciones consignadas en los documentos de Inspección Vigilancia y Control, y control Social, los cuales hacen parte de este volumen.

Vale la pena recordar los principales aspectos que definen el sistema IVC:

Se requiere un sistema que opere a partir de procesos reales, pues son las acciones las que garantizan la realización de los derechos. El chequeo del cumplimiento de las normas no constituye un control suficiente.

Es preciso que la información recabada por el sistema le permita conocer la cantidad, gravedad e intensidad de los problemas que acontecen en el régimen subsidiado. Por ello conviene aprovechar en forma sistematizada aquellos procesos que se realizan de manera informal.

El municipio es el ámbito territorial donde más se detectan problemas, y en donde se da la mayor parte del trámite. Sin embargo, el municipio se encuentra relativamente solo en este proceso, en el futuro, es necesario que las entidades de otros niveles territoriales acudan en su ayuda en aquellos casos en los que por diversas razones él demuestra incapacidad para resolverlos. Esto implica contar con un proceso de retroalimentación entre todos los niveles territoriales, así como definir mecanismos que permitan la intervención oportuna sobre problemas particulares; lo cual dependerá en gran medida del sistema de información en cuanto a su versatilidad, oportunidad, calidad, y capacidad de fluir desde el municipio hacia el departamento y la nación, y viceversa, así como entre todas las instituciones que integran el régimen subsidiado.

Luego del impulso a la participación social se debe dar el salto a un verdadero ejercicio del control social, en el que la comunidad en cumplimiento de una responsabilidad ciudadana haga parte en la elaboración de diagnóstico y planes, y contribuya a la ejecución de programas.

La autorregulación del sistema requiere superar la automatización en la que actúan los agentes tanto sociales como institucionales. Una estructura de relaciones de información horizontal y vertical en el que se opere la subsidiariedad, debe permitir la corrección

sobre la marcha y establecer mecanismos de prevención.

Finalmente es necesario un esfuerzo en cuanto a la socialización del control, que al lado de lógicas institucionales y técnicas, aporten elementos para cualificar la discusión y la intervención sobre el sistema.

Todos estos elementos se recogen en el **Sistema de Evaluación territorial**, el cual esta constituido por tres subsistemas denominados: evaluación participativa, sistema de información de quejas y reclamos e indicadores técnicos de desempeño, estos recogen la información de las tres esferas que integran el régimen subsidiado, la social, la institucional y la técnica, y a su vez define competencias y responsabilidades por instituciones y niveles territoriales, así como mecanismos de intervención y flujo de información.

Esta propuesta del equipo de la Universidad Nacional concuerda con la ley 715 de 2001, en particular como parte del desarrollo de varios de sus artículos. Así, en el artículo 42 de la ley 715 de 2001 se impone a la nación la tarea de definir y aplicar sistemas de evaluación y control de la gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el sistema general de seguridad social en salud, así como divulgar los resultados con la participación de las entidades territoriales. También se estipula la obligación de definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el sistema de vigilancia en salud pública. En el artículo 72 se fija un plazo para que el gobierno nacional adopte las normas que reglamentan la estructura y funciones para el desarrollo de la inspección, vigilancia y control del sector salud y del SGSS, sin crear nuevas entidades. En el artículo 93 se estipulan las entidades responsables del sistema de información y se fija el plazo para su configuración. Finalmente, el artículo 111 otorga facultades extraordinarias al presidente de la república por seis meses para organizar un sistema de inspección, vigilancia y control adaptable a distintos tipos de instituciones y regiones que permita atender situaciones especiales y para tal fin se podrían crear los organismos necesarios.

2.1 EVALUACIONES PARTICIPATIVAS

Las evaluaciones participativas cumplen un doble propósito, de una parte contribuir al sistema de evaluación de los actores del sistema en el municipio y de otra, desarrollar procesos pedagógicos para la democracia participativa y promover la emancipación del individuo. En este sentido se entiende que la acción crítica que ejerce el individuo es la que le da sentido al control social. Por crítica se entiende el proceso de reflexión, de autoconciencia y de fundamentación de juicios. Teniendo en cuenta que el control social implica la activa participación de los individuos en la elaboración de diagnósticos, diseño de planes y programas, realización de tareas y de evaluaciones, es necesario que la comunidad conozca los elementos que caracterizan su entorno, el desarrollo de las instituciones y la formulación de políticas sociales. Este conocimiento es un proceso progresivo de aprendizaje en el que la comunidad mejora sus formas de relación con las instituciones.

Para la realización de la evaluación participativa un primer paso es la elaboración de un diagnóstico que puede contener:

Contextualización sistémica: en este punto se conocer aspectos como: el territorio, las

formas de vida (vivienda, consumos, etc.), la cultura, la política, los actores, las actividades y relaciones económicas y la historia. Se trata de hacer un amplio análisis de las condiciones en las que se desenvuelve la vida de la comunidad. Un ejemplo de ello es indagar si la forma en que están organizadas las actividades económicas conduce a menores afiliaciones en el régimen contributivo y presiona las del subsidiado o genera dificultades de salida o ingreso a uno u otro sistema. Otro ejemplo es la configuración del territorio que dificulta el acceso a los centros de atención. Un ejemplo más son las condiciones culturales (o aún el nivel educativo) que impide la realización de programas.

Análisis de las relaciones de poder o institucionales: Se trata de que la población conozca cuales son las instituciones, los poderes que interactúan en la zona y las relaciones que se establecen entre ellas. Es preciso conocer si estas últimas son armónicas, coordinadas, de coerción, de dominación. El propósito último de este conocimiento es poder diseñar estrategias para articular la comunidad en ese sistema de relaciones.

Complementariedad: Se trata de esclarecer cuales son los intereses y la racionalidad con que actúa cada uno de los actores del sistema. Un ejemplo de ello es determinar que es lo que motiva las acciones de la DLS, si tienen que ver con el cumplimiento de la legislación, si desarrolla tareas que desbordan ese marco en provecho de una mejor condición de vida para la población, si está supeditada a los dictámenes de la Alcaldía, etc. Otro ejemplo es la misma comunidad, cuál es su interés frente al sistema de salud, cual es la racionalidad de su comportamiento frente a los problemas de salud y la política social en ese ramo.

La evaluación de los programas desarrollados a través de la política de salud se puede desarrollar en tres fases:

Efectividad: En este punto se trata de cotejar los objetivos fijados por las políticas con los problemas que tiene el municipio. Es decir, se trata de observar si las políticas responden a las necesidades de la población.

Eficiencia: En esta fase se estudian básicamente las condiciones económicas de las políticas. Se puede adelantar una evaluación costo-beneficio de la aplicación de las políticas.

Eficacia: Se refiere al horizonte de largo plazo. Lo que se estudia es el grado de avance del sistema a la superación de las dificultades, incluyendo en ellas el débil ejercicio del control social. En este punto es particularmente importante el grado de empoderamiento que ha alcanzado la comunidad para seguir contribuyendo al desarrollo del sistema.

Tomando como marco el diagnóstico y la evaluación se realizan las propuestas de mejoramiento. Ellas deben incluir el objetivo que se piensa cumplir y los mecanismos (instrumentos) que lo hagan posible.

Las evaluaciones participativas se realizarán a partir de cada una de las asociaciones de usuarios y organizaciones sociales en salud y tendrán carácter obligatorio; los personeros tendrán la responsabilidad de impulsar y organizar su realización, así como de llevar a cabo el procesamiento y consolidación de los resultados, a partir de los cuales producirá indicadores por municipio y por institución, que serán remitidos al CMSS.

La evaluación participativa se debe realizar periódicamente cada seis meses, en uno o varios eventos públicos, en los cuales la DLS presentará un informe de su gestión al inicio

de cada evento, el cual incluirá como mínimo los resultados en cuanto a identificación, selección, afiliación carnetización, prestación de servicios (calidad, oportunidad y barreras al servicio) y derecho a la libre elección de ARS e IPS, en el municipio y sobre el periodo comprendido en el año anterior. En cada evento donde se realice una evaluación participativa, se deberá llevar un acta que contenga como mínimo el listado de asistencia de los participantes y nombre de la organización a la que representa -si pertenece a alguna- ; igualmente, debe incluir los temas críticos tratados y las principales conclusiones y recomendaciones a las que se llegó en la discusión. El Ministerio de Salud Nacional estará encargado de elaborar una metodología estandarizada para la aplicación de las evaluaciones participativas y crear el software para su procesamiento y consolidación.

La promoción y organización de las asociaciones de usuarios estará a cargo de las oficinas de participación comunitaria del nivel municipal, para lo cual contarán con el apoyo en capacitación de las DSS; en ningún caso los miembros de las asociaciones podrán desarrollar funciones propias de la administración y operación de las ARS, IPS y DLS, y deberá garantizarse su autonomía. Los medios para su funcionamiento (recursos físicos y económicos) serán provistos obligatoriamente por las ARS e IPS, cuyo monto y elementos serán definidos por el Ministerio de Salud Nacional. A las asociaciones de usuarios de las IPS podrán pertenecer todas aquellas personas que requieran los servicios de salud de esa entidad, en forma independiente de su condición de asegurado o no asegurado. Los miembros de las asociaciones de usuarios no podrán tener ninguna relación de carácter laboral, o de prestación de servicios con las ARS, IPS y DLS.

2.2 SISTEMA DE INFORMACIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS

En el *Sistema de Información de Quejas y Reclamos* se consignará y sistematizará la información sobre violación a los derechos de las personas respecto a la ocurrencia, trámite y resolución de los problemas de identificación, selección, afiliación, carnetización, prestación de servicios (calidad, oportunidad y barreras al servicio) y derecho a la libre elección de ARS.

El registro de esta información se hará en formulario único estandarizado por la Superintendencia Nacional de Salud que deberá permitir llevar a cabo un seguimiento de cada problema particular, para lo cual deberá contener como mínimo las siguientes variables codificadas: departamento, municipio, actor que recibe la queja, consecutivo de registro, fecha en que se instaura, problema presentado, institución contra la que se instaura la queja, actor institucional que la transfiere, grado de resolución, fecha en que se resuelve, datos opcionales sobre nombre, cédula y domicilio de la persona o institución que instaura la queja. Finalmente se incluirá una variable de observaciones donde se incorporan anotaciones particulares sobre el problema.

Cuando una queja es remitida de una institución a otra para su resolución, es necesario registrar su inclusión en la nueva institución con un código nuevo, aunque haciendo el registro del código inicial con el que fue capturado; en todos los casos se entregará a la persona o institución que pone la queja, un comprobante que certifique su recepción donde se consigne el consecutivo único asignado. La recepción de quejas y reclamos estará a cargo de la dirección local de salud, el personero, las IPS y las ARS; en aquellos casos en que la

queja instaurada en cualquiera de las instituciones a que hace referencia este artículo, no sea de su competencia, será su responsabilidad hacer recepción de esta y tramitarla a la institución que corresponda su resolución.

La consolidación de los resultados del Sistema de Información sobre Quejas y Reclamos, se hará por cada trimestre, y estará a cargo de la dirección local de salud, con base en la información aportada por ella misma y por todos los actores que la capturan, esta se realizará por municipio e institución; a partir de estos producirá indicadores de gestión, los cuales serán remitidos al CMSS.

En los casos en los que la queja no sea resuelta satisfactoriamente, se requerirá la intervención del personero y por su intermedio se harán los trámites correspondientes, ya sea la aplicación de acciones de tutela, derechos de petición, audiencia pública, acciones de veeduría o cualquier otro mecanismos de participación ciudadana; o el traslado a la autoridad competente.

El Consejo Municipal de Seguridad Social -como instancia de concertación entre todos los actores públicos, privados y sociales del régimen subsidiado en salud en el nivel municipal- discutirá los resultados del *Sistema de Evaluación Territorial* del municipio. Las evaluaciones participativas y los indicadores técnicos de desempeño semestralmente, y el Sistema de Información sobre Quejas y Reclamos trimestralmente. Una vez discutidos los resultados sobre las evaluaciones participativas y el sistema de información de quejas y reclamos, el Consejo Municipal de Seguridad Social, remitirá esta información a la Dirección Seccional de Salud.

2.3 INDICADORES TÉCNICOS DE DESEMPEÑO

El tercer componente del SET son los *indicadores técnicos de desempeño*, contruidos para las áreas de contratación, aseguramiento, agencia, flujo de recursos, identificación, selección, afiliación, carnetización, prestación de servicios y programas de salud pública, para cada una de las instituciones responsables de las funciones anteriores.

Los indicadores técnicos de desempeño serán definidos a nivel nacional por la Superintendencia Nacional de Salud, teniendo en cuenta particularidades regionales del sistema (por ejemplo, zonas donde haya o no pluralidad de oferentes de aseguramiento y prestación de servicios de salud, comunidades indígenas, etc), para esto realizará una solicitud a los Consejos Departamentales de Salud con el fin de definir los requisitos de información y estandarizar las propuestas después de una amplia concertación.

La Superintendencia Nacional de Salud se encargará del diseño del software con base en los indicadores técnicos de desempeño, que permita la captura y procesamiento de la información necesaria para su construcción y consolidación en los tres niveles territoriales y serán las DSS las encargadas de contratar con las universidades regionales, la aplicación de los instrumentos de recolección y procesamiento de la información, y la elaboración de los indicadores técnicos de desempeño. La aplicación y consolidación de los resultados obtenidos de los indicadores de desempeño se hará semestralmente.

Ponderar las tres fuentes del Sistema General de Evaluación y producir los indicadores sintéticos de calificación de acuerdo a los lineamientos dispuestos por la Superintendencia Nacional de Salud será una tarea de la Dirección Seccional de Salud. Estos resultados se realizarán para cada municipio y para cada una de las instituciones del régimen subsidiado que operan en él, por zonas de operación autorizadas a las ARS y para el departamento en su conjunto, estos serán los resultados del Sistema de Evaluación Territorial.

2.4 RANKING DE ARS E IPS.

A partir de los indicadores, se construirá un ranking de ARS e IPS que mostrará su desempeño semestral, las DSS remitirán al Consejo Municipal de Seguridad Social los indicadores sintéticos de calificación y el ranking de ARS e IPS y estos resultados serán discutidos por el CMSS.

Una vez discutida esta información, será de obligatorio conocimiento público y divulgación en las carteleras informativas de las ARS, IPS, la DLS y la personería, en la publicidad institucional de las ARS e IPS, así como por los medios escritos y radiales locales existentes. Esta información debe especificar los resultados por cada uno de los componentes del Sistema de Evaluación Territorial, discriminando al interior de cada uno sus resultados particulares.

2.5 CONSEJOS TERRITORIALES DE SEGURIDAD SOCIAL

Como espacios de concertación en cuales se verifique una amplia participación de la comunidad es necesario que los Consejos Territoriales de Seguridad Social, además de los indicados en el acuerdo 57 del CNSSS, aumenten el número de representantes de las alianzas o asociaciones de usuarios; y que en el nivel municipal también pueda participar el personero o su delegado. Para lograr una mayor transparencia y confiabilidad en la elección de los representantes de las alianzas o asociaciones de usuarios y organizaciones comunitarias en salud, es preciso realizar un evento democrático, de amplia participación, el cual puede ser convocado por las oficinas de promoción de la participación comunitaria mediante invitación a todas las organizaciones comunitarias en salud. Los representantes de la comunidad se elegirán por un periodo de dos años y la aceptación de tal designación es de obligatorio reconocimiento en el CNSSS.

Los Consejos Departamentales de Seguridad Social -como instancia de concertación entre todos los actores públicos, privados y sociales del régimen subsidiado en salud en el nivel departamental- discutirán los resultados del *Sistema de Evaluación Territorial* consolidados por departamento y recabada por el sistema.

Una vez sea discutida la información en el CDSS, debe volverse de conocimiento público, para ello debe divulgar, en las carteleras informativas de las ARS, IPS y la DSS, en la publicidad institucional de las ARS e IPS, así como por los medios escritos y radiales existentes en el departamento. Esta información debe especificar los resultados por cada uno de los componentes del Sistema de Evaluación Territorial, discriminando al

interior de cada componente sus resultados particulares.

El Consejo Departamental de Seguridad Social una vez discutidos los resultados del Sistema de Evaluación Territorial, remitirá los resultados discriminados por municipios e instituciones a la Superintendencia Nacional de Salud que consolidará los resultados adoptará las acciones de su competencia y dará amplia divulgación a estos.

2.6 NIVELES DE INTERVENCIÓN DEFINIDO EN EL SET Y TIPOS DE INTERVENCIÓN

El Sistema de Evaluación Territorial contará con un subsistema de tres niveles de seguimiento y control, definidos a partir de los indicadores de cada una de sus componentes.

El primero indicará la buena marcha de la gestión. El segundo indicará la existencia de problemas, dando lugar a debatir los resultados y concertar planes de mejoramiento y compromisos de las partes, en busca de soluciones; estas evaluaciones y los compromisos institucionales que de ellas derivan serán publicitados y tendrán consecuencias en la contratación en caso de incumplimiento. El tercer nivel se presenta cuando ya sea por la gravedad del problema, insuficiencia técnica, mala fe, conductas delincuenciales o porque las anomalías persisten, el CMSS remitirá el trámite del control administrativo y jurídico a quien le corresponda.

Las instituciones que integran el Régimen Subsidiado se comprometerán ante los CMSS con los planes de mejoramiento a que refiere el párrafo anterior. El CMSS decidirá el número y la periodicidad de las reuniones donde se evaluará el cumplimiento de los compromisos adquiridos. Será función de la Superintendencia Nacional de Salud, definir los valores cuantitativos que delimitan cada uno de los niveles de intervención para los tres componentes. En los casos en que las entidades mal evaluadas no presenten planes cuyos resultados arrojen mejoras constatables, la dirección local de salud y en su defecto, la dirección departamental o la superintendencia de salud entrarán a asumir las consecuencias contractuales necesarias.

Las DLS podrán objetar la red de IPS de la ARS en el momento de su contratación cuando estas presenten desempeños deficientes en los periodos de contratación anteriores, al igual que las las DSS podrán objetar la red de IPS de la ARS en el momento de adjudicar zonas de operación en sus departamentos cuando estas presenten desempeños deficientes en los periodos de contratación anteriores.

La DLS podrá imponer sanciones, multas y caducidad del contrato a las ARS en aquellos casos que lo ameriten y sin perjuicio de las sanciones contempladas en los contrato de aseguramiento, las sanciones referidas a contratación impuestas por la DLS pueden pasar por el retiro de la autorización de operación para las ARS e IPS en el municipio. Las sanciones referidas a contratación impuestas por la DSS pueden pasar por el retiro de la autorización de operación para las ARS e IPS en el departamento o zona de operación donde fue autorizada su operación.

En todos los casos, las sanciones referidas a contratación pueden pasar por restringir

competencias para la contratación en el caso de la DLS, asumiendo transitoriamente estas funciones la DSS.

Las sanciones a las que dará lugar, para las ARS, pasarán por la prohibición de ampliación o renovación de contratos hasta el retiro de la autorización de operación según sea el caso; estas sanciones pueden ser impuestas por la DLS, la DSS, la Contraloría departamental o la SNS, según sus competencias. Las moras en el pago de las entidades territoriales a las ARS, de las ARS a las IPS así como la desviación de fondos estará en primera instancia bajo el control de la DSS, la cual aplicará indicadores de desempeño sobre esta área. En todo caso la existencia de moras o retrasos ocasionará el pago irrenunciable a los intereses de mora que hayan sido causados.

La implementación del Sistema de Evaluación Territorial hace parte de la relación contractual en el contrato de aseguramiento entre las DLS y las ARS, y de prestación de servicios entre las ARS y las IPS, por lo cual su no implementación se considerará en todos los casos como incumplimiento del mismo.