Evaluación y propuesta de ajuste a la operación

del Régimen Subsidiado Colombiano

y Acuerdo 415 de 2009

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Protege a tu familia.

Sistema General de Seguridad Social en Salud

¡Comprométete!

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Evaluación y propuesta de ajuste a la operación del Régimen Subsidiado Colombiano

y Acuerdo 415 de 2009

Protege a tu familia.

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

¡Comprométete!

© Ministerio de la Protección Social
Evaluación y propuesta de ajuste a la operación del Régimen Subsidiado colombiano

ISBN: 978-958-8361-75-8
Bogotá. Colombia
Noviembre de 2009

Ministerio de la Protección Social
www.minproteccionsocial.gov.co
Dirección: Carrera 13 #32-76 Bogotá D.C.
PBX: (57-1) 3305000 Fax: (57-1) 3305050
Línea Gratuita de Atención al Usuario: Desde Bogotá: (57-1) 3305000 ext. 3380/81
Desde otras ciudades del país: 018000-910097
Correo electrónico de atención al ciudadano: atencionalciudadano@minproteccionsocial.gov.co

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Diego Palacio Betancourt
Ministro de la Protección Social

Carlos Jorge Rodríguez Restrepo
Viceministro Técnico

Carlos Ignacio Cuervo Valencia
Viceministro de Salud y Bienestar

Ricardo Andrés Echeverri López
Viceministro de Relaciones Laborales

Leonardo Cubillos Turriago
Director General de Gestión de la Demanda en Salud

Autores

Liz Garavito Beltrán
Diseño del estudio, investigación y textos
Consultora Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
Ministerio de la Protección Social

Jose Soto Moreno
Capítulo 9: El proceso financiero del Régimen Subsidiado
Consultor Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
Ministerio de la Protección Social

Director del proyecto

Leonardo Cubillos Turriago
Director General de Gestión de la Demanda en Salud - Ministerio de la Protección Social

Coordinación editorial

Jannette Bonilla Torres
Consultora Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud - Ministerio de la Protección Social

Diseño, diagramación e impresión

Buenos & Creativos S.A.S.
Marcela Robles
Wilmar Carreño

AGRADECIMIENTOS

Quiero hacer un reconocimiento y expresar mi gratitud a todas las personas que participaron en el desarrollo de este estudio, quienes creyeron que podíamos hacer un Régimen Subsidiado mejor para el país, y nos permitieron conocer las problemáticas que vivían e imaginaron con nosotros posibles nuevas formas de funcionamiento. Espero que tanto en la publicación como en el contenido final del Acuerdo 415 de 2009 hayamos podido recoger y articular todo lo que nos compartieron.

Quiero reconocer el valioso acompañamiento de las EPS Ecoopsos, Cafam, Emdisalud, Comfama; de los gremios Asocajas, Gestar Salud, Acesi; de los representantes al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud por parte de las EPS, IPS, las direcciones municipales de salud, las direcciones departamentales de salud, y los gremios ACOPI y ANDI. De igual manera, los aportes de los representantes de la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación. Así mismo, la activa participación de los funcionarios de la Dirección de Gestión a la Demanda y de las Direcciones Generales de Planeación y Análisis de Política, Calidad de Servicios, Financiamiento, Salud Pública y Promoción Social del Ministerio de la Protección Social y también el apoyo del equipo de FIDUFOSYGA. Las consideraciones de cada uno enriquecieron las distintas fases del proceso.

Por último, y de manera especial, quiero agradecer a Leonardo Cubillos por haberme confiado el liderazgo de este proceso y a Nancy Londoño por haber sido una compañera insuperable en el desarrollo del mismo desde la Coordinación del Grupo de Administración de Subsidios a la Demanda en Salud.

Espero que esta publicación contribuya a una mejor comprensión del alcance y el potencial del Régimen Subsidiado en Colombia.

Liz Garavito Beltrán
Consultora Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
Ministerio de la Protección Social

Contenido

Presentación 12

Parte I
Evaluación y propuesta de ajuste a la operación del Régimen Subsidiado Colombiano

1 Introducción 18

2 Marco Metodológico 21
2.1 Objetivo general 22
2.2 Objetivos específicos 22
2.3 Resultados esperados 22
2.4 Supuestos de la evaluación y diseño 22
2.5 Marco jurídico 23
2.6 Marco conceptual 24
2.7 Proceso metodológico 30

3 Acceso y equidad logrados en el Régimen Subsidiado 33
3.1 Cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud 34
3.2 Acceso y protección financiera de la población del Régimen Subsidiado 36
3.3 Equidad en el Régimen Subsidiado 39

4 La Protección al Derecho Ciudadano en la Operación del Régimen Subsidiado ... 43
4.1 Identificación de la población sujeto de derecho 45
4.2 Cobertura de servicios 53
4.3 Protección a las contingencias del ciudadano 56
4.4 Alternativas de intervención 60

5 El Contrato en la Operación del Régimen Subsidiado 71
5.1 Los contratos y el bien salud 72
5.2 La contratación en la operación del Régimen Subsidiado 72
5.3 Problemáticas 75
5.4 Alternativas de intervención 83

6 Mercado de Aseguramiento en el Régimen Subsidiado 85
6.1 Indicadores agregados del mercado 86
6.2 Estructura de mercado del Régimen Subsidiado 88
6.3 Operación regional del Régimen Subsidiado 109
6.4 Alternativas de intervención 112

7 Capacidad de Respuesta de la Entidad Territorial Municipal 119
7.1 Las entidades territoriales de salud en la operación del Régimen Subsidiado 120
7.2 La descentralización de Salud 122

7.3 Problemáticas ... 124
7.4 Alternativas de intervención ... 132

8 Flujo de Información en el Régimen Subsidiado ... 135
8.1 Consideraciones sobre los Sistemas de Información en Salud ... 136
8.2 Producción de Información en la operación del Régimen Subsidiado ... 138
8.3 Problemáticas ... 141
8.4 Alternativas de intervención ... 142

9 El Proceso Financiero del Régimen Subsidiado ... 145
9.1 Fuentes de financiación del Régimen Subsidiado ... 146
9.2 Proceso previsto para el flujo financiero ... 148
9.3 Evolución reciente y perspectivas de la capacidad de financiación del Régimen Subsidiado ... 149
9.4 Eficiencia operativa del proceso financiero del Régimen Subsidiado ... 163
9.5 Alternativas de intervención ... 177

10 Articulación de la Propuesta de Intervención ... 181
10.1 Principales problemáticas identificadas ... 183
10.2 Estrategia de intervención ... 186

Referencias bibliográficas ... 195

Anexos
Anexo 1. Obligaciones del contratante. Clasificación por elemento del objetivo ... 197
Anexo 2. Condiciones de permanencía de las EPS del Régimen Subsidiado ... 199
Anexo 3. Cartera adeuda por las EPS del Régimen Subsidiado a las IPS públicas. Corte a 31 de diciembre de 2007 ... 201
Anexo 4. Perdidas de afiliación en la implementación de la regionalización ... 206
Anexo 5. Aspectos de evaluación por indicador ... 207
Anexo 6. Relación de municipios en giro directo ... 211

Parte II
Acuerdo 415 de 2009, expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS ... 215

Índice general de tablas

Tabla 1. Variaciones porcentuales anuales del Producto Interno Bruto - PIB. Precios constantes ... 35
Tabla 2. Cobertura de aseguramiento por tipo de municipio. 2007 ... 36
Tabla 3. Cobertura universal. 2007 ... 36
Tabla 4. Atención recibida, hospitalización y urgencias (%), 2007 ... 37
Tabla 5. Motivo de no consulta (%), según régimen 2007 ... 37
Tabla 6. Acceso de la población ... 38
Tabla 7. Pagador principal del servicio consulta externa según afiliación, 2007 ... 38
Tabla 8. Correlación entre nivel de cobertura del RégimenSubsidiado e índices municipales ... 40
Tabla 9. Cofinanciación FOSYGA por categoría municipal. Vigencia fiscal 2007 ... 40
Tabla 10. Comportamiento municipios categoría 6 ... 41
Tabla 11. Población sisbenizada - 2007 ... 48
Tabla 12. Grupos especiales Régimen Subsidiado ... 49
Tabla 13. Identificación de grupos especiales del Régimen Subsidiado. Julio 2008 ... 50
Tabla 14. Desagregación de algunos grupos especiales incluidos en otro grupo poblacional ... 50

Tabla 15. Criterios de priorización – Acuerdo 331 de 2006 51
Tabla 16. Participación de las glosas relacionadas con identificación 53
Tabla 17. Discapacidad total nacional según régimen de afiliación en personas de 18 a 69 años 57
Tabla 18. Ingreso total del hogar 62
Tabla 19. Decil de ingreso de la población sisbenizada que tiene conocimiento de su nivel de clasificación 62
Tabla 20. Eficiencia del índice SISBEN II por deciles de gasto per cápita. ECV-2003 64
Tabla 21. Clasificación población Régimen Subsidiado por nivel de SISBEN y decil de ingreso 64
Tabla 22. Características del nuevo carné 66
Tabla 23. Migración población sisbenizada 69
Tabla 24. Migración población sisbenizada por departamentos - Corte noviembre de 2007 70
Tabla 25. Número de contratos y población suscrita. Cierre 2007 79
Tabla 26. Contratos en vigencia por municipio - 2007 80
Tabla 27. Número mínimo esperado de contratos 80
Tabla 28. Correlación entre afiliación efectiva y variables territoriales 81
Tabla 29. Correlación entre afiliación efectiva y variables operativas 81
Tabla 30. Participación glosas relacionadas con el contrato 82
Tabla 31. Agregado nacional. Indicadores Régimen Subsidiado 1998 - 2007 86
Tabla 32. Agregado nacional. Participación por tipo de EPS-S. 1998 - 2007 87
Tabla 33. Agregado nacional por categoría municipal - 2007 89
Tabla 34. Seguimiento Artículo 6 del Acuerdo 294 – Año 2007 93
Tabla 35. Indicadores ingreso y permanencia EPS en el mercado - 2007 93
Tabla 36. Tamaño mercado 2007 94
Tabla 37. Capacidad de afiliación agregada por tipo de mercado – 2007 95
Tabla 38. Tamaño de promedio de operación por tamaño de mercado 95
Tabla 39. Número de EPS por mercado municipal y participación promedio del líder - 2007 95
Tabla 40. Concentración mercados. 2007 96
Tabla 41. Población agregada por tipo de mercado. 2007 96
Tabla 42. Diferencias de precios por concentración de mercado 97
Tabla 43. Composición población EPS-S pública de orden nacional 99
Tabla 44. Número de EPS en municipios conurbanos 100
Tabla 45. Concentración de operaciones de EPS por distancia municipal 100
Tabla 46. Concentración de operaciones de EPS por tamaño de mercado 101
Tabla 47. Composición etarea de la población del Régimen Subsidiado – BDUA 101
Tabla 48. Población identificada viviendo con VIH-SIDA y concentración de riesgo 2005-2007 101
Tabla 49. Concentración de riesgo del sistema Paciente Renales Crónicos por Régimen-2007 102
Tabla 50. Promedio de cargue en BDUA. 2007 104
Tabla 51. Cargue base BDUA por EPS 104
Tabla 52. Promedio de participación (%) de la oferta pública en la capacidad instalada 105
Tabla 53. Déficit total de capacidad instalada. 2007 106
Tabla 54. Número de municipios con 100% de oferta pública en los recursos tecnológicos trazadores 108
Tabla 55. Distancia a capital departamental de municipios con 100% de oferta publica 108
Tabla 56. Correspondencia entre el mercado asegurador y prestador 109
Tabla 57. Actos administrativos que reglamentan la operación regional del Régimen Subsidiado 110
Tabla 58. Dispersión geográfica. 1998 - 2007 110
Tabla 59. Participación promedio por región - 2007 111
Tabla 60. Número de municipios clasificados por tipo de mercado 116
Tabla 61. Características propuestas para la operación de los mercados municipales 116
Tabla 62. Brechas iniciales de procesos. 2005 125
Tabla 63. Brechas iniciales de sub-procesos. 2005 126
Tabla 64. Conocimientos del Régimen 126
Tabla 65. Afiliación efectiva de la población. 2007 127
Tabla 66. Afiliación efectiva de la población. 2007 128

Tabla 67. Correlación entre afiliación efectiva y variables territoriales 128
Tabla 68. Afiliación efectiva por departamentos. 2007 130
Tabla 69. Correlación entre afiliación efectiva y orden público. Acumulado de los años 2004 - 2007 131
Tabla 70. Correlación entre afiliación efectiva y variables de procesos y mercado 131
Tabla 71. Municipios Descentralizados y en Giro Directo. 2007 131
Tabla 72. Registro en BDUA municipios descentralizados. 2007 131
Tabla 73. Registro en BDUA municipios en Giro Directo. 2007 132
Tabla 74. Criterios de evaluación de la capacidad de gestión de los municipios descentralizados para el periodo 2008 133
Tabla 75. Cofinanciación del Régimen Subsidiado 150
Tabla 76. Tasas de variación anual de variables precio y cantidad del Régimen Subsidiado 150
Tabla 77. Cofinanciación % por fuente del Régimen Subsidiado 150
Tabla 78. Cofinanciación de las ampliaciones de cobertura del Régimen Subsidiado 151
Tabla 79. Porcentaje de cofinanciación de FOSYGA para ampliación de cobertura según categoría . municipal y déficit de cobertura 151
Tabla 80. Tasas de variación de la capacidad de afiliación del Régimen Subsidiado por años y períodos específicos 152
Tabla 81. Cofinanciación porcentual del Régimen Subsidiado por fuente 153
Tabla 82. Proyección de la Necesidad Financiera del Régimen Subsidiado en 2010 155
Tabla 83. Proyección de las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado a 2010 156
Tabla 84. Participación del esfuerzo territorial en la financiación del Régimen Subsidiado en la Vigencia contractual 2007 160
Tabla 85. Esfuerzo Territorial y Ampliación de cobertura 161
Tabla 86. Pérdida de flujo por cargue de BDUA inferior a 100% expresada como % del valor comprometido en contratos de aseguramiento del Régimen Subsidiado en la vigencia contractual 2007 167
Tabla 87. Indicadores de % y oportunidad de pago de los municipios a las EPS-S a partir de movimientos en cuenta maestra 170
Tabla 88. Problemáticas de la estructura de mercado 185
Tabla 89. Características propuestas para la operación de los mercados municipales 193

Índice general de gráficas

Gráfica 1. Evolución de la cobertura del SGSS 2002-2007 34
Gráfica 2. Evolución SGP Nacional - Asignación por concepto – Pesos corrientes 55
Gráfica 3. Distribución poblacional según régimen de afiliación y décil de ingreso del hogar 63
Gráfica 4. Tasa de desocupación nacional – 2004 a 2008 - 67
Gráfica 5. Tasa de subempleo – 2004 a 2008 - 68
Gráfica 6. Número de contratos en desarrollo por año 79
Gráfica 7. Afiliados agregados por tipo de entidad 88
Gráfica 8. Gasto administrativo las EPS-S 91
Gráfica 9. Pool por EPS respecto a pool exigido - 2007 92
Gráfica 10. Participación EPS-S pública de orden nacional 98
Gráfica 11. Proporción de pacientes en tratamiento ARV por régimen 102
Gráfica 12. Municipios descentralizados en salud 124
Gráfica 13. Participación % del Esfuerzo Territorial 2007 vs. Ampliación de Cobertura, % 2002-2007 162

Índice general de diagramas

Diagrama 1. Ámbitos de análisis operación del Régimen Subsidiado 24
Diagrama 2. Elementos de la estructura de mercado 27
Diagrama 3. Procesos del Régimen Subsidiado 29
Diagrama 4. Proceso metodológico 30
Diagrama 5. Objetivos del ciudadano y factores críticos de protección al derecho 44
Diagrama 6. Condición actual de la identificación de la población sujeto de derecho 47
Diagrama 7. Modelo de cobertura previsto para la población del Régimen Subsidiado 54
Diagrama 8. Procedimiento de afiliación de un beneficiario del Régimen Subsidiado que migra de municipio 59
Diagrama 9. Factores críticos de protección al derecho y condiciones de ingreso, permanencia y salida 60
Diagrama 10. Condiciones de ingreso al Régimen Subsidiado – Propuesta de intervención 61
Diagrama 11. Proceso de contratación del Régimen Subsidiado 74
Diagrama 12. Estructura del contrato de aseguramiento entre las Entidades Territoriales de Salud y las EPS-S 76
Diagrama 13. Relaciones contractuales del Régimen Subsidiado - Principales actores 78
Diagrama 14. Relaciones contractuales del Régimen Subsidiado - EPS-S y red prestadora 78
Diagrama 15. Distribución de municipios Según Mercado Prestador 107
Diagrama 16. Propuesta de estructura de mercado para el Régimen Subsidiado 113
Diagrama 17. Selección de mercados 115
Diagrama 18. Distribución de municipios según Tipo de Mercado 117
Diagrama 19. Componentes de la gestión de las entidades territoriales en la operación del Régimen Subsidiado 122
Diagrama 20. Componentes de un sistema de información en salud 138
Diagrama 21. Relaciones funcionales en la operación del Régimen Subsidiado 139
Diagrama 22. Flujos de información de afiliación en la operación Régimen Subsidiado 141
Diagrama 23. Marco general de la estrategia de intervención – Componentes 188
Diagrama 24. Garantía al derecho ciudadano – procesos intervenidos 189
Diagrama 25. Clasificación municipal por mercado y capacidad de gestión. 190
Diagrama 26. Capacidad de gestión de las Entidades Territoriales municipales – procesos intervenidos 190

PRESENTACIÓN

En camino hacia un Régimen Único de Aseguramiento en Salud

Una de las políticas sociales más importantes y exitosas de Colombia en los últimos años ha sido el régimen subsidiado de salud. Este Régimen fue creado por la Ley 100 de 1993 con el *"propósito de financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar".*

Desde siempre el afiliado y su familia han sido el objetivo fundamental de la acción del Régimen Subsidiado. Los demás actores que intervienen en la cadena así como los mecanismos de operación y las soluciones administrativas son tan sólo unos medios tendientes a facilitar el acceso a los servicios de salud en la población beneficiaria.

Para financiar el Régimen Subsidiado, la Ley 100 de 1993 conjugó recursos públicos de diferentes fuentes con fondos privados provenientes de la solidaridad de las cotizaciones. Estas fuentes fueron organizadas administrativamente en torno al municipio con el fin de que este fuera la cabeza del aseguramiento y ejecutara aquellos procesos indispensables para la operación del régimen subsidiado.

El Régimen Subsidiado inició su operación en el país con los Decretos 1895 de 1994 y 2357 de 1995 además de los Acuerdos 23 y 77 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS. Estas normas definieron reglas y condiciones iniciales para su operación, que han ido cambiando y adaptándose a las nuevas realidades, pero que han sido el pilar sobre el cual se han soportado innegables éxitos en materia social.

Hoy, el Régimen Subsidiado tiene cerca de 24 millones de cupos contratados y cerca de 21 millones de beneficiarios plenamente identificados. Con este número de cupos contratados es posible asegurar que en este Gobierno, gracias al impulso recibido por la Ley 1122 de 2007, se ha logrado la meta de cobertura universal en salud en los niveles 1 y 2 del SISBEN. Del mismo modo, se ha mantenido una buena focalización de los subsidios y una marcada progresividad en las condiciones de acceso a los servicios de salud y en la financiación de los mismos.

Sin embargo, con un costo anual cercano a los 6 billones de pesos más una compleja administración en la que se firman más de 27 mil contratos al año y en la que coexisten un gran número de actores en las cadenas de administración, producción y flujo de información y prestación de servicios, persisten importantes problemas que demandan creativas soluciones y propuestas que busquen la optimización en la operación del Régimen Subsidiado.

En este contexto, el Ministerio de la Protección Social y, en particular, la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud concentraron esfuerzos en realizar un diagnóstico riguroso, exhaustivo y participativo de la problemática y de los éxitos que ha tenido la operación del Régimen Subsidiado. Uno de los objetivos inmediatos de este estudio era la construcción de un acto administrativo que recogiera los elementos diagnosticados y los convirtiera en decisiones para mejorar la operación. El Acuerdo 415 de 2009 del Consejo Nacional de Seguridad Social - CNSSS es el acto administrativo resultado de este proceso y el presente libro es el documento técnico que permitió su construcción. Reconocemos que este diagnóstico permitirá tomar decisiones que van más allá del Acuerdo ya expedido.

La *Evaluación y propuesta de ajuste a la operación del Régimen Subsidiado colombiano* fue un proceso que duró cerca de 18 meses y en ella participaron de manera activa diferentes actores, en particular, pero no exclusivamente, los miembros y asesores del CNSSS, y diferentes fuentes de información que, sin duda, enriquecieron el diagnóstico y las alternativas propuestas. Producto de este trabajo conjunto se identificaron siete procesos fundamentales objeto de intervención: selección de beneficiarios, afiliación, contratación, gestión y flujo financiero, gestión y flujo de información, regionalización y estructura de mercado, capacidad de respuesta de las entidades territoriales.

Las alternativas encontradas en esta evaluación integral fueron plasmadas principalmente en el Acuerdo 415 de 2009. Esta nueva operación plantea soluciones como: la consolidación de la base de datos única de afiliados –BDUA– como elemento de referencia para todas las transacciones y la eliminación de la necesidad de priorizar población en municipios con cobertura superior, entre otras.

Dado que este estudio reconoce que el marco legal vigente condiciona una operación ineficiente para el Régimen Subsidiado, el Acuerdo 415 de 2009 propone una operación en la que se busca disminuir las pérdidas de bienestar sin que, desafortunadamente, se eliminen las brechas frente al óptimo. En este sentido y reconociendo

que la existencia *per se* de contratos es ineficiente, se introduce la contratación electrónica con el fin de mejorar la oportunidad y precisión de los procesos contractuales teniendo un impacto directo en el flujo de recursos y en el acceso a los servicios de salud.

La expedición del Acuerdo 415 de 2009 plantea el reto inmediato de su aplicación y de su reglamentación. En este camino, la elaboración y aplicación del listado nacional de población elegible, el ajuste de las coberturas en aseguramiento en función del número de afiliados cargados en la Base de Datos Única de Afiliados –BDUA– y la afiliación directa en las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado son tres grandes hitos.

Dado que cualquier ineficiencia en la operación tiene un costo importante en materia de salud para los colombianos y por ende, limita el goce efectivo del derecho a la salud, queda aún vigente la pregunta sobre si el régimen subsidiado de salud y, en general el aseguramiento en salud, deben conformarse con condiciones subóptimas de operación o, por el contrario, deben avanzar en la búsqueda de opciones para operar en el límite de la eficiencia.

Por ejemplo, ¿cuál es la razón para limitar un derecho fundamental como es el derecho a la salud a una circunscripción municipal?, ¿Por qué buscar mecanismos administrativos y financieros para permitir que un cupo sea trasladado de un municipio a otro?, ¿Por qué correr el riesgo de fracaso?, ¿Por qué poner en riesgo la vida de un afiliado que puede necesitar de un tratamiento oportuno?

La Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional se ha pronunciado afirmando que el Estado tiene el deber de garantizar toda atención que "sea requerida con necesidad" y además, ha ordenado la unificación del Plan Obligatorio de Salud -POS-. En el marco del cumplimiento de este grupo de órdenes, el Ministerio de la Protección Social tiene el deber de emprender todas las acciones necesarias para procurar que no sólo los contenidos de los POS sean iguales sino que las condiciones de operación también lo sean. Estos dos elementos constituyen la verdadera unificación del POS y son condición necesaria para avanzar en hacer aún más equitativo el acceso a los servicios requeridos con necesidad.

Se debe unificar el POS a través de la consolidación de un único Régimen de Aseguramiento en Salud en el cual se acceda a beneficios y condiciones de operación únicas para todos los colombianos. En las condiciones actuales, este Régimen Único volvería a poner al afiliado y su familia como objetivo fundamental y único del aseguramiento.
Este Régimen Único de Aseguramiento debe provenir de la fusión de los regímenes contributivo y subsidiado recogiendo las diferentes fuentes que actualmente confluyen en su financiación. Ha de afiliar por una única vez a cada colombiano eliminando así los problemas de migración entre regímenes y de portabilidad nacional. Debe recoger lo mejor de cada régimen invocando procesos eficientes y eliminando aquellos, que como la contratación en el Régimen Subsidiado, no lo sean. Y, finalmente ha de facilitar la conformación de mayores pooles de riesgo en los aseguradores, facilitando una mejor gestión del riesgo epidemiológico y financiero.

Estamos seguros que el Régimen Único de Aseguramiento en Salud contribuirá a la generación de valor y de equidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

El proceso de reglamentación y aplicación del Acuerdo 415 de 2009 ya inició. Estamos seguros de los beneficios que su correcta ejecución traerá para los afiliados pero, al mismo tiempo, reconocemos que este no es punto de llegada sino punto intermedio en la búsqueda de mejores alternativas en la construcción de capital social en torno a un acceso más eficiente y equitativo de los servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Leonardo Cubillos Turriago
Director General de Gestión de la Demanda en Salud
Ministerio de la Protección Social



PARTE I

Evaluación y propuesta de ajuste a la operación del Régimen Subsidiado Colombiano

1. Introducción

Esta publicación presenta los resultados de una evaluación integral de la operación del Régimen Subsidiado colombiano y del cumplimiento de los objetivos de la regionalización del mismo. Propone un conjunto de alternativas de intervención que permitan lograr una operación eficiente y un mayor y mejor nivel de acceso de la población asegurada a los servicios de salud.

Para la evaluación y el diseño de alternativas se conformó un marco metodológico que recogió diferentes miradas y aproximaciones conceptuales, con el fin de cubrir de manera amplia y rigurosa la realidad del Régimen Subsidiado dada la vasta cantidad de actores, recursos, funciones, procesos, incentivos e intereses conjugados alrededor de esta política pública.

El desarrollo del proceso de evaluación y diseño contó con la activa participación de representantes de todos los actores que operan el Régimen Subsidiado en el país, los cuales presentaron las dificultades sentidas por ellos y las opciones de intervención que desde su perspectiva resultaban más adecuadas para superar dichas problemáticas. Estas constituyen un aporte valioso en la evaluación y fueron fundamentales en el diseño de la propuesta de intervención.

Si bien la evaluación presenta hallazgos valiosos en cada unidad de análisis, de manera general se puede establecer que el diseño e implementación de la operación del Régimen Subsidiado se generó buscando satisfacer las exigencias de la administración pública frente a la descentralización municipal y los requisitos del manejo de los recursos públicos, dejando en un segundo lugar las dinámicas poblacionales, especialmente la movilidad de los ciudadanos.

De otro lado, desde sus orígenes la conformación del Régimen Subsidiado partió de dos supuestos que no se cumplen: i) la competitividad de los mercados en las unidades municipales y ii) la capacidad de respuesta homogénea de las direcciones territoriales, por lo que resultan comprensibles las dificultades que hoy se presentan en las relaciones de mercado y las limitaciones en el nivel de respuesta de algunas entidades territoriales a las exigencias de la operación del Régimen Subsidiado.

La propuesta de ajuste pretende superar estas dificultades a través de un conjunto de propuestas de intervención que impacten diferentes aspectos de la operación y que en su diseño se ajustaron al marco legislativo actual.

La publicación tiene diez capítulos. Los tres primeros sirven de marco referencial para el desarrollo de la evaluación y propuesta de intervención. Los siguientes cinco capítulos, presentan una breve descripción de las características actuales de la operación del Régimen Subsidiado frente a los ámbitos de análisis, los hallazgos de la evaluación y las alternativas específicas para las problemáticas identificadas. El último capítulo recoge la propuesta final de intervención, que incluye los elementos dados en las alternativas de intervención expuestas en los capítulos anteriores y los articula en una única estrategia.

Así, el capitulo dos contiene el marco metodológico a partir del cual se desarrolló la evaluación y propuesta de intervención, y su contenido permite una comprensión respecto de los alcances y restricciones y del marco conceptual utilizado. El siguiente capítulo ofrece una breve reseña sobre el nivel de acceso y uso de los servicios de salud y la equidad lograda en el Régimen Subsidiado de salud del país, cuyo propósito es dar un marco de referencia situacional.

Los capítulos cuarto y quinto, se concentran en los objetivos del ciudadano y el contrato respectivamente, como elementos del ámbito institucional. El primero, presenta los obstáculos operativos e instrumentales que supone la operación actual del Régimen Subsidiado para garantizar el goce efectivo del derecho ciudadano. El segundo expone las problemáticas identificadas sobre los incentivos presentes en la contratación del régimen que afectan el acceso a los servicios de salud de la población e incrementan los costos de transacción; este último aspecto evaluado a través del volumen de transacciones y la eficiencia del proceso.

El capitulo sexto se concentra en la estructura de mercado en que opera el Régimen Subsidiado y las implicaciones que tiene sobre el acceso de la población y el bienestar de los agentes que participan en él.

El ámbito técnico operativo se desarrolla en los capítulos séptimo, octavo y noveno. El primero, aborda la gestión –vista como capacidad de respuesta– de las direcciones territoriales municipales y distritales de salud en la operación del Régimen Subsidiado.

El capitulo octavo profundiza sobre el flujo de información de afiliación del sistema a partir de los requerimientos para la gestión de un sistema de aseguramiento social. El noveno, involucra la gestión financiera del régimen, vista a dos niveles: el proceso previsto y el desempeño de las fuentes.

Por último, el capitulo 10 articula las diferentes alternativas de intervención en una estrategia que presenta la secuencia de implementación, los actores responsables e instrumentos requeridos -acto administrativo, convenios o planes de trabajo- para dicha intervención.

Este estudio fue realizado durante el año 2008 y contó con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que expidió los Acuerdos 387 de 2008 y 409 de 2009 bajo los cuales se aplazó la autorización regional en espera de los resultados de esta evaluación y de la implementación de las recomendaciones de modificación y ajuste de la operación del régimen subsidiado que surgen a partir del presente estudio.

2. Marco metodológico

2.1 Objetivo general

Formular una estrategia de ajuste a la operación del Régimen Subsidiado que permita incrementar la eficacia de los procesos, la oportunidad del flujo financiero, viabilizar los procesos de inspección vigilancia y control, así como responder a los requerimientos planteados en la Ley 1122 de 2007 con el fin de mejorar el acceso a los servicios de salud de la población beneficiaria.

2.2 Objetivos específicos

- Establecer la magnitud de las principales dificultades de operación del Régimen Subsidiado, identificando sus factores determinantes.
- Determinar el grado de cumplimiento de los objetivos previstos de la operación regional y su factibilidad de logro.
- Determinar los requerimientos de ajuste a la operación del Régimen Subsidiado dadas las exigencias de la Ley 1122 de 2007.
- Formular estrategias de intervención que estén alineadas al propósito de la evaluación.

2.3 Resultados esperados

De acuerdo con los objetivos planteados se esperan como productos de la evaluación los siguientes:

- Revisión y propuesta de actualización de los Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS- 244, 294 y complementarios, que delimitan la operación del Régimen Subsidiado.
- Modificación y/o formulación de actos administrativos reglamentarios que modulan la operación del Régimen Subsidiado.
- Planes de trabajo inter-administrativo entre los diferentes actores del sistema que promuevan la armonización de las intervenciones.

2.4 Supuestos de la evaluación y diseño

Para efectos del análisis desarrollado se decidieron los siguientes factores como supuestos que direccionaron y delimitaron el marco de acción, tanto para el diagnóstico, como para las alternativas contempladas en la propuesta de ajuste:

- El aseguramiento es el mecanismo por excelencia, a través del cual el Estado colombiano busca garantizar el acceso de sus ciudadanos a los servicios de salud.
- La estructura de mercado y todos los procesos dispuestos en la operación del Régimen Subsidiado deben estar orientados a garantizar el cumplimiento de los objetivos del sistema y del Régimen Subsidiado.
- Los beneficios del mercado se logran cuando su estructura es competitiva; mercados con estructuras de tipo oligopolio y monopolio implican posibles pérdidas de bienestar para los demás agentes que participan en el mercado.
- Los cambios en la capacidad instalada y curva de aprendizaje de un agente –entidad territorial, EPS- no son instantáneos, en general se logran en el mediano y largo plazo. Así, los ajustes propuestos a la operación del régimen deben prever esta restricción de los agentes y plantear alternativas que permitan lograr la mayor eficiencia con la capacidad instalada existente.

2.5 Marco jurídico

La operación del Régimen Subsidiado cuenta con un marco normativo amplio y extenso, no obstante para efectos del estudio y en especial en su fase de diseño se adoptó como único marco jurídico relevante el establecido en la Ley 100 de 1993, Ley 60 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 715 de 2001, Ley 1176 de 2007, Ley 812 de 2003 y Ley 1151 de 2007. Es decir, dichas leyes constituyen la única restricción real en la construcción de nuevas alternativas para la operación del Régimen Subsidiado.

Lo anterior implica, que los actos administrativos reglamentarios vigentes de estas leyes, si bien constituyen el acervo normativo que modela la operación actual del Régimen Subsidiado, se consideran susceptibles de modificación.

Respecto a las implicaciones y nuevas exigencias de la Ley 1122 de 2007 es importante resaltar particularmente:

- **Cobertura universal.** En su artículo 9, especifica como meta de la cobertura universal los niveles I, II y III del SISBEN en el Régimen Subsidiado y da como plazo máximo el año 2010.
- **Aseguramiento.** En el artículo 14 incorpora el concepto de aseguramiento y de manera particular la administración del riesgo. Así mismo, enmarca la operación del Régimen Subsidiado en la organización del aseguramiento, poniendo fin a la discusión sobre administración en este régimen.
- **Población beneficiaria.** En la misma organización del aseguramiento expuesta en el artículo 14 se formula como criterio adicional de priorización las personas que hayan perdido su afiliación al Régimen Contributivo. De otro lado insta sobre la posibilidad de que las personas que tienen alguna capacidad de aporte lo hagan con el fin de ser beneficiarios de un plan del subsidiado o del contributivo, en especial para la población SISBEN III.
- **Modelos de operación diferenciales por tipo de territorio.** De igual manera, en el artículo 14, se plantea la necesidad de mecanismos de acceso diferentes para población dispersa geográficamente de los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guanía, Putumayo, Vichada y Vaupés.
- **Evaluación por resultados.** El artículo 2 incorpora la utilización de indicadores de gestión y resultados para todos los actores del sistema como mecanismo de evaluación.
- **Recursos del régimen.** El artículo 11 abre la posibilidad de realizar aportes por parte de los afiliados para optar por subsidios plenos.

Mercados con estructuras de tipo oligopolio y monopolio implican posibles **pérdidas de bienestar** para los demás agentes que participan en el mercado.

2.6 Marco conceptual

La operación del Régimen Subsidiado involucra una vasta cantidad de actores, recursos, funciones, procesos, incentivos e intereses conjugados alrededor de esta política pública, lo que implicó conformar para su evaluación un marco metodológico que recogiera diferentes miradas y aproximaciones conceptuales, con el fin de cubrir la mayor cantidad de aspectos de la realidad del régimen.

En concordancia con lo anterior, el marco conceptual adoptó elementos de la economía de la salud, economía institucional, economía industrial, análisis de procesos y de sistemas de información. A partir de estos, se conformaron los siguientes tres ámbitos de análisis: i) institucional, ii) mercados y iii) técnico-operativo.

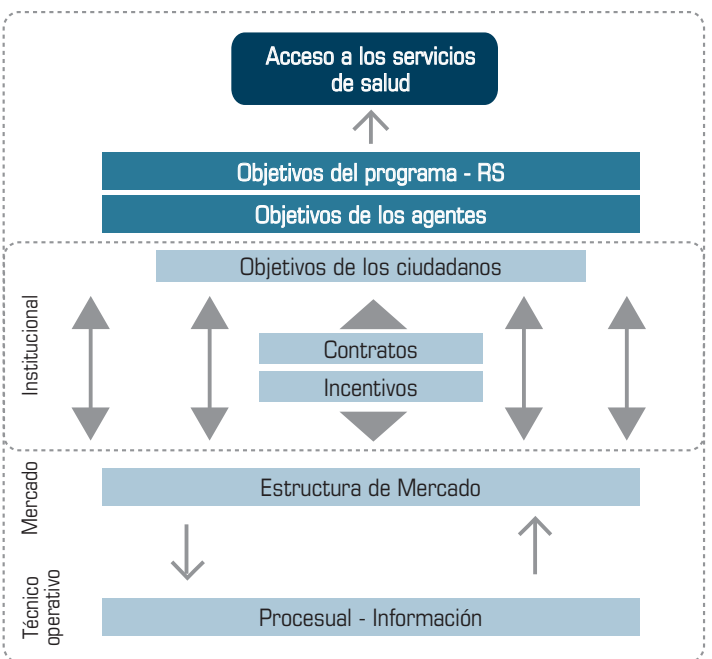
El primero, se concentra en las instituciones presentes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, en especial en el Régimen Subsidiado, es decir, los objetivos y reglas de juego que proporcionan la estructura de interacción de los agentes, destacándose en estos los incentivos y el contrato.

El segundo, se centra en el mercado, entendiéndose esté como una organización social a través de la cual los oferentes (productores y vendedores) y demandantes (consumidores o compradores) de un determinado bien o servicio, entran en estrecha relación comercial, con el fin de realizar abundantes transacciones y bajo estas condiciones establecer el precio del mismo. El análisis de su dinámica y los efectos sobre los agentes puede darse desde diversas aproximaciones. Para efectos de este estudio, se realizó a partir de los conceptos presentados por la economía industrial; rama de la economía que se centra en el comportamiento estratégico de los actores y la estructura de mercados, y que asume la posibilidad de mercados y competencia imperfecta.

Por último, el ámbito técnico operativo, el cual se concentra en las responsabilidades y competencias de cada actor, la eficiencia técnica de la operación, la consistencia y adecuada articulación de los procesos y la capacidad instalada de los agentes para desarrollar sus funciones, particularmente, las de las entidades territoriales municipales y distritales de salud.

El diagrama 1 muestra cómo los tres ámbitos de estudio se interrelacionan. Nótese que los objetivos del sistema, del programa y de los agentes se consideran como elementos dados no sujetos de ajustes, pero constituyen las guías centrales de evaluación y diseño, ya que todos los demás elementos de los ámbitos de estudio se analizan a la luz de estos.

Diagrama 1. Ámbitos de análisis operación del Régimen Subsidiado



Así mismo, es importante destacar la interrelación que se presenta entre el mercado y el ámbito técnico-operativo, dada la mutua modelación que se da uno a otro.

2.6.1 Ámbito institucional

Para efectos de esta evaluación y diseño se adoptaron algunos de los postulados de la economía institucional, particularmente las definiciones sobre instituciones, costo de transacción, incentivo y contrato, presentados por North[1].

Se entienden por instituciones las reglas de juego de una sociedad, es decir, las limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana y que por consiguiente estructuran incentivos en el intercambio humano, sea político, social o económico. La función principal de las instituciones en la sociedad es reducir la incertidumbre estableciendo una estructura estable de la interacción humana. Una parte esencial del funcionamiento de las instituciones es lo costoso que resulta violarlas y aplicar el castigo; normalmente, de allí surgen los costos de transacción. Una distinción fundamental es la que existe entre instituciones y organizaciones/organismo/entidades, siendo una forma sencilla de expresarlo la diferencia que hay entre reglas y jugadores.

Para efectos de esta evaluación se estableció como marco institucional dado, es decir no susceptible de cambio, para el Régimen Subsidiado: i) sus objetivos, ii) los organismos que participan en él con sus competencias y objetivos. Así como los lineamientos dados desde las leyes que afectan directamente el régimen, especialmente las mencionadas en la sección 2.5. La relevancia de este aspecto es que la evaluación y el diseño se centran alrededor de éstos.

Los objetivos de los ciudadanos en el marco de sus derechos y deberes, se encuentran en el concepto anterior. No obstante la evaluación centra su análisis en el objetivo del ciudadano visto como la utilidad marginal que logra por la cobertura que el aseguramiento da a sus riesgos derivados de su dinámica socioeconómica.

Adicionalmente, se consideran como elementos del ámbito institucional: i) el contrato, el cual tiene un apartado específico en el análisis, especialmente respecto de los incentivos que maneja y ii) los costos de transacción asociados. Los incentivos son considerados como un instrumento, especialmente, en la fase de diseño que permite disminuir los costos transacción acercando más la operación del régimen al cumplimiento del objetivo de este.

> La función principal de las **instituciones en la sociedad** es reducir la incertidumbre estableciendo una **estructura estable de la interacción humana.**

- **Objetivos del Régimen Subsidiado**

El objetivo del Régimen Subsidiado se encuentra enmarcado en la Constitución Política y en el objetivo del SGSSS establecido en la Ley 100 de 1993 que define:

> ***Ley 100 de 1993. Articulo 1o.*** *Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.*
>
> *El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro*
>
> ***Ley 100 de 1993. Articulo 152o.*** *"El objetivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud es regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención".*

Especificando respecto al subsidiado,

> *"se busca asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones* ***equitativas****, especialmente de los más pobres y vulnerables que se financiará con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fondo de Solidaridad y Garantía y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad" (Articulo 156 literal j.)*

1. North Douglass C. Instituciones, cambio institucional y desempeño económico. Cambridge University Press. 1990

Artículo 211. Definición. El Régimen Subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente Ley.

Artículo 212. Creación del Régimen. Créase el Régimen Subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. La forma y las condiciones de operación de este régimen serán determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Este régimen de subsidios será complementario del sistema de salud definido por la Ley 10 de 1990.

Con la formulación de la Ley 1122 de 2007 se enmarca la operación del Régimen Subsidiado en el aseguramiento, tal como se expresa:

Artículo 14. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice, el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. .....

Así mismo, se prevé que el cumplimiento de este objetivo se desarrolle bajo el siguiente conjunto de principios:

Articulo 2. Ley 100. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de: eficiencia..., universalidad...., solidaridad..., integralidad..., unidad... y participación....

- **Objetivos y funciones de los agentes**

La Ley 100 en sus artículos 155 y 156 define los integrantes del Sistema del Seguridad Social en Salud y las características base de operación del sistema, respectivamente. En artículos subsiguientes define los actores que participan y ámbito de su accionar.

Adicionalmente, la Ley 715 en su Título III, suscribe: Artículo 42. Competencias en salud por parte de la nación; Artículo 43. Competencias de los departamentos en salud y Artículo 44. Competencias de los municipios.

- **Factores críticos de evaluación**

A partir de los anteriores objetivos se establecieron como factores relevantes de evaluación en este ámbito de análisis sólo los siguientes:

- ¿Qué nivel de acceso ha logrado la población beneficiaria del Régimen Subsidiado? ¿Cuáles han sido sus variaciones en el tiempo? ¿Qué diferencias se dan al interior de los grupos de vulnerabilidad?
- ¿Qué nivel de equidad ha logrado el Régimen Subsidiado en la asignación del subsidio frente al ciudadano?
- ¿Qué nivel de respuesta tiene el ciudadano respecto a sus objetivos y dinámica?
- ¿Qué incentivos promueve el contrato?
- ¿Qué costos de transacción están asociados al contrato?

2.6.2 Ámbito de mercado

Para la evaluación del mercado del Régimen Subsidiado se buscó caracterizar su estructura y determinar si ésta propende por un mercado competitivo. En el diseño de alternativas se valoró la posibilidad de incorporar incentivos que promovieran este tipo de estructuras para los casos donde no se encontraba esta condición. No obstante, en los casos en que las restricciones reales no permiten generar este tipo de estructuras, se debe optar por soluciones fuera del mercado para minimizar las pérdidas de beneficios de los agentes.

La caracterización de la estructura de mercado parte de la definición de la unidad de mercado y se encuentra compuesta por: las condiciones de ingreso, permanencia y salida, el tamaño, la concentración y las condiciones competitivas derivadas de factores de orden regulatorio o político (Véase diagrama 2).

Adicionalmente, para efectos de este estudio se incorporó la articulación con otros mercados, específicamente el mercado prestador en sus niveles básicos de atención, buscando la posible presencia de posiciones dominantes (vista como comportamiento de los agentes) que afecten a uno u otro, a partir de las concentraciones y nivel de transacción.

- **Definición de la unidad de mercado**

La definición de la unidad de mercado a simple vista puede resultar como un ejercicio obvio, sin embargo, alberga un nivel de complejidad importante. Ilustra tal complejidad lo extenso de los fallos regulatorios internacionales sobre posiciones dominantes y los análisis para la aplicación de medidas antimonopolio.

La definición de mercado, en la práctica, se convierte en un supuesto para todos los análisis posteriores y la comprensión de los efectos de las decisiones sobre el mercado. Las conclusiones y por ende las intervenciones, pueden variar dependiendo de la definición del mercado hecha a priori.

Los mercados de salud no se encuentran exentos de esta complejidad, por el contrario, a partir de la implementación del aseguramiento en salud individual y el *managed care*, se dio la aparición de nuevas organizaciones y formas de relación más complejas entre los actores, que hacen que esta dificultad sea mayor, tal como los señalan Wilson y Gaynor[2] al presentar la definición de mercado como uno

La definición de mercado, en la práctica, se convierte en un **supuesto para todos los análisis posteriores** y la **comprensión de los efectos de las decisiones sobre el mercado.**

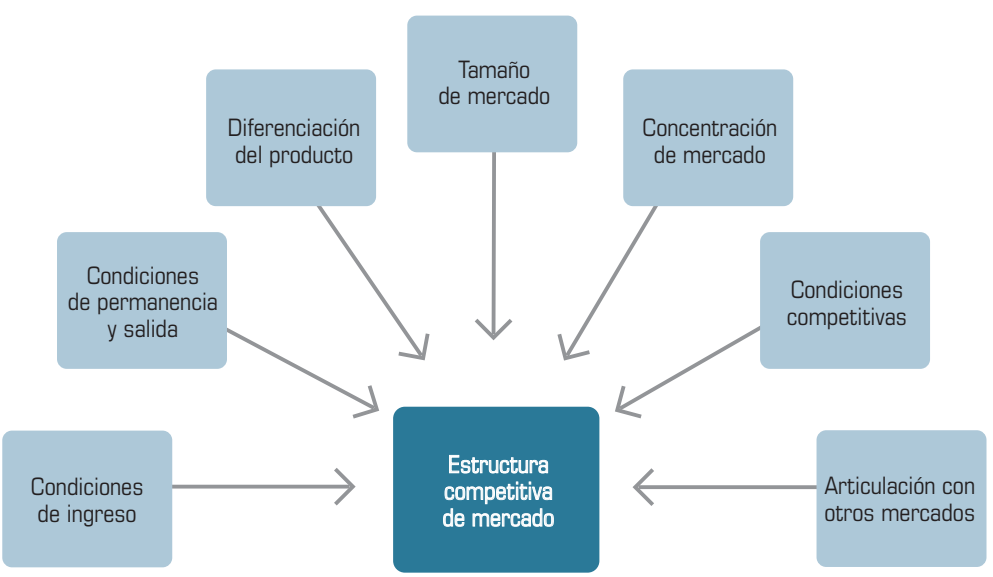
de los puntos de interés de la Federal *Trade Commission* de EEUU, para los mercados de salud.

Existen diferentes mecanismos para la identificación de un mercado, Sheperd[3] señaló la elasticidad cruzada de demandas como la técnica más ortodoxa para este fin, sin embargo por las dificultades en la obtención de la información es la menos utilizada. El criterio más genérico se da a partir del tipo de producto y del área geográfica, sin

2. Wilson Martin, Gaynor Deborah Hass. Change, Consolidation and Competition in Health Care Markets. The Journal Economics Perspectives

3. Shepherd William G. The economics of industrial organization. Fourth edition University of Massachusetts

Diagrama 2. Elementos de la estructura de mercado



embargo, en el caso de los mercados de salud por el crecimiento del *managed care* estos mecanismo han tenido que ser reevaluados y ajustados a la especificidad de las relaciones que se presentan. Dranove y White[4] explican cómo el *managed care* ha llevado la decisión de qué servicios comprar, del paciente y su médico, al pagador. Esto redefinió la interacción de los actores frente a la determinación del precio, lo que implicó un cambio en la definición del mercado. Así, los hospitales compiten por los contratos con los pagadores y estos, a su vez, por las empresas y entidades gubernamentales que representan a los consumidores.

En el caso del mercado de aseguramiento de las EPS-S y la población beneficiaria, las primeras consideraciones a tenerse en cuenta son las siguientes:

- El producto ofrecido, POS-S, es específico, homogéneo y cuenta con pocos elementos de diferenciación.
- La entrega del producto, prestación del servicio en caso de una contingencia de salud, cuenta con poca diferenciación dada la obligatoriedad de contratación con la red pública.
- El precio de la prima, UPC, lo establece el Estado y no es susceptible de negociación en el contrato.
- El consumidor no percibe el valor de la prima, puesto que no lo paga él directamente.

Lo anterior, hace que las características del producto no sean suficientes para diferenciar el mercado de las EPS-S, por lo que es necesario recurrir a los criterios de área geográfica y de contratos.

Como es de esperarse, la suma de territorios donde participa la EPS-S, que a su vez implica la suma de contratos, configura el mercado total de la EPS-S, esto desde la perspectiva de la firma. Sin embargo, para un regulador respecto a los demandantes, el hecho de que las EPS-S deban competir a nivel municipal por la captura de afiliados y firma del contrato, así como que los consumidores estén circunscritos a las posibilidades de la oferta aseguradora del municipio, hace que esta unidad territorial sea definida como el mercado de las EPS-S. No obstante, para algunos análisis se evaluarán los efectos agregados, los cuales serán descritos como del sistema.

4. Dranove David, White William. Emerging issues in the antitrust definitions of health markets. Health economics 7: 167-170. 1998

- **Elementos de la estructura de mercado**

1. **Condiciones de ingreso.** Se asume que entre más complejos sean los requisitos de ingreso a un mercado, menor es la posibilidad de competencia en este, ya que estos pueden llegar a constituirse en una barrera de ingreso y por tanto, se disminuye el número de actores que entran a competir. No obstante, por la particularidad del bien salud, es compresible y ampliamente recomendado que se fijen condicionamientos que protejan al consumidor.

2. **Condiciones de permanencia y salida.** La finalidad de estas condiciones es inicialmente incentivar a que el agente cumpla los objetivos previstos para él, prever los posibles riesgos y efectos de la actuación de estos. No obstante, la estabilidad de estas condiciones garantizan un mayor nivel de competencia, ya que a mayor estabilidad, menor incertidumbre de los agentes, lo que a su vez afecta positivamente el nivel de inversión.

3. **Diferenciación del producto.** La posibilidad de que una agente logre caracterizar su producto de manera perceptible al consumidor hace que la dinámica del mercado sea más competitiva.

4. **Tamaño.** La posibilidad de competir en un mercado se incrementa en la medida que sea posible que los agentes logren economías de escala. Estas economías normalmente se logran en mercados de grandes tamaños.

5. **Concentración.** La concentración del mercado es una relación entre el número de entidades y su participación en el mercado. Existen diferentes indicadores para medirla, el más utilizado es el índice de Hirsman Herfindal "HH"; su construcción se da a partir de la suma de los cuadrados de las participaciones de las firmas que compiten en un mercado determinado, como se expresa a continuación:

$$HHI = \sum_{i=1}^{n} a^2$$

Donde n es el número de firmas en el mercado y a_i indica la participación en la firma i.

De acuerdo con los resultados en la medición del indicador los mercados pueden clasificarse en:

- No concentrado (Índice IHH menor a 1.000) o competitivo.

Por la particularidad del bien salud, **es compresible y ampliamente recomendado** que se fijen condicionamientos que protejan al consumidor.

- Moderadamente concentrado (Índice IHH entre 1.000 y 1.800) u oligopolio.
- Altamente concentrado (Índice IHH mayor a 1.800) o monopolio.

6. **Condiciones competitivas.** Este elemento contempla las garantías que el regulador da a los agentes del mercado de igualdad de condiciones para competir en el mercado.

7. **Articulación de mercado asegurador y prestador.** La interacción del mercado asegurador con el mercado prestador de servicios, ubica las unidades de mercado de acuerdo con los niveles de complejidad del vendedor, es decir:
   - Los de baja complejidad (primeros niveles de atención) son de ámbito municipal
   - Los de mediana y una fracción de alta complejidad son de ámbito departamental
   - La fracción más especializada de servicios de alta complejidad muy probablemente opera en ámbito nacional.

- **Factores críticos de evaluación**

A partir de lo anterior y del alcance fijado en la evaluación, se determinaron como factores relevantes en este ámbito de estudio los siguientes:

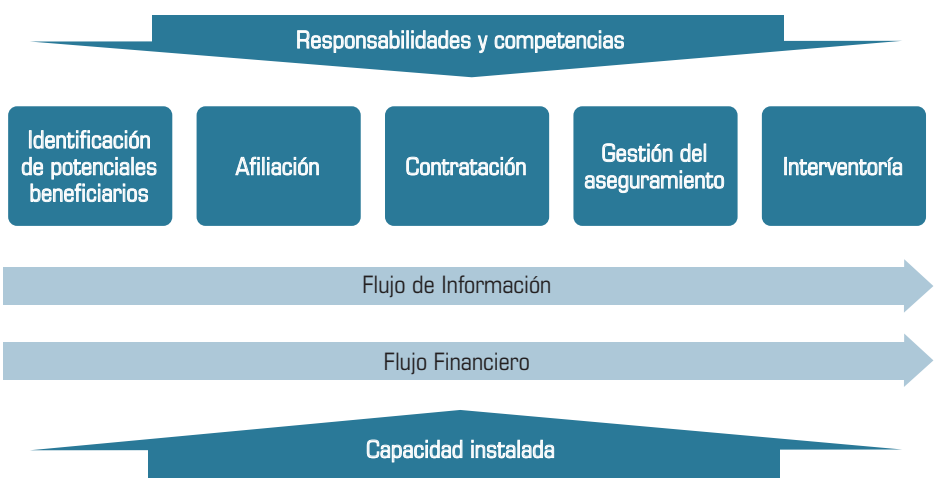
- ¿Las condiciones de operación del Régimen Subsidiado promueven una estructura competitiva del mercado?
- ¿Cuál ha sido el efecto de la regionalización respeto a los objetivos fijados para ésta?
- ¿Qué efectos se evidencian como consecuencia de la estructura de mercado en la operación del régimen y en el mercado prestador?

2.6.3 Ámbito técnico operativo

Este ámbito de análisis busca establecer la capacidad de respuesta de los agentes a la operación dispuesta en el Régimen Subsidiado. Toma como determinantes de la misma, las responsabilidades y competencias de cada actor y su articulación en doble vía, la eficiencia técnica de los procesos[5], la consistencia y adecuada articulación de los procesos y la capacidad instalada de los agentes para desarrollar sus funciones, particularmente, las de las entidades territoriales municipales y distritales de salud, esto porque el sistema prevé estándares para los demás actores. Adicionalmente, asume la información y el flujo financiero como factores transversales a los procesos dispuestos, que actúan de forma interdependiente (véase diagrama 3).

5. Se entiende por proceso un conjunto de actividades a desarrollar, de una forma y en un orden previsto, utilizado un conjunto mínimo de insumos para el logro de un resultado establecido.

Diagrama 3. Procesos del Régimen Subsidiado



- **Factores críticos de evaluación**

En este ámbito de análisis se determinaron como factores relevantes de estudio los siguientes:

- ¿Qué nivel de eficiencia técnica se ha logrado en la operación del Régimen Subsidiado?
- ¿Qué nivel de apropiación y articulación se tiene en los procesos previstos para el Régimen Subsidiado?
- ¿Qué implicaciones tiene la cobertura universal en la operación de Régimen Subsidiado?
- ¿Cuál es la capacidad de respuesta de las entidades territoriales municipales y departamentales de salud?

2.7 Proceso metodológico

En el diagrama 4 se presenta el flujo de proceso adelantado para el desarrollo de la evaluación y diseño de la propuesta de ajuste. Como se observa, las actividades iníciales pueden clasificarse en tres bloques paralelos, donde los dos primeros dan los insumos requeridos para obtener el diagnóstico situacional representado en la identificación de problemáticas críticas y sus causas.

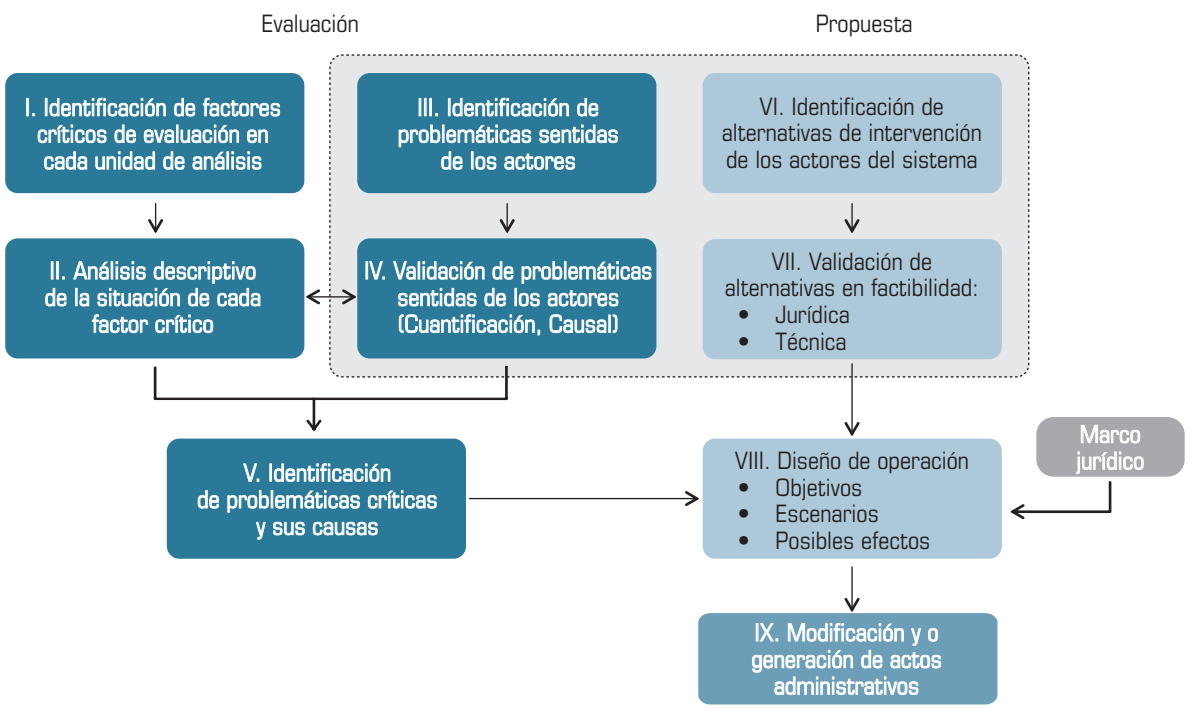
Para el diseño de alternativas, se toma el tercer bloque de actividades iníciales que se ocupa de los aportes presentados por los actores del sistema, las problemáticas criticas del sistema, los requerimientos fijados desde la Ley 1122 de 2007.

Para el desarrollo de las diferentes actividades, el estudio se valió de revisión bibliográfica, de la utilización de estadísticas descriptivas e inferenciales como técnicas cuantitativas, así como de entrevistas semi-estructuradas y planificación por escenarios en el campo de las técnicas cualitativas.

Las fuentes de información primarias consultadas fueron: EPS (Ecoopsos, Cafam, Emdisalud, Comfama), Asocajas, Gestar Salud, Acesi y los representantes al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud por parte de: EPS, IPS, direcciones municipales de salud, direcciones departamentales de salud, gremios empleadores ACOPI, gremios empleadores ANDI. Como actores gubernamentales Super Intendencia de Salud, Ministerio de Hacienda, Departamento Nacional de Planeación - DNP. Así mismo, se contó con la activa participación de las siguientes dependencias del Ministerio de la Protección Social: Dirección General de Planeación y Análisis de Política, Dirección General de Calidad de Servicios, Dirección General de Financiamiento, Dirección de Salud Pública, Dirección de Promoción Social y FIDUFOSYGA.

Como fuentes de información secundaria se tomaron las estadísticas oficiales y consultas específicas generadas para este estudio, por parte de: DANE, DNP, Ministerio de la Protección Social. Además de estudios relacionados que contaran con evaluación de pares y validez estadística.

Diagrama 4. Proceso metodológico



El detalle de cada actividad se presenta a continuación:

I. **Identificación de factores críticos de evaluación en cada unidad de análisis.** De acuerdo con las características de cada ámbito de análisis y las restricciones dispuestas en el marco jurídico se establecieron los aspectos más relevantes de evaluación para cada uno de estos ámbitos.

II. **Análisis descriptivo de la situación de cada factor crítico.** Respecto a cada factor crítico se identificaron las principales variables, indicadores y fuentes de información necesarias para realizar un análisis descriptivo de los mismos. Se desarrolló la recolección de información y se procedió a analizar las condiciones de cada factor.

III. **Identificación de problemáticas sentidas de los actores.** Paralelamente, se procedió a identificar y realizar entrevistas con los representantes de los principales actores del sistema. Los cuales expusieron las principales dificultades y problemáticas identificadas desde su actuar en el régimen.

IV. **Validación de problemáticas sentidas de los actores.** Cada una de las problemáticas expuestas por los entrevistados fueron analizadas respecto a sus causas y magnitud; estas últimas vistas por su posible impacto sobre los objetivos del régimen.

V. **Identificación de problemáticas críticas y sus causas.** A partir de los resultados descriptivos de cada factor crítico y de la validación de las problemáticas identificadas por los actores, se realizó una identificación de las principales causas que generan las dificultades del régimen y el nivel de impacto en el cumplimiento del objetivo del régimen.

VI. **Identificación de alternativas de intervención de los actores del sistema.** Al momento de realizar la actividad IV, los entrevistados sugerían posibles alternativas de intervención dadas las problemáticas identificadas por ellos.

VII. **Validación de alternativas en factibilidad.** Cada alternativa sugerida por los actores del sistema fue validada en un análisis de pre factibilidad que contemplaba su viabilidad jurídica y técnica de implantación.

VIII. **Diseño de operación.** El diseño se realizó a partir de las alternativas con mayor nivel de factibilidad (obtenidas en la actividad anterior), así como de las nuevas opciones que surgieron en la construcción de la propuesta. El diseño buscó garantizar un alto grado de respuesta al objetivo del régimen, contar con efectos medibles y un buen nivel de articulación.

IX. **Modificación y/o generación de actos administrativos.** A partir del diseño propuesto se identifican los actos administrativos nuevos y las modificaciones necesarias a los existentes así como el actor encargado de acuerdo con el alcance y competencia.

3. Acceso y equidad logrados en el Régimen Subsidiado

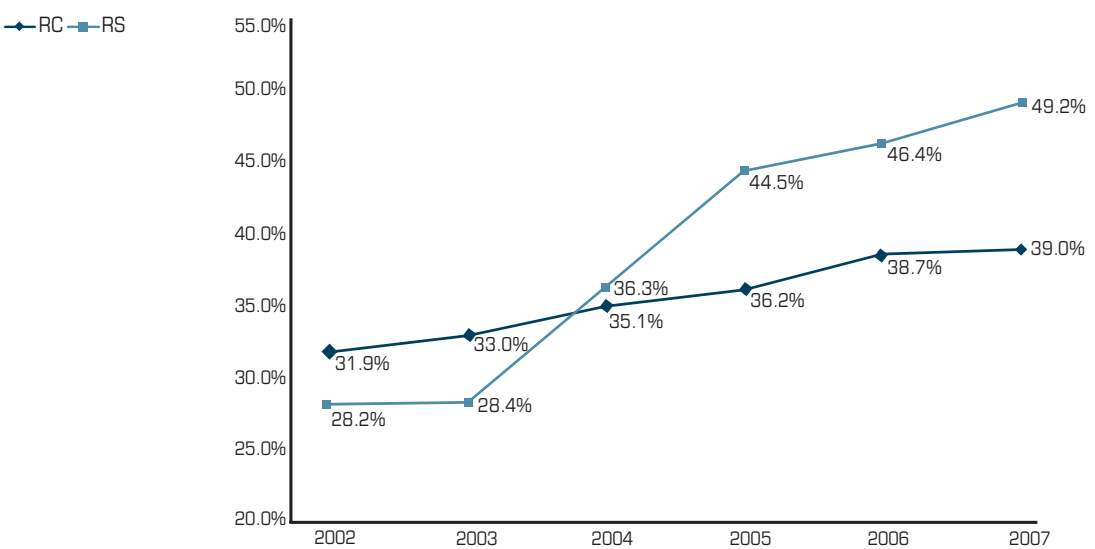
Este capítulo tiene como propósito presentar un marco de referencia situacional sobre el acceso y uso de los servicios de salud y la equidad lograda en el Régimen Subsidiado de salud.

Se toma como principal fuente de información los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, realizada en 2007 y en la cual se midió la morbilidad y uso de los servicios de salud en Colombia, abarcó 40 mil hogares, 120 mil usuarios, 1200 IPS y 220 Direcciones Locales de Salud. De manera complementaria, se revisaron estudios independientes que hubiesen sido sometidos a evaluación de pares y que contaran con alta representatividad estadística.

3.1 Cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Se estima que el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el año 2007 logró una cobertura 88.2% sobre la población nacional, es decir más de 38 millones de afiliados.

Gráfica 1. Evolución de la cobertura del SGSS 2002-2007



Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado, Base de Compensación Ministerio de la Protección Social.

Se estima que el **Sistema General de Seguridad Social en Salud** para el año **2007** logró una **cobertura 88.2%** sobre la población nacional, es decir más de **38 millones de afiliados.**

El Régimen Contributivo participó con el 39.0% de la afiliación y el subsidiado con el 48.2% como se observa en la gráfica 1.

Los crecimientos más importantes han estado por cuenta del Régimen Subsidiado, el cual pasó de cubrir 28% de la población, en 2002, a 49%, en 2007, llegando a superar en 10 puntos porcentuales al Régimen Contributivo. Lo anterior implicó que el país pasó de tener 16 millones de personas sin ningún tipo de seguridad social en 2002, a tener cerca de 5 millones en 2007.

Lo anterior, denota el importante esfuerzo adelantado por el Gobierno Nacional en la búsqueda de lograr una mayor cobertura de la población, especialmente de la pobre y vulnerable. No obstante, por el esquema de financiamiento del sistema y la búsqueda de promoción social, resulta preocupante el avance del subsidiado sobre el contributivo y el incentivo de no aporte dado a la población; máximo si se tiene en cuenta que en la última década los mayores crecimiento del PIB se han presentado en el periodo 2005 – 2007 como se observa en la Tabla 1.

Debido a las diferencias en el desarrollo territorial y el esquema de financiamiento, el nivel de cobertura del sistema no es homogéneo en las diferentes categorías municipales; los municipios con mayores niveles de desarrollo industrial tienen las mayores participaciones del Régimen Contributivo y los de menor cuentan con una mayor presencia relativa del Régimen Subsidiado.

En concordancia con lo anterior, los municipios de categorías especial y 1, logran coberturas superiores a 90% jalonadas especialmente por el Régimen Contributivo. Véase Tabla 2. Comportamiento inverso, se observa en los municipios de

Tabla 1. Variaciones porcentuales anuales del Producto Interno Bruto -PIB. Precios constantes.

Año	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Variación PIB	3.43	0.57	-4.20	2.92	1.47	1.93	3.86	4.87	4.72	6.84	7.52

Fuente: Bases estadísticas. Banco de la República

categorías 4, 5 y 6, donde el nivel de cobertura es levemente inferior al promedio nacional y el Régimen Subsidiado ofrece la mayor cobertura poblacional.

En términos netos, la población no asegurada asciende a 4.8 millones de personas, de las cuales, 60% residen en municipios de categoría 6, es decir 2.9 millones.

La Ley 1122 de 2007 señala en su artículo 9 como meta para los próximos tres años a su expedición, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del SISBEN de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al sistema. Lo que señala el interés en dar una mayor protección a las poblaciones más pobres y vulnerables, de acuerdo con el instrumento nacional fijado para establecer esta condición.

Finalizado 2007, el escenario mostraba que 206 municipios ya se encontraban en cobertura universal -Véase Tabla 3- y que el cumplimiento de las metas de cobertura universal implicaban superar déficit de cobertura de 19% para el nivel I y II, y de 56% para el nivel III del SISBEN.

Los municipios de categorías 6 y especial, son los que están más cerca de lograr la meta de cobertura universal con un déficit inferior al 20% en los niveles I y II del SISBEN.

3.2 Acceso y protección financiera de la población del Régimen Subsidiado

La Encuesta Nacional de Salud dentro su módulo de hogares dispuso de un conjunto de preguntas que abordaba aspectos sobre la condición de aseguramiento, las características de afiliación de la población y la población no afiliada, así como la percepción de estado de salud y utilización de servicios. Por último, se consideraron diferentes rubros de gasto en servicios de salud para aquella población que debió incurrir en gasto de bolsillo.

Tabla 2. Cobertura de aseguramiento por tipo de municipio. 2007

Categoría Municipal	Población DANE	Afiliados Régimen Contributivo	Cupos Régimen subsidiado	Población no asegurada	Cobertura RC %	Cobertura Régimen Subsidiado %	Cobertura Total %
E	12,647,812	8,410,021	3,821,246	416,545	66.49	30.21	96.71
1	5,801,377	3,144,294	2,226,386	430,697	54.20	38.38	92.58
2	4,354,295	1,843,372	1,934,915	576,008	42.33	44.44	86.77
3	1,358,519	696,558	621,382	40,579	51.27	45.74	97.01
4	1,501,289	450,267	857,939	193,083	29.99	57.15	87.14
5	2,027,928	730,361	1,027,876	269,691	36.02	50.69	86.70
6	16,166,597	2,111,014	11,117,068	2,938,515	13.06	68.77	81.82
Total general	43,857,817	17,385,887	21,606,812	4,865,118	39.64	49.27	88.91

Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado, Base de Compensación Ministerio de la Protección Social.

Tabla 3. Cobertura universal. 2007

Categoría Municipal	Número Municipios	Promedio % Déficit I, II	Promedio % Déficit III	Número de municipios en cobertura universal		
				I y II	III	I, II y III
E	4	19.7	47.7	1	2	-
1	16	27.4	54.3	3	3	1
2	17	27.0	46.6	-	7	-
3	13	27.5	46.3	1	5	-
4	20	25.5	77.4	1	3	
5	34	24.6	84.7	2	1	
6	997	15.6	86.6	260	102	204
Total general	1,101	19.24	56.25	268	123	206

Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social, Base encuesta Sisbén - DNP

Algunos de sus resultados señalan que las atenciones recibidas por la población afiliada al Régimen Subsidiado frente a la población no asegurada son mayores en todas las categorías sin excepción. Respecto al contributivo sus porcentajes de atención son superiores en parto remitido de urgencias e iguales en atención de parto por cesáreas y urgencias obstétricas. En los demás grupos analizados los resultados son inferiores –Véase Tabla 4-.

Sobre los motivos de no consulta, la preferencia del individuo por no consultar es uno de los porcentajes más importantes con un valor superior a 14%.

Se constituyen como barreras de acceso importantes en el Régimen Subsidiado el valor de la consulta, los horarios de atención, la rapidez en la atención, la mala atención, las listas de espera y las distancias del lugar de atención –Véase Tabla 5-. Al comparar estos resultados respecto de la población no asegurada, es claro el efecto de protección financiera de la población subsidiada, no así el de las demás barreras de acceso. No obstante la respuesta puede tener como sesgo el conocimiento que tiene un individuo sobre su derecho al estar afiliado. La comparación con el Régimen Contributivo muestra mayores barreras de acceso con excepción de las listas de espera donde el indicador es igual.

Tabla 4. Atención recibida, hospitalización y urgencias (%), 2007

Atención	Especial	Contributivo	Subsidiado	Ninguno	Otra	Total
Hospitalización por causas no obstétricas remitido de urgencias	0,4	4,6	2,9	1,0	0,2	9,0
Hospitalización por causas no obstétricas electiva	0,1	1,5	0,7	0,2	0,0	2,5
Atención del parto o puerperio remitido de urgencias	0,0	1,1	1,3	0,4	0,1	2,9
Atención del parto o puerperio electiva (cesárea)	0,1	0,6	0,6	0,1	0,0	1,4
Atención de urgencias no obstétricas	2,9	40,7	26,8	7,6	1,2	79,2
Atención de urgencias obstétricas	0,2	1,9	1,9	0,8	0,1	5,0
Total	3,7	50,4	34,2	10,1	1,6	100,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007.

Tabla 5. Motivo de no consulta (%), según régimen 2007

Motivo	Contributivo	Subsidiado	Ninguno	Especial	Global
El problema se resolvió solo o se ha sentido bien	26.3	21.1	20.9	31.2	24.9
Descuido	15.9	17.9	12.6	15.4	15.4
Pensó que no era necesario consultar	23	14.0	13.9	20.1	17.7
La consulta es muy cara o no tenía dinero	3.9	8.6	22.9	0.6	9
Los horarios no le sirven o no tenía tiempo	7.6	6.3	3.2	4.9	5.5
Le hacen esperar mucho para atenderlo	3.6	4.2	1.4	5.1	3.6
Mala atención	3.1	4.2	1.8	4.1	3.3
No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	3.8	3.8	1.9	4.2	3.4
No le gusta ir	2	2.9	2.2	4.3	2.9
Sitio de atención es muy lejano	1	2.4	1.7	4.2	2.3
No le cubrían o no le autorizaron la atención	0.6	1.8	0.7	1.1	1
Le dio miedo, nervios o pena	0.9	1.2	0.3	1.1	0.9
No tenia donde acudir	0.8	1.1	9.4	0.9	3.1
Mucho trámite en EPS/EPS-S/IPS	3	1.1	2.6	4.5	2.8
Fue pero no lo atendieron	1.1	1.1	0.2	1.5	1
No sabía que tenía derecho	0.3	0.4	0	0.2	0.2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007.

Estos resultados concuerdan con los de otros estudios[6], que además enfatizan cómo las barreras de acceso de los asegurados al Régimen Subsidiado están más relacionados con factores de la oferta de servicios (el servicio queda lejos; es malo o no atendieron) que con factores de la demanda (falta de dinero; no tuvo tiempo).

No obstante, los estudios de cohorte[7] muestran que la probabilidad de uso de la población afiliada al Régimen Subsidiado es superior a la de la no asegurada y, en el caso de uso hospitalario, es mayor incluso que la del Régimen Contributivo como se observa en la Tabla 6.

La Tabla 7 presenta la participación del pagador principal en el servicio de consulta externa. Los resultados muestran el comportamiento esperado de un sistema con amplia difusión del aseguramiento, es decir, las EPS resultan ser los pagadores principales en los regímenes con un 87.38%. Se observa, mayor participación de las EPS como pagador principal en el Régimen Contributivo que en el subsidiado, lo que puede explicarse por el nivel de cobertura de los planes.

El país pasó de tener **16 millones de personas sin ningún tipo de seguridad social**, en 2002, **a tener cerca de 5 millones en el 2007.**

Este resultado es consistente con el presentado en la Tabla 6, donde ese observa cómo el gasto de bolsillo de un afiliado del Régimen Subsidiado es considerablemente menor al incurrido por una persona no asegurada y por una del Régimen Contributivo. Lo que reafirma la eficiencia del aseguramiento en la protección financiera a los beneficiarios del subsidiado.

6. Glassman A., Escobar M., Guiffrida A., Giedion U. From few to many. Ten years of heath insurance, expansion in Colombia. Inter-American Development Bank. The Brookings Institution. 2009.
7. Ruiz F, Amaya L, Venegas S. Progessives health reform and acces in Colombia. Health Economics. Volumen 16 paginas 3 - 18. Enero 2007

Tabla 6. Acceso de la población

Estimación	Subsidiado	Contributivo	Especiales	Privado	Multi-asegurado	No asegurado
Uso de servicios médicos	0,688	0,738	0,778	0,797	0,852	0,634
Uso hospitalario	0,079	0,058	0,059	0,117	0,039	0,077
Gasto condicional ambulatorio	$25.660	$49.276	$51.616	$205.706	$59.611	$84.537
Gasto condicional hospitalario	$101.001	$245.874	$83.149	$1.404.431	$335.335	$381.135

Fuente: Ruiz F, Amaya L. Progessives health reform and acces in Colombia. Health Economics. Volumen 16 paginas 3 - 18. Enero 2007

Tabla 7. Pagador principal del servicio consulta externa según afiliación, 2007

Pagador	Contributivo %	Subsidiado %	Especial %	Ninguno %	Total %
EPS, EPS-S u Otra entidad de seguridad social	43.49	37.81	3.32	0.75	87.38
Medicina prepagada, póliza de salud o plan complementario	0.26	0	0.01	0.01	0.28
Secretaría de salud o alcaldía (vinculado)	0.01	2.07	0	3.57	5.68
Usted o alguien de su hogar con recursos propios	2.44	0.97	0.12	1.57	5.13
Otra persona con recursos propios	0.11	0.06	0.01	0.15	0.33
El SOAT, seguro obligatorio de accidentes de tránsito	0.18	0.09	0.01	0.08	0.37
Patrón o empleador	0.03	0.02	0.09	0.02	0.18
Entidad por fuera del sistema de seguridad Social	0.09	0.14	0.01	0.41	0.66

Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Por último, estudios independientes[8] destacan dentro de los beneficios del aseguramiento para la población beneficiaria del Régimen Subsidiado, los siguientes:

- Disminución de las barreras de acceso y aumentos en el uso de los servicios de salud preventivos y curativos.
- Un mayor acceso aún a los servicios que son gratuitos para todos e independientemente del aseguramiento.
- El beneficio del aseguramiento ha sido más importante para los más vulnerables:
  - El impacto ha sido más importante en el área rural que en el área urbana.
  - El impacto ha sido más importante para los independientes que para los dependientes.
- El aseguramiento provee protección financiera contra el impacto económico de un evento adverso en salud.

3.3 Equidad en el Régimen Subsidiado

La equidad se basa en un principio de justicia, en el derecho que los individuos tienen al acceso a los servicios de salud. El concepto aduce a que los recursos en salud se distribuyan entre los grupos de población de tal forma que se minimicen las diferencias en los estados de salud. Lo que su vez, puede implicar que las personas con menor capacidad económica contribuyen menos al financiamiento que las de mayor capacidad, y ambos grupos reciben cuidados similares

A lo anterior, los hallazgos de la Encuesta Nacional de Salud destacan cómo la cobertura de la seguridad social en los cuatro deciles más bajos de ingresos, es decir entre aquellos hogares de ingreso menor a un salario mínimo mensual, oscila entre 72% y 80% y destaca la equidad observada entre los grupos de ingreso, con un efecto compensatorio del Régimen Subsidiado en los grupos de menores ingresos.

El concepto de equidad adoptado para este análisis lleva consigo un principio de eficiencia en la asignación de recursos que, en el caso de la operación del Régimen Subsidiado, pasa por la redistribución financiera de recursos que se da a la población más vulnerable vía subsidios a la demanda, a través de los municipios que más lo requieran.

Esta aproximación, parte de la condición global del municipio, por lo que la medida a través de la cual se establece la condición del municipio cobra especial importancia.

8. Ibíd. 6

El gasto de bolsillo de un afiliado del Régimen Subsidiado es considerablemente **menor al incurrido por una persona no asegurada** y por una del Régimen Contributivo.

Al respecto, la heterogeneidad territorial ha motivado la clasificación de los municipios y departamentos en grupos que intentan ser homogéneos entre sí y heterogéneos entre ellos. Ello ha permitido establecer criterios de asignación de recursos atendiendo la diversidad regional y el desarrollo de análisis territoriales, ponderando los resultados según las heterogeneidades.

Así, el análisis estableció el índice de correlación entre los niveles de cobertura logrados por el Régimen Subsidiado y un conjunto diverso de indicadores que intentan capturar el nivel de desarrollo y/o pobreza global del municipio –índice de tamaño funcional[9], índice de desarrollo[10], NBI[11]-.

9. **Índice de tamaño funcional ITF.** Es una aproximación a una clasificación, jerarquización y categorización funcional de la estructura urbana, según su tamaño y las funciones que desempeñan y la intensidad de sus flujos. Este indicador está basado en la teoría de los lugares centrales, donde el lugar central, actúa como centro de suministro y abastecimiento de bienes y servicios del área que lo rodea. Las funciones del lugar central se catalogan desde superiores a inferiores dependiendo del área de mercado a la que sirven. Dentro de las variables que se utilizan para su construcción se encuentran: Población, Número de establecimientos y trabajadores por rama de actividad económica, actividad bancaria y financiera, instituciones de salud, educación secundaria, y fiscales. Construido para el país en 1999 por el Ministerio de Desarrollo Económico.
10. **Índice de desarrollo municipal:** indicador que permite medir el desarrollo territorial en cada nivel de gobierno para municipios y departamentos. Esta medición consiste en el cálculo de un índice de desarrollo que refleje el comportamiento de variables de tipo social (cobertura en educación, salud, servicios públicos, necesidades básicas insatisfechas, etc.) y variables de tipo financiero (ingresos tributarios y no tributarios por persona, gastos por persona y grado de dependencia de las transferencias). Formulado y calculado por el Departamento Nacional de Planeación DNP.
11. **La metodología de NBI** busca determinar, con ayuda de algunos indicadores simples, si las necesidades básicas de la población se encuentran cubiertas. Los grupos que no alcancen un umbral mínimo fijado, son clasificados como pobres. Los indicadores simples seleccionados, son: viviendas inadecuadas, viviendas con hacinamiento crítico, viviendas con servicios inadecuados, viviendas con alta dependencia económica, viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela. Formulado y calculado por el Departamento Nacional de Estadísticas DANE.

Los resultados muestran –Véase Tabla 8- que existe un alto nivel de correlación entre la cobertura del Régimen Subsidiado y los índices seleccionados de acuerdo con el nivel de significancia seleccionado para el ejercicio, con excepción del índice de tamaño de funcional. Lo anterior hace suponer una adecuada orientación en la asignación de los subsidios dada la condición municipal.

La categorización municipal definida por la Ley 617 de 2000 ha sido tradicionalmente utilizada como criterio para determinar la asignación de los recursos del Fondo de Solidaridad "FOSYGA" para cofinanciar las ampliaciones de cobertura del Régimen Subsidiado. Dicha categorización relaciona el tamaño de la población y el esfuerzo fiscal, de manera tal que los municipios categoría E y 1 son los de mayor población y recaudo fiscal y los de categorías 5 y 6 son los de menor población y esfuerzo fiscal. Adicionalmente, existe un mecanismo de recategorización ante la falta de oportunidad en la entrega de información que lleva a bajar de categoría al municipio que incurrió en dicho retraso. Así, la asignación de recursos FOSYGA para ampliación de cobertura se realiza asumiendo que los municipios con menor capacidad fiscal (categorías 5 y 6) requieren de una mayor cofinanciación. De esta forma, se puede analizar el nivel de redistribución financiera en la asignación de recursos, bajo criterios de equidad, al estimar los porcentajes de cofinanciación del FOSYGA por categoría municipal. Los resultados promedio obtenidos, muestran el comportamiento esperado en la asignación, es decir, los municipios con mayores recaudos fiscales obtienen una menor cofinanciación del FOSYGA y viceversa –Véase Tabla 9-.

No obstante, llama la atención el importante número de municipios que se encuentran clasificados como categoría 6, especialmente si se tiene en cuenta que estos reciben una mayor cantidad de subsidios de diferentes sectores como medidas de apoyo para promover su desarrollo, por lo que conviene interrogarse sobre los incentivos que se generan en la administración municipal para,

Tabla 8. Correlación entre nivel de cobertura del Régimen Subsidiado e índices municipales

	Cobertura Régimen Subsidiado	Índice de tamaño funcional 1999	Índice de desarrollo 2007	NBI 2005
Cobertura Régimen Subsidiado	1.0000			
Índice de tamaño funcional	-0.0624 0.0446	1.0000		
Índice de desarrollo	-0.2234* 0.0000	0.1724* 0.0000	1.0000	
NBI	0.1520* 0.0000	-0.1211 0.0000*	-0.8828* 0.0000	1.0000

*Nivel de significancia de 0.001
Fuente: Cálculos propios. Base de indicadores: Ministerio de Desarrollo Económico, Departamento Nacional de Planeación y Departamento Nacional de Estadística.

Tabla 9. Cofinanciación FOSYGA por categoría municipal. Vigencia fiscal 2007

Categoría Municipal	Número de municipios	Cofinanciación FOSYGA		
		Promedio %	Máximo %	Mínimo %
E	4	29.6	44.1	10.3
1	16	39.2	52.8	18.3
2	17	33.6	60.2	7.7
3	13	38.0	55.5	4.0
4	20	34.6	51.4	1.9
5	34	36.2	53.3	0.7
6	997	36.8	95.9	0.0
Total general	1,101	36.7	95.9	0.0

Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado, Ministerio de la Protección Social.

La población no asegurada asciende a 4.8 millones de personas, de las cuales 60% **reside en municipios de categoría 6, es decir 2.9** millones.

por ejemplo, buscar la recategorización anteriormente señalada.

Al explorar algunas de las características de los municipios que están en esta categoría, se encuentra que 371 municipios cuentan con índices de NBI superiores a 50% y que estos se consideran como los de menor desarrollo territorial del país – Véase Tabla 9-.

Los restantes 626 municipios se clasifican en los grupos 5 al 8 del Índice de Desarrollo Territorial, observándose un comportamiento del promedio de NBI bastante consistente con la clasificación. Lo que hace un llamado de atención sobre la capacidad de aporte de estos municipios y de su población al sistema.

Tabla 10. Comportamiento municipios categoría 6

Índice de Desarrollo Territorial 2007	Número de municipios	Promedio % de NBI 2005	Desviación estándar de NBI	Promedio % Cobertura Régimen Subsidiado
1	138	64.16	12.42	81.32
2	132	53.38	9.83	85.90
3	65	75.46	13.36	78.56
4	36	87.18	10.33	86.26
5	261	44.19	9.61	86.65
6	168	34.69	9.73	82.75
7	174	26.02	7.02	74.88
8	20	18.24	5.84	73.75
ND	3			97.09
Total general	997	46.48	19.44	82.33

Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado - Ministerio de la Protección Social, Departamento Nacional de Planeación, Departamento Nacional de Estadística.

4. La protección al derecho ciudadano en la operación del Régimen Subsidiado

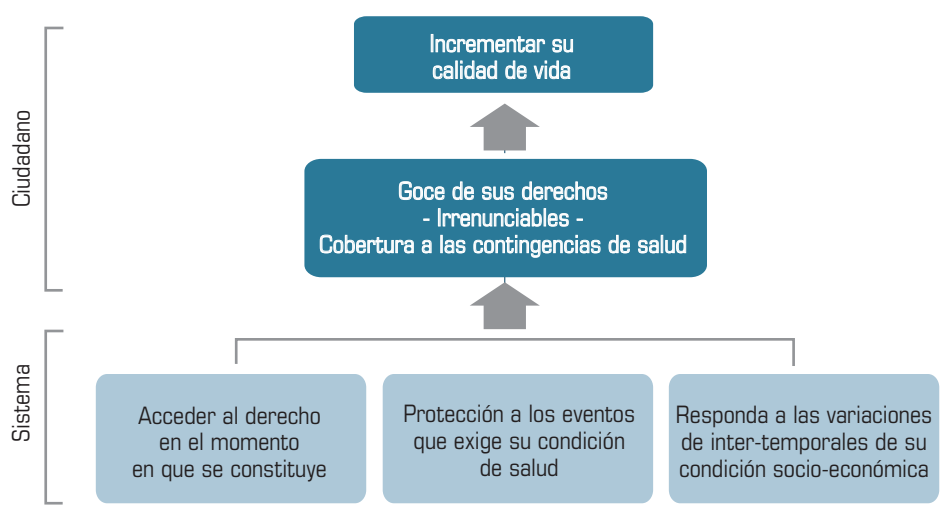
Este capítulo expone los obstáculos operativos e instrumentales que supone la operación actual del Régimen Subsidiado para garantizar el goce efectivo del derecho ciudadano.

El Sistema General de Seguridad Social del país y específicamente el Régimen Subsidiado, puede ser visto como un acuerdo social que busca servir de mecanismo compensatorio y de promoción de la población con mayor vulnerabilidad y menor nivel de ingreso.

Este acuerdo, se enmarca en un conjunto de derechos irrenunciables y establece el aseguramiento como el mecanismo a través del cual se busca garantizar el acceso a los servicios de salud (véase apartado 2.6.1) y dar protección financiera al individuo –busca un efecto ingreso-. Este último, a diferencia de los seguros privados, sobrepasa los efectos financieros de enfermar e involucra las contingencias que lo afectan, las cuales se derivan de las dinámicas sociales y económicas que enfrenta la población

A partir de lo anterior, es claro que el individuo tiene como objetivo lograr el goce efectivo de sus derechos con el fin de incrementar su calidad de vida; para lo cual el sistema, debe disponer de una operación que permita una adecuada identificación de la población en el momento en que se constituye y cesa el derecho a ser subsidiado, dar el acceso a los servicios de salud requeridos para prevenir y atender su enfermedad y responder a las dinámicas socioeconómicas a las que se enfrenta el individuo (véase diagrama 5).

Diagrama 5. Objetivos del ciudadano y factores críticos de protección al derecho



El Régimen Subsidiado, puede ser visto como un **acuerdo social que busca servir de mecanismo compensatorio** y de promoción **de la población con mayor vulnerabilidad** y menor nivel de ingreso.

4.1 Identificación de la población sujeto de derecho

La adecuada identificación de la población objetivo, resulta ser una de las principales dificultades que deben enfrentar los programas sociales dirigidos a una fracción de la población pero de amplia cobertura. En mucho por las dificultades de orden instrumental y operativo que supone poder establecer en qué condición se constituye y cesa el derecho del ciudadano.

La adecuada identificación de la población implica poder responder las siguientes preguntas:

- ¿Cuándo se constituye el derecho a ser subsidiado?
- ¿Cómo se prueban o establecen las condiciones de constitución del derecho al subsidio?
- ¿Qué condiciones debe cumplir el individuo para lograr acceder al subsidio?
- ¿Cómo se hace una identificación precisa de los beneficiarios?
- ¿Cuándo o ante qué condiciones cesa el derecho?

A lo anterior, la arquitectura del Sistema General de Seguridad Social en Salud del país, dispuso que las personas con capacidad de pago o cotización deban estar en el Régimen Contributivo. Lo que cobija la población con trabajos formales e independientes con capacidad de aporte. En una franja intermedia se encuentra la población sin capacidad de realizar el aporte mínimo establecido para el sistema y cuyas atenciones se encuentran a cargo de subsidios vía oferta. En el extremo opuesto, se encuentra las personas más pobres y vulnerables como beneficiarias del Régimen Subsidiado, las cuales son seleccionadas a partir de los resultados de la encuesta SISBEN y/o al pertenecer a grupos especiales de alta vulnerabilidad -registrados en listados censales-, dada la capacidad de afiliación del municipio donde residan; como se expresa en el siguiente marco jurídico:

> *Ley 100 de 1993. ARTICULO 157. Tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. A partir de la sanción de la presente Ley, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al Régimen Contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.*
>
> *A. Afiliados al Sistema de Seguridad Social.*
>
> *Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en salud:*

1. Los afiliados al Sistema mediante el Régimen Contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago....

2. Los afiliados al Sistema mediante el Régimen Subsidiado de que trata el artículo 211 de la presente Ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

B. Personas vinculadas al Sistema.

Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del Régimen Subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.....

La promulgación de la Ley 1122 de 2007, modifica de forma tacita la condición del grupo de personas vinculas al sistema, abriendo la posibilidad de que estos realicen aportes parciales a fin de estar cubiertos por el aseguramiento.

Ley 1122 de 2007. Artículo 14 • Organización del Aseguramiento.....A partir de la vigencia de la presente Ley el Sistema tendrá las siguientes reglas adicionales para su operación: a. Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del SISBEN o del instrumento que lo remplace, siempre y cuando no estén en el Régimen Contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción; Conservarán los subsidios quienes a la vigencia de la presente Ley cuenten con subsidios parciales y estén clasificados en los niveles I y II del SISBEN y las poblaciones especiales que el Gobierno Nacional definirán como prioritarias.

Se promoverá la afiliación de las personas que pierdan la calidad de cotizantes o beneficiarios del Régimen Contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del SISBEN.....

*.....b. La **ampliación de cobertura con subsidios parciales** a nivel municipal se hará una vez se haya logrado una cobertura del 90% al Régimen Subsidiado de los niveles I y II del SISBEN y aplicará únicamente para **personas clasificadas en el nivel III del SISBEN**. Tendrán prioridad quienes hayan perdido su afiliación al Régimen Contributivo, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de la Protección Social.*

4.1.1 Problemática

De lo anterior, es claro que el derecho del individuo a acceder al Régimen Subsidiado se constituye ante su i) incapacidad de pagar una cotización completa al Régimen Contributivo y además ii) vivir en una condición de pobreza multidimensional y/o que pertenecer a un grupo definido como especial.

Las fases que debe surtir un individuo para lograr acceder al Régimen Subsidiado se presentan en el diagrama 6. Como se observa, no existe un mecanismo específico para establecer cuándo el individuo ha perdido su capacidad de aporte mínimo al sistema. Un método indicativo puede ser la tasa de desafiliación del Régimen Contributivo, que fue de 16.6%, con 2.8 millones de personas en 2007.

La verificación de la condición de pobreza se realiza en el país a través un proceso de focalización, que no involucra el concepto de ingreso de las familias, sino uno más complejo que implica la acumulación de capital, acceso a servicios y desarrollo humano.

Para esto, se utiliza como instrumento la encuesta SISBEN, que busca garantizar que el gasto social del Gobierno Nacional y de los gobiernos departamentales y locales se asigne a los grupos de población más pobres y vulnerables. Se espera que este mecanismo provea los elementos técnicos y objetivos que garanticen total transparencia en la identificación de las necesidades reales y en la selección de los potenciales beneficiarios para los programas sociales[12].

12. Retomado de la Guía para el uso del SISBEN. Documento soporte para las entidades territoriales que aplican el SISBEN. Departamento Nacional de Planeación.

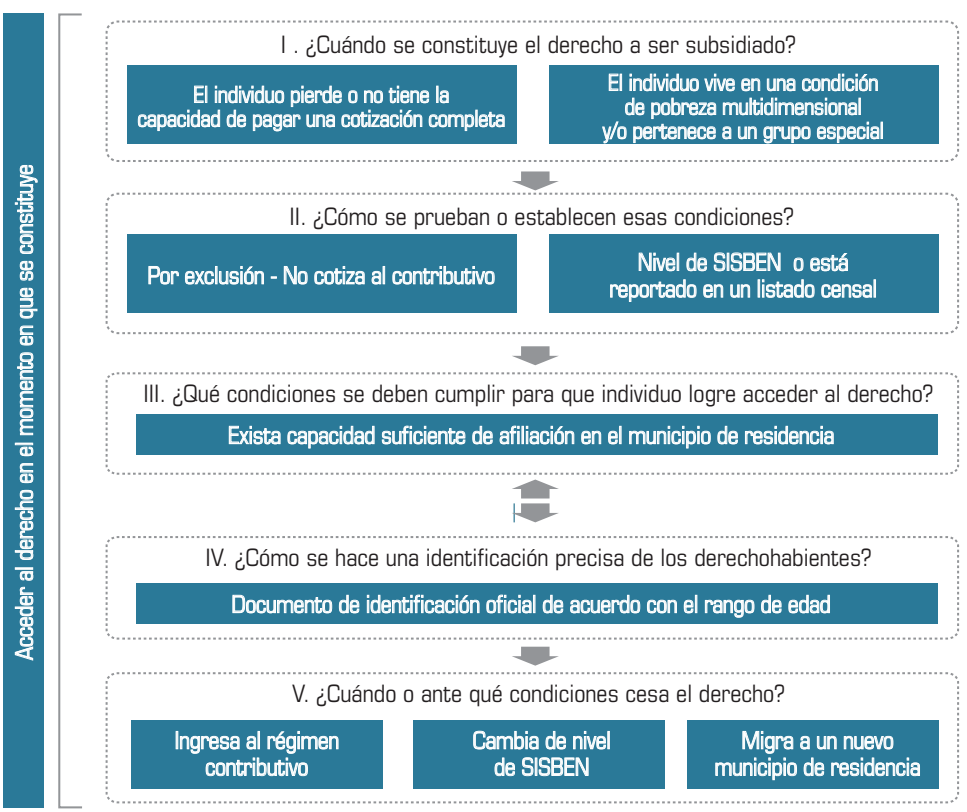
Es importante destacar que, si bien este instrumento mide la pobreza con un enfoque multidimensional, por los objetivos específicos[13] que persigue, da gran relevancia a factores territoriales y del entorno inmediato del individuo. Su indicador no permite hacer estimaciones de patrones de ingreso o de gasto de la persona, a pesar que la encuesta contiene una pregunta de auto reporte de ingreso, pero sus resultados muestran una gran subestimación.

El derecho del individuo a acceder al Régimen Subsidiado se constituye ante **su incapacidad de pagar una cotización completa** al Régimen Contributivo y vivir en una condición de pobreza.

La aplicación de la encuesta se realiza a través de operativos territoriales en zonas donde, se presume, existe una mayor concentración de personas con altos niveles de pobreza, o por solicitud del ciudadano cuando este lo considera pertinente. En particular, su aplicación a noviembre de 2007 alcanzó 32´975,614 personas, es decir, 75% de la población total nacional. 86% fueron clasificados como nivel I o II, es decir más de 28 millones de personas. 13.6% fueron clasificados como nivel III y el restante 0.5% como nivel IV.

13. **Objetivo general**. Establecer un mecanismo técnico, objetivo, equitativo y uniforme de identificación de posibles beneficiarios del gasto social para ser usado por las entidades territoriales y ejecutores de política social del orden nacional.
Objetivos específicos. 1) Facilitar la clasificación de los potenciales beneficiarios para programas sociales de manera rápida, objetiva, uniforme y equitativa. 2) Permitir la elaboración de diagnósticos socioeconómicos precisos de la población pobre para apoyar los planes de desarrollo municipal y distrital, y el diseño y elaboración de programas concretos, orientados a los sectores de menores recursos o población vulnerable. 3) Contribuir al fortalecimiento institucional del municipio y distrito, mediante la puesta en marcha de un sistema moderno de información social confiable. 4) Apoyar la coordinación interinstitucional municipal y distrital para mejorar el impacto del gasto social, eliminar duplicidades y facilitar el control tanto municipal y distrital, como de la sociedad y entidades ejecutoras de programas sociales que asignan subsidios a través del SISBEN. 5) Facilitar la evaluación de las metas de focalización de los departamentos, distritos y municipios y de lucha contra la pobreza en el territorio colombiano.

Diagrama 6. Condición actual de la identificación de la población sujeto de derecho



La Tabla 11 presenta el tamaño de la población a quien se le ha aplicado la encuesta SISBEN por nivel de clasificación y tipo de municipio. Como se observa en los municipios de categorías 4, 5 y 6 la proporción de población de niveles I, II y III alcanza más del 80% de la población general. En los municipios de categoría especial la proporción es cerca del 60%.

Respecto a la confiabilidad y consistencia de los resultados de la encuesta SISBEN, en pruebas realizadas por el DNP con las bases de la Encuesta de Calidad de Vida practicada por el DANE, se encuentra que el instrumento tiene una alta confiabilidad para determinar pobreza estructural, es decir la clasificada como nivel I, no así para el caso del nivel II y III, donde se encuentran franjas de comportamiento claramente diferentes de la población.

Adicionalmente, el instrumento es susceptible de manipulación y fraudes por parte de la población. Al cruzar la base nacional consolidada del SISBEN, con corte a 30 de noviembre de 2007, con la información de todos aquellos registros existentes de 2004 y 2005, con aquellos existentes en las bases de declarantes de la DIAN para los mismos años, se hallaron 63 mil registros de personas declarantes de renta para los años anteriormente referidos, equivalentes a 215 mil personas (incluyendo declarantes con su respectivo núcleo familiar).

Así mismo, se presentan problemas en la calidad de la información: duplicidad, multisisbenización, registros con información no válida o de difícil rastreo que alcanzan el 12.5% de la base total (alrededor de 4 millones de registros).

La verificación de la condición de pobreza se realiza en el país a través un proceso de focalización, que **no involucra el concepto de ingreso de las familias**, sino uno más complejo.

El programa social que realiza la utilización más extensiva de la encuesta SISBEN es el Régimen Subsidiado, con 19.6 millones de cupos asignados mediante este mecanismo de focalización y el procedimiento de priorización municipal, es decir 90% de la capacidad de afiliación del Régimen Subsidiado, que alcanzó 21.6 millones de cupos al finalizar 2007. Los 2 millones de cupos de diferencia se asignan a través de los listados censales, por pertenecer a grupos especiales de población.

Lo anterior pone de manifiesto, la sensibilidad que tiene la operación del Régimen Subsidiado frente a las características del proceso de focalización. Respecto del cual es necesario destacar:

- Ante un escenario de cobertura universal y unificación de planes, cobran importancia los mecanismos de identificación de evasores del sistema, dados los fuertes incentivos que se generan para que la población ingrese sin haber constituido su derecho.

Tabla 11. Población sisbenizada - 2007

Categoría Municipal	Población DANE	SISBEN 1 y 2	SISBEN 3	SISBEN 1 y 2 Afiliados RC	SISBEN 3 Afiliados RC	SISBEN 1,2,3 Afiliados RS	Participación SISBEN (I, II y III) / DANE %
E	12,647,812	5,218,131	2,223,781	1,195,403	960,638	3,714,708	58.8
1	5,801,377	3,359,280	610,297	621,000	241,219	2,126,847	68.4
2	4,354,295	2,491,854	450,062	364,381	151,865	1,710,525	67.6
3	1,358,519	853,901	176,746	169,627	70,591	579,962	75.9
4	1,501,289	1,088,774	118,562	129,855	40,279	698,454	80.4
5	2,027,928	1,467,484	218,752	220,385	84,348	873,144	83.2
6	16,166,597	13,543,280	841,411	1,048,345	272,760	9,846,554	89.0
Total	43,857,817	28,022,704	4,639,611	3,748,996	1,821,700	19,550,194	74.5

Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social, Base encuesta Sisbén - DNP

- La incapacidad del instrumento para estimar ingresos de la población limita la posibilidad de incorporar población al régimen con una capacidad parcial de aporte al sistema y puede permitir la incorporación de población a subsidios plenos cuando esta tiene alguna capacidad de aporte.
- De igual manera, la imposibilidad de establecer cambios importantes en los ingresos de la población, genera inequidades y pérdidas de recursos del sistema.
- Los problemas de orden operativo del proceso de focalización impactan directamente sobre la posibilidad de identificar la población cuando se ha constituido su derecho –al respecto se presenta un mayor nivel de detalle en el capítulo 9-.

Los listados censales son un mecanismo alterno para identificar la población beneficiaria del Régimen Subsidiado. Se utilizan principalmente cuando por las condiciones de vulnerabilidad resulta difícil la aplicación de la encuesta SISBEN, que exige entre otras, una unidad de vivienda para su aplicación; también se usan para dar prelación a grupos poblaciones que por sus particularidades tienen dificultades de acceso a un seguro.

Sobre el particular, es importante destacar las barreras de acceso que se generan por falta de conocimiento y/o adecuada interpretación de la norma por parte de los administradores públicos y las EPS-S que llegan a considerar que una condición para la afiliación de las personas en situación de desplazamiento es contar con puntaje SISBEN[14], características que puede ser extensible a las otras poblaciones especiales.

La identificación de estas poblaciones está a cargo de las entidades que manejan otros programas sociales, por lo que la eficiencia en la identificación de la población recae sobre estas. Los grupos especiales determinados como beneficiarios del régimen Subsidiado se relacionan en la Tabla 12.

14. Documento diagnóstico "Barreras de acceso a los servicios de salud relacionadas con las entidades promotoras de salud del Régimen Subsidiado". Desarrollo del Proyecto OID - 0013 de 2006, Convenio 114 de 2006, Ministerio de la Protección Social – Organización Internacional para las Migraciones, OIM.

Tabla 12. Grupos especiales Régimen Subsidiado

Población especial	Organismo encargado
Población infantil abandonada	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
Menores desvinculados del conflicto armado	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
Población indigente	Alcaldía municipal
Población en condiciones de desplazamiento forzado	Sistema Único de Registro de la Red de Solidaridad Social
Comunidades Indígenas	La asignación de subsidios se efectuará de conformidad con lo previsto en el artículo 5° de la Ley 691 de 2001. No obstante, cuando las autoridades tradicionales y legítimas lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta SISBEN.
Población desmovilizada	Secretaría Especial para la Reinserción del Ministerio del Interior
Núcleos familiares de las madres comunitarias	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
Personas de la tercera edad en protección de ancianatos	Entidad Territorial
Población rural migratoria	Gremios agrícolas o las organizaciones de usuarios campesinas correspondiente
Población ROM	Autoridad legítimamente constituida (Shero Rom o portavoz de cada Kumpania) y reconocida ante la Dirección de Etnias del Ministerio del Interior y de Justicia
Población en centros carcelarios	INPEC
Población en centros psiquiátricos	Diferentes centros psiquiátricos del país
Raizal	Dirección de salud
Creadores y gestores de cultura	Ministerio de Cultura*
Deportistas	Coldeportes*

* Implica la certificación de la entidad como grupo especial y la aplicación de la Encuesta SISBEN

El programa social que realiza la utilización más extensiva de la encuesta SISBEN **es el Régimen Subsidiado**, con 19.6 millones de cupos asignados mediante este mecanismo.

Se debe resaltar, que en el caso de los creadores y gestores de cultura y, los deportistas, los Acuerdos del CNSSS especificaban una cofinanciación por parte de las entidades que certifican el grupo, la cual a la fecha no se ha dado.

A lo largo del tiempo de la operación del régimen se han identificado poblaciones que han recibido cofinanciaciones especiales del FOSYGA como los afrodecendientes, o poblaciones de frontera, entre otros. No obstante, estos beneficios fueron otorgados por una única vez y la selección se realizó a partir de los resultados del SISBEN, por lo que no se consideran para este análisis como poblaciones especiales.

Si bien los listados censales buscan responder a las diferentes dinámicas de estos grupos poblacionales, en la implementa-

Tabla 13. Identificación de grupos especiales del Régimen Subsidiado. Julio 2008

Población BDUA	Cupos Diciembre de 2007	Total Grupos Ajustados BUDA Julio 2008	Participación Población Cupos %	Participación Población BDUA %	Diferencia Cupos - BDUA	% Cargue
Madres Comunitarias	-	15,966		0.10	-15,966	
Otro Grupo Poblacional ROM	426	71	0.00	0.00	355	16.67
Otro Grupo Poblacional RAIZAL	3,891	1,245	0.02	0.01	2,646	32.00
Desplazados	770,719	331,471	3.57	2.17	439,248	43.01
Desmovilizados	70,375	30,595	0.33	0.20	39,780	43.47
Indígenas	1,081,122	579,359	5.00	3.79	501,763	53.59
Población migratoria rural	17,851	11,634	0.08	0.08	6,217	65.17
Otro Grupo Poblacional*	19,640,179	14,223,336	90.90	93.00	2,962,879	72.42
Menores ICBF	15,159	39,416	0.07	0.26	-24,257	260.02
Indigentes	6,265	51,696	0.03	0.34	-45,431	825.16
Artistas, Autores	825	8,333	0.00	0.05	-7,508	1010.06
Total general	21,606,812	15,293,122	100.00	100.00	6,313,690	70.78

Fuente: Base de Contratación del Régimen Subsidiado. Base única de afiliación. Ministerio de la Protección Social
*Incluye en cupos: Cafeteros, Deportistas
*Incluye en BDUA: Población Centros Carcelarios, Población Centros Psiquiátricos, Discapacidad

Tabla 14. Desagregación de algunos grupos especiales incluidos en otro grupo poblacional

Población BUDA	Cupos	Población en BDUA
Discapacitado		131,934
Otro Grupo Poblacional Afro		49,792
Población Centros Carcelarios		79,131
Población Centros Psiquiátricos		391
Cafeteros 50 %	41,400	
Cafeteros 67.5 %	48,264	
Deportistas	321	

Fuente: Base de Contratación del Régimen Subsidiado. Base única de afiliación. Ministerio de la Protección Social

ción de este mecanismo existen importantes indicios sobre las dificultades de la efectiva identificación de esta población ante el sistema de salud y por tanto su acceso a los servicios de salud. Como se observa en la Tabla 13, las poblaciones ROM, raizal, desplazados y desmovilizados no alcanzan 50% en el nivel de cargue en la Base Única de Afiliación, y los indígenas se encuentran 20 puntos porcentuales por debajo de la población general, frente a un promedio nacional que ronda el 70%. Por el contrario, otras poblaciones como los menores del ICBF reportan con mayor nivel de afiliación respecto de los cupos asignados como consecuencia de la prioridad a la población infantil, pero también de la ausencia de reportes de novedades que hace que la población permanezca sin cambio en su condición.

Cabe destacar sobre los grupos especiales del Régimen Subsidiado, que existen diferencias importantes entre los censos poblacionales de las entidades encargadas y los registros de afiliación, lo que no permite mantener una estadística clara sobre el nivel de cobertura de estas poblaciones. Ejemplo de lo anterior, es el censo de la población en situación de desplazamiento adelantado por Acción Social, que muestra que en el país existen alrededor de 2 millones de desplazados. No obstante, las entidades departamentales de salud certifican como necesidad a abril de 2008 1.1 millones de desplazados. Adicionalmente, al cruzar las bases de datos, mucha de esta población está afiliada al Régimen Contributivo o por las deficiencias en el registro no es posible establecer su condición de afiliación.

En particular es importante destacar que la atención de la población desplazada se da desde un perspectiva humanitaria, por lo que no es posible exigir documentos de identificación, la población puede registrarse en más de un municipio de acuerdo con su ruta de desplazamiento y en cada registro cabe la posibilidad de modificación de información, lo que dificulta la posibilidad de establecer duplicidades.

El resultado de la población indigente es por demás sorpresivo, ya que la dinámica de esta población no permite su fácil reconocimiento. Incluso conviene cuestionarse sobre la efectividad del aseguramiento, ya que no pareciera factible aplicar los principios de administración del riesgo que favorezcan la prevención y severidad de las enfermedades.

Lo anterior, es resultado en gran medida de la captura descentralizada de la información en los municipios y de los procedimientos débiles para el reporte de información por parte de las entidades responsables, donde no se especifican:

- Variables mínimas que se deben reportar sobre los nuevos afiliados y novedades de los actuales.
- Identificación de población que por su condición de vulnerabilidad ha perdido su documento de identificación.
- Verificación del cumplimiento en el reporte de novedades.
- Seguimiento a los resultados de cobertura de la población de manera centralizada entre los diferentes agentes responsables, como mecanismo de apoyo interinstitucional.

Una vez verificado que la persona ha constituido su derecho pasa a un proceso de priorización, el cual fue diseñado como un mecanismo de selección de la población más vulnerable sujeto a la restricción que impone la capacidad de afiliación del régimen derivada de la restricción presupuestal y, como un control a la selección adversa en contra de las EPS-S –véase bloque tres del diagrama 6-. Respecto al

Tabla 15. Criterios de priorización – Acuerdo 331 de 2006

Grupo mayor de selección	Subgrupo de selección
1. Recién nacidos.	
2. Menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.	
3. La población del área rural.	i) Mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en programas de control prenatal y posnatal. ii) Niños menores de cinco años. iii) Población en condición de desplazamiento forzado. iv) Población con discapacidad identificada mediante la encuesta SISBEN. v) Mujeres cabeza de familia, según la definición legal. vi) Población de la tercera edad. vii) Núcleos familiares de las madres comunitarias. viii) Desmovilizados.
4. Población indígena.	
5. Población del área urbana.	

primero conviene cuestionar su validez dada la presencia de la cobertura universal.

La priorización inicia con un ordenamiento de la población de acuerdo con su puntaje SISBEN, fecha de aplicación de la encuesta SISBEN y núcleo familiar. A este listado y a los listados censales se les aplican los criterios de selección señalados en la Tabla 15.

La aplicación de dichos criterios supone entre otras: un adecuado manejo de bases de datos para la aplicación de los criterios, una actualización dinámica en la medida en que se van actualizando la base de SISBEN y los listados censales, un ajuste continuo de los núcleos familiares de los focalizados –nacimientos, muertes, división del grupo familiar, migración poblacional- así como un reajuste de los seleccionados en la medida en que se van asignando los cupos. Lo que en sí mismo, alberga una gran nivel de complejidad, dadas las dificultades en la capacidad instalada de las entidades territoriales -elemento que será discutido con mayor detalle en capítulos posteriores-.

De otro lado, no se especifican los tiempos máximos de espera en el listado ni los mecanismos de reemplazo al respecto. Por lo anterior, el listado de priorizados llega a convertirse, en algunos casos, en una lista de espera que afecta que el ciudadano que, habiendo constituido su derecho, no puede llegar a ejercerlo.

Una vez focalizada y priorizada la población, ésta pasa por un proceso de afiliación el cual está respaldado, a su vez, en los procesos de contratación y carnetización. Cabe destacar que la afiliación sólo se puede desarrollar en un momento específico del año -denominado como proceso de libre elección-, lo que implica, en la práctica, que las personas focalizadas y priorizadas que no asistieron a este proceso quedarán en una lista de espera. Esta situación se resuelve a través de dos mecanismos, el más expedito, mediante el reemplazo de cupos, el cual sólo se da por fallecimientos o pérdida de la calidad de afiliado. De otra manera, será necesario esperar hasta que se abra una nueva convocatoria a proceso de libre elección. Dicho procedimiento, en sí mismo, implica una barrera de acceso al aseguramiento de esta población y adicionalmente tiene impacto en el presupuesto del Régimen Subsidiado y de la población no asegurada.

A partir del proceso de afiliación, el ciudadano, en principio, pasa a ejercer su derecho. No obstante y a pesar de los dos procesos anteriores, en ocasiones no se logra una identificación exitosa y precisa de los afiliados, lo que implica que el ejercicio de su derecho se vea obstaculizado, es decir, su acceso a los servicios de salud –véase bloque 4 del diagrama 6-.

Las falencias en la identificación en la población general se derivan de: i) errores operativos en el proceso de focalización y priorización, ii) errores de digitación de la información de afiliación, iii) ausencia y errores en la expedición de documentos de identificación –registro civil, tarjeta de identidad y cédula de ciudadanía-. Los dos últimos afectan principalmente a la población infantil. Al respecto, cabe destacar los esfuerzos por generar planes de mejoramiento con la Registraduría General de la Nación y la búsqueda de alternativas, como el certificado de nacido vivo para la población recién nacida.

La Tabla 16 presenta la participación de las glosas por problemas de identificación en el cargue de la información de afiliados a BDUA, lo que sirve de medida indicativa de la magnitud del problema.

Es importante señalar como el proceso de carnetización no juega ningún papel en la identificación efectiva de la población, a pesar de:

i) La obligatoriedad de las EPS a carnetizar[15],
ii) El establecimiento de tiempo mínimos para tal fin y
iii) La relación directa al pago de recursos.

15. **Decreto 806 de 1998. Articulo 44. Carné de afiliación**. Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas están en la obligación de expedir un carné a cada uno de sus afiliados del Régimen Contributivo o subsidiado, que será el documento de identificación. Las características e información que deberá contener dicho carné serán las definidas por el Ministerio de la Protección Social.

El carné de afiliación tendrá validez mientras los afiliados a esa entidad conserven tal calidad. Cuando el afiliado pierda esta calidad por traslado a otra EPS o por desafiliación, deberá devolver el carné a la EPS que lo expidió.

Acuerdo 244. Artículo 18. Carnetización. Todo afiliado al Régimen Subsidiado deberá identificarse con la presentación del carné de uso exclusivo e indelegable, que deberá ser expedido por la respectiva Administradora del Régimen Subsidiado al momento de su afiliación y entregado a cualquier miembro mayor de edad, del núcleo familiar. El carné tendrá una vigencia indefinida mientras permanezca con la respectiva Administradora del Régimen Subsidiado y caducará en el momento en que se pierda la condición de afiliado al Régimen Subsidiado.

El carné que deban expedir las Administradoras del Régimen Subsidiado, se sujetará a las especificaciones establecidas por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

Existen **diferencias importantes entre los censos poblacionales** de las entidades encargadas **y los registros de afiliación**, lo que no permite mantener una estadística clara sobre el nivel de cobertura de estas poblaciones.

Esta situación genera la siguiente pregunta: *¿Por qué la EPS-S, dado el incentivo que tiene para que su pago se realice sobre la totalidad de población carnetizada, no se ha articulado con la entidad territorial para superar esta dificultad, dado que ya carnetizó?*

Por último, *¿cuándo cesa el derecho de ser subsidiado?* De manera implícita, es cuando el individuo deja de cumplir las condiciones que constituyeron el derecho, es decir; i) recupera o logra tener capacidad para dar el aporte mínimo de una cotización del Régimen Contributivo y/o ii) cambia su condición de pobreza multidimensional. La primera implica, conocer el comportamiento de los ingresos de la población. En la actualidad el único medio operando es el registro de ingreso de la población al mercado laboral formal, no existe otro mecanismo que permita obtener esta información de manera periódica, el cual es necesario dado el bajo incentivo de la población a reportar esta novedad. La segunda supone, un incremento en el puntaje SISBEN, no obstante, no existe un procedimiento formal para tales casos.

Adicionalmente, se presenta la pérdida de derecho cuando la persona migra a un nuevo municipio, ya que los criterios de ingreso están en la actualidad sobre la base municipal, problemática que es tratada en el apartado 4.3 de esta publicación.

4.2 Cobertura de servicios

La cobertura de servicios para la población del Régimen Subsidiado se encuentra definida a partir del plan de beneficios del régimen "POS-S" y se complementa con las atenciones necesarias que se subsidian vía oferta, tal como se expresa:

> ***Decreto 806 de 1998. Artículo 31. Prestación de servicios no cubiertos por el POS subsidiado.*** *Cuando el afiliado al Régimen Subsidiado requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POSS y no tenga capacidad de pago para asumir el costo de dichos servicios, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta. Estas instituciones están facultadas para cobrar una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes.*
>
> ***Ley 715 de 2001. Artículo 49.*** *Distribución de los recursos de la participación para la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. ..... A cada departamento le corresponderá el 59% de los montos resultantes de efectuar los cálculos anteriormente descritos de los municipios y corregimientos departamentales de su jurisdicción, los cuales deberán destinarse para garantizar la atención en salud de los servicios diferentes a los de primer nivel de complejidad, con los mismos criterios que la Nación aplica en la distribución para este componente. El 41% restante se deberá destinar a financiar la atención en el primer nivel de complejidad de cada uno de los municipios y corregimientos de los respectivos departamentos.....*

Tabla 16. Participación de las glosas relacionadas con identificación

Fecha	ago-07	sep-07	oct-07	nov-07	dic-07
Glosas Totales	6,464,879	11,330,429	14,570,895	12,851,153	12,951,770
Glosas con relación directa a la identificación del afiliado *	1,626,618	2,968,327	3,268,040	3,454,380	3,938,638
Participación	25.2%	26.2%	22.4%	26.9%	30.4%

Fuente: Dirección de Planeación y Análisis de Política– Ministerio de la Protección Social

* Se identificaron como glosas asociadas a identificación las siguientes: GN0083 Número de Identificación No valido, GN0016 Afiliado existe en BDUA con diferente tipo y número de documento de identidad, GN0060 Edad del afiliado inconsistente con tipo y número de identificación, GN0017 Afiliado ya existente pero los datos no concuerdan con la información de la BDUA, GN0012 Tipo de documento de identidad del afiliado no es válido para afiliados que son nuevos en la BDUA, GN0014 Tipo y número de documento de identidad del afiliado ya existe y no está vigente en histórico de documentos BDUA, GN0032 Afiliado existe en BDUA en estado fallecido, GN0018 Identificación del afiliado en RNEC fallecido o cancelada.

Lo anterior supone una articulación que debía garantizar una atención integral, similar en principio, a la ofrecida en el Régimen Contributivo como se muestra en el diagrama 7.

4.2.1 Problemática

La articulación como estaba prevista no fue dada en la práctica. Se limitó en la gran mayoría de los casos, a la entrega de una carta tipo por parte de la EPS-S a sus afiliados, donde se explica que el servicio no está cubierto y por tanto, debe dirigirse a la entidad territorial correspondiente.

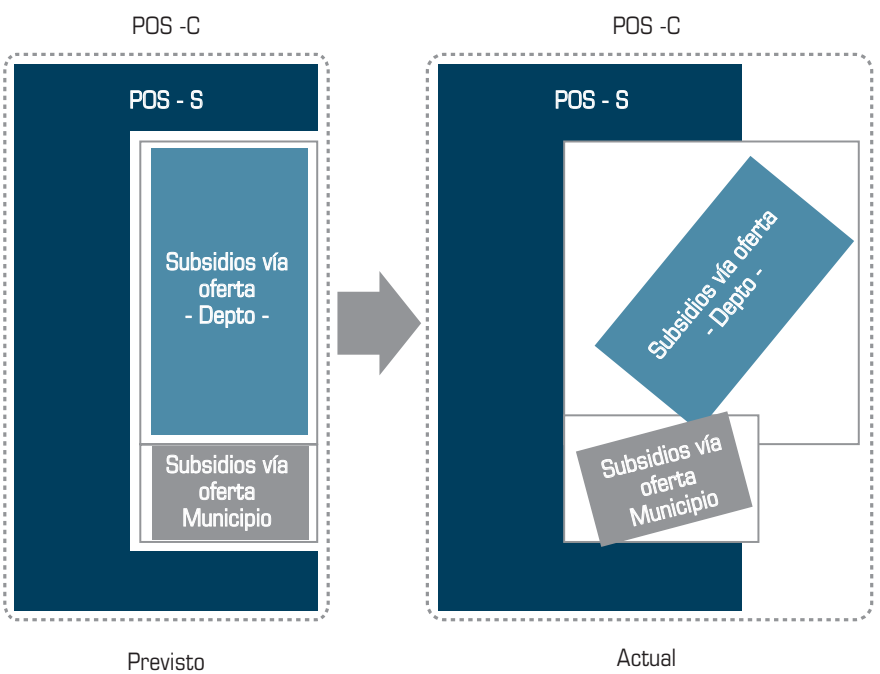
Por su parte, existe evidencia empírica[16] que indica que, en general, las entidades territoriales, tanto de orden departamental como municipal, tienen numerosas y profundas dificultades que les impiden la compra eficiente de servicios para su población no asegurada y en especial para los servicios no POSS, afectando de manera importante el acceso de la población beneficiaria.

Las dificultades que enfrentan las entidades territoriales en la compra de servicios son de orden i) estructural, ii) político, iii) de mercado y iv) de capacidad de gestión. La primera, recoge aspectos tales como la sustitución de objetivos, por ejemplo el de comprar servicios de salud para una población no asegurada y el de dar sostenimiento a la red pública. Lo que repercute en decisiones de compras ineficientes de la Entidad Territorial y que el hospital público, por su parte, incorpore estos recursos sin la expectativa

Las **dificultades** que enfrentan las **entidades territoriales** en la compra de servicios son de orden **estructural**, **político**, **de mercado** y de **capacidad de gestión**.

16. Ruiz, Garavito, Peñaloza y otros. Diseño de alternativas de contratación y pago de servicios de salud entre entidades territoriales y hospitales públicos. Documento técnico ASS 1154 -04. Cendex PUJ. Departamento Nacional de Planeación.
Garavito, Ruiz. Análisis regulatorio y del mercado institucional de medicamentos antirretrovirales en el SGSSS de Colombia. Informe técnico. Processum Consultoría. ONUSIDA. Ministerio de la Protección Social. 2006

Diagrama 7. Modelo de cobertura previsto para la población del Régimen Subsidiado



que se tiene ante un comprador privado, por lo que las medidas de eficiencia no resultan trazadoras.

Segundo, las confrontaciones de orden político que llevan a que la contratación entre entidades territoriales y hospitales públicos se convierta en un mecanismo de resolución de estos conflictos.

Tercero, dentro de los problemas de mercado, se pueden encontrar colusiones desde la oferta de servicios que afectan de manera importante la demanda de servicios y el precio final.

En el caso de la capacidad de gestión, son múltiples los problemas que se pueden citar, sin embargo, las debilidades conceptuales alrededor de los mecanismos de pago asociados a la contratación de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, aunadas a la ausencia de herramientas técnico-administrativas traen como consecuencia decisiones inadecuadas y entorpecimiento de los procesos de monitoreo y evaluación de la contratación. Lo que a su vez, hace que las partes involucradas (entidad territorial, hospital) sufran perdidas acumulables que al final afectan el beneficio de la población.

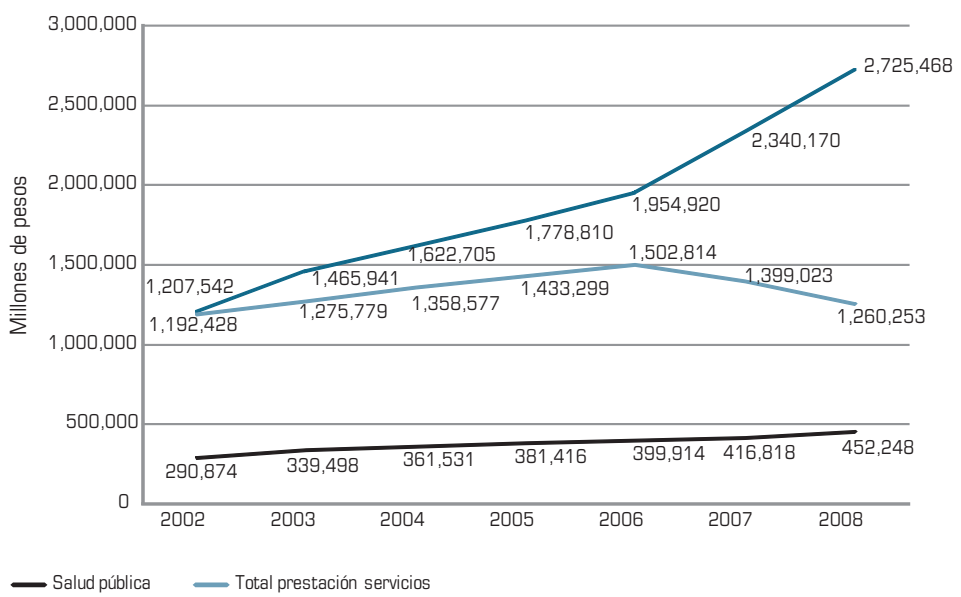
Esta situación, se ha visto agudizada en los últimos años por el proceso de ampliación de cobertura en la afiliación al Régimen Subsidiado, que ha implicado una transformación importante de subsidios vía oferta a demanda –véase gráfica 2-.

Se vienen **reduciendo los recursos disponibles** de la entidad territorial para **responder a sus obligaciones** con la **red prestadora.**

De esta forma, se vienen reduciendo los recursos disponibles de la entidad territorial para responder a sus obligaciones con la red prestadora, en un contexto de acelerado crecimiento de los servicios no POSS como efecto de un mayor acceso de la población y un lento descenso del consumo de la población no asegurada, dados los problemas de identificación de la población beneficiaria del Régimen Subsidiado. Con el agravante de que muchas de las obligaciones con la red prestadora corresponden a déficit de vigencias anteriores.

En el contexto del logro de la cobertura universal, es claro que las entidades territoriales concentrarán su esfuerzo en las compra de servicios no POSS, por lo que se hace evidente la necesidad de fortalecer sus competencias y los mecanismos de interacción con las EPS-S. En particular, surge la Resolución 5334 del 26 de diciembre de 2008, por la cual se adoptan mecanismos que permiten agilizar los trámites requeridos para la atención en salud de los eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado de los afiliados a este Régimen, por parte de las

Gráfica 2. Evolución SGP Nacional - Asignación por concepto – Pesos corrientes



Fuente: Departamento Nacional de Planeación

entidades departamentales, distritales, y municipales certificadas en salud, no obstante, dada su reciente expedición no es posible establecer su impacto.

Lo anterior, muestra el escenario general para la población afiliada al Régimen Subsidiado. Sin embargo, por las particularidades de los grupos especiales -que representan 9.1% de la capacidad de afiliación al régimen, es decir, 1.9 millones de cupos-, resulta conveniente cuestionarse: *¿si las condiciones de cobertura deberían contemplar problemáticas específicas que afectan la condición de salud de esta población?*

Está pregunta surge a la luz de las evaluaciones realizadas sobre las condiciones de acceso y uso de servicios de salud, sobre algunos de estos grupos; población en condiciones de desplazamiento[17] y los niños de ICBF[18], muestran que sus problemáticas no son consideradas y los resultados en salud no son los mejores, donde se debe mencionar las deficiencias que existen a todo nivel sobre el seguimiento a los resultados en salud de los grupos especiales.

17. Ejercicio del Derecho a la Salud de Cien Mil (100.000) familias y acceso a la atención integral en salud como Servicio Público a cargo del Estado en Ciento Once (111) municipios de los Departamentos de: Antioquia, Bolívar, Cauca, Cesar, Chocó, Huila, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Santander, Tolima y Valle del Cauca". Desarrollo del Proyecto OID - 0013 de 2006, Convenio 114 de 2006, Ministerio de la Protección Social – Organización Internacional para las Migraciones, OIM. En su documento diagnóstico "Barreras de acceso a los servicios de salud relacionadas con las entidades promotoras de salud del Régimen Subsidiado". Señalas como principales problemáticas asociadas al aseguramiento:
    - La población en situación de desplazamiento "PSD" no accede con facilidad al aseguramiento, por cuanto viene con afiliación del municipio de expulsión
    - Falta mayor sensibilidad y disposición para entender la problemática de la población en situación de desplazamiento y vulnerabilidad.
    - La percepción de la población en situación de desplazamiento no es muy buena en cuanto a la realización de las actividades de promoción, fomento de la salud y prevención de la enfermedad.
    - Canales de comunicación débiles entre las EPS y sus usuarios.
    - Las IPS siguen realizando cobros de copagos a la población en situación de desplazamiento, especialmente cuando han sido afiliadas vía SGP como población general en las ampliaciones programadas por los municipios
    - Los costos de bolsillo innecesarios que tienen que asumir los usuarios población en situación de desplazamiento se incrementan cuando los funcionarios de atención al usuario de las EPS no informan ni orientan adecuadamente a la población en situación de desplazamiento (costos de transporte, fotocopias, trámites, entre otros).

18. Presentación ante el CNSS en la Sesión 207, julio 2 de 2008. Aseguramiento y condiciones de salud. Niños, niñas y adolescentes bajo medida de restablecimiento de derechos en el ICBF. ICBF, Presidencia de la República.

Sobre el particular, se abre la discusión en dos aspectos: a) frente a las características del modelo de atención que debe ofrecer el asegurador que atiende estas poblaciones y b) sobre la cobertura del plan ofrecido o en su defecto sobre las servicios de apoyo específicos requeridos –caso de servicios sicosociales y siquiátricos-. En el primero, cabe destacar que las características de los procesos exigidos en la habilitación son homogéneas y no discriminan frente a grupos poblacionales.

Sobre el segundo, es claro que los servicios particulares requeridos en su situación deberían ser priorizados y señalados en las atenciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.

Por estar fuera del alcance de este estudio, no se discuten aspectos relacionados al plan de beneficios otorgado a poblaciones que se encuentran bajo la tutela del Estado como son los niños en protección del ICBF o poblaciones que están en restitución de derechos, caso de las víctimas del desplazamiento forzado.

4.3 Protección a las contingencias del ciudadano

Un factor crítico en el diseño de los programas sociales de amplia cobertura y permanencia, es el manejo que se debe dar a las variaciones inter-temporales sociales y económicas que enfrenta el individuo, las cuales constituyen contingencias que lo afectan positiva o negativamente.

El principal conjunto de contingencias no asociadas al estado de salud son: i) envejecimiento de la población, ii) modificaciones en el núcleo familiar -nacimientos y muertes-, iii) pérdida de la capacidad de producción asociada a discapacidad, iv) violencia social, v) desastres naturales, vi) fluctuación de los ingresos y vii) migración poblacional.

La operación del Régimen Subsidiado cuenta con diferentes niveles de respuesta a este conjunto de contingencias como se muestra a continuación.

i. *El envejecimiento de la población* es un criterio de priorización de la población –véase Tabla 15- es decir, no se realizan exclusiones de ningún tipo para el ingreso o la permanencia de un individuo.
ii. *Las modificaciones en el núcleo familiar* se encuentran previstas como novedades de la afiliación. No obstante, como ya se mencionó la población infantil, especialmente los recién nacidos, presentan dificultades en la afiliación por problemas en su identificación efectiva,

Un **factor crítico** en el diseño de los programas sociales de amplia **cobertura y permanencia**, es el manejo de las **variaciones inter-temporales sociales** y económicas que enfrenta el individuo.

lo que puede estar determinando la baja participación de este grupo etáreo en el régimen respecto a la composición nacional y del Régimen Contributivo –véase Tabla 47 del capítulo 6-.

iii. *Discapacidad*, esta condición es un criterio de priorización de la población, lo que probablemente ha incidido en una mayor prevalencia respecto a otros regímenes de afiliación como se observa en la Tabla 17.

iv. *En cuanto a la violencia social*, por la importancia e impacto de este factor en nuestra sociedad, la población directamente afectada es considerada como grupo especial –desplazados, desmovilizados- y su inclusión se maneja de manera articulada con las agencias encargadas de la atención de esta población. La problemática asociada a estos grupos poblaciones está expuesta en apartados anteriores.

v. *Respecto a los desastres naturales*, que pueden generar un súbito incremento de población que necesita de subsidio de salud, se han manejado tradicionalmente asignaciones excepcionales de recursos que facilitan la afiliación de esta población. La más reciente, la asignación, en enero de 2008, de recursos 100% FOSYGA para una ampliación de cobertura de 25.000 cupos en los municipios de la zona denominada La Mojana, afectada por inundaciones y desbordamientos de ríos a comienzos de año.

Respecto a la fluctuación de ingresos y la migración poblacional la operación del Régimen Subsidiado presenta las mayores debilidades en los mecanismos de manejo y respuestas, por lo que este tema se desarrolla con mayor detalle en los siguientes apartados.

4.3.1 Fluctuación de ingresos

El seguimiento a la fluctuación de ingresos, bajo las consideraciones actuales de la operación, se limita al tránsito de un afiliado del Régimen Subsidiado al Régimen Contributivo. Esta movilidad alcanzó a representar 5% de los afiliados del Régimen Contributivo en el año 2007, es decir 862.145 personas. Al respecto, la operación del subsidiado contempla la suspensión de estos cupos por un año, no obstante, no se maneja información consolidada por entidad territorial, por lo que no es posible establecer la magnitud de las suspensiones y recuperación de estos cupos.

Adicionalmente, el procedimiento dispuesto, resulta complejo para el ciudadano, debido al número de actividades y costos de transacción que se encuentran a su cargo: i) aviso a la EPS del subsidiado de su vinculación al contributivo para que esta de inicio al procedimiento de suspensión, ii) aviso a la Entidad Territorial de su vinculación al contributivo para que esta de inicio al procedimiento de suspensión, iii) afiliación a la EPS del contributivo, iv) una vez finalizada su vinculación laboral debe pedir ante la EPS del contributivo certificado de desafiliación v) presentarse ante la Entidad Territorial para reactivar su cupo.

4.3.2 Migración poblacional

La migración poblacional puede ser vista como un proceso social en el que el individuo busca incrementar su capital humano como mecanismo para lograr una mejor calidad de vida –se excluye de este análisis el desplazamiento

Tabla 17. Discapacidad total nacional según régimen de afiliación en personas de 18 a 69 años

Régimen de afiliación declarado	Con discapacidad %
Régimen Contributivo	6.6
Régimen Subsidiado	10.5
Régimen Especial	8.1
Vinculado	7.7
Otros	9.5
Total	8.3

Fuente: Encuesta Nacional de Salud

La **decisión** del individuo **para migrar** pasa por establecer los **costos** y la **expectativa** de los retornos que obtendría en una **relocalización**.

forzoso-. La decisión del individuo para migrar pasa por establecer los costos y la expectativa de los retornos que obtendría en una relocalización.

Así, los individuos buscan territorios donde las oportunidades de mejorar son más probables y abundantes y los que carecen de estas oportunidades conducen al abandono del sitio y a la disminución de la población o al freno de su crecimiento.

Las últimas mediciones adelantadas sobre migración en Colombia fueron en el año 2003 y mostraban[19] que:

- 19.8% de los colombianos han emigrado desde sus departamentos de nacimiento hacia otros departamentos para radicar allí la residencia actual.
- En su mayoría, los migrantes internos acumulados (54.3%) tienen como destino la capital de la República, los departamentos del Valle del Cauca, Risaralda y Antioquia. Aunque la capital de la República es la región que más ha soportado el impacto de la migración, dicha proporción parece haber descendido, puesto que en el primer trimestre de 2003, 39% de la población encuestada corresponde a inmigrantes de otros departamentos, contra 43.3%, según los datos del Censo de 1993.
- En cuanto a los desplazamientos de hace cinco años, la Encuesta Continua de Hogares, reporta que en el primer trimestre de 2003, 8.5% de la población total registrada era migrante interna reciente departamental, incrementando 1.6 puntos con relación a las tasas del periodo 1988-1993. De ese volumen de migrantes, la mayoría (69.7%) se desplazó entre las áreas urbanas o cabeceras de los departamentos y cerca de la tercera parte hizo lo propio en las áreas rurales de los mismos departamentos.
- Contrariamente a lo sucedido históricamente, en el periodo 1998-2003 la tasa de Boyacá se tornó positiva, la de Tolima, aunque no cambió de signo, disminuyó notablemente y la de Cundinamarca pasó a ser negativa. Adicionalmente, excepto Atlántico y Bolívar, los demás departamentos de la Región Atlántica son expulsores netos, mientras que en la Región Oriental, sólo Cundinamarca y Santander tienen esa condición. En la Región Central, únicamente Huila y Quindío son receptores netos de población y en la pacífica, esta última circunstancia la comparten Chocó y Nariño.

La importancia del reconocimiento de estas dinámicas en los programas sociales, especialmente en los programas de amplia cobertura, radica en el diseño que se debe dar a la operación y la adecuada planificación en la asignación de los recursos para dar respuesta a esta condición.

- **Problemática**

En el caso del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la migración poblacional no es un fenómeno relevante en la operación del Régimen Contributivo, ya que su ámbito de acción es nacional y existen mecanismos internos y de mercado dispuestos para garantizar la atención de la población sin importar su lugar de residencia, así como existe una mayor disponibilidad de pago de bolsillo de la población que permiten la utilización de reembolsos posteriores a la prestación del servicio, de ser necesario.

Caso contrario, en la operación del Régimen Subsidiado, cuyo ámbito de acción es municipal. Los principales factores que conllevan a la municipalización son:

- El mecanismo de focalización sólo tiene validez dentro del municipio, es decir, el puntaje obtenido a partir de la aplicación de la encuesta SISBEN para el individuo y su núcleo familiar, sólo corresponde a la unidad territorial donde reside. Lo que se explica por el peso de las variables del entorno. Así, el individuo que migra debe volver a solicitar la aplicación de la encuesta SISBEN donde cabe la posibilidad de que su puntaje incremente a pesar de que su nivel de ingreso no se haya modificado.
- Estructura del contrato, la minuta del contrato entre las Entidades Territoriales y las EPS´S contempla la población pobre y vulnerable que reside en el municipio, razón por la cual el migrante pierde esa condición y deja de ser objeto del contrato.
- Propiedad de los recursos, el presupuesto de los recursos se realiza sobre la estimación de la necesidad de afiliación del municipio y el principio de sostenibilidad de los mismos –en el capítulo 9 se presen-

19. Evidencia reciente del comportamiento de la migración interna en Colombia a partir de la Encuesta Continua de Hogares. Departamento Nacional de Planeación. 2003

ta con detalle la dinámica del flujo financiero-. Se involucran tres grandes fuentes de financiamiento, cuyos criterios de asignación de recursos son: el Sistema General de Participación (SGP) reglamentado por la Ley 715 de 2001, el esfuerzo propio territorial, el cual sólo debe ser sostenible cuando corresponde a recursos de capital y los recursos FOSYGA en los que el CNSSS tiene un grado de discrecional sobre el mecanismo de distribución. Nótese, que los recursos están asociados al municipio, no al individuo, por lo que, ante la migración, los recursos que soportaban la afiliación del beneficiario se quedan en el municipio de origen.

- La red prestadora de servicios de primer nivel no es extensible a otros municipios. Esta resulta ser una restricción débil[20], por cuanto la EPS-S implementa contrataciones mediante capitaciones con el primer nivel de atención que opera en el municipio, de manera tal que el individuo que migra pierde su prestador de referencia.

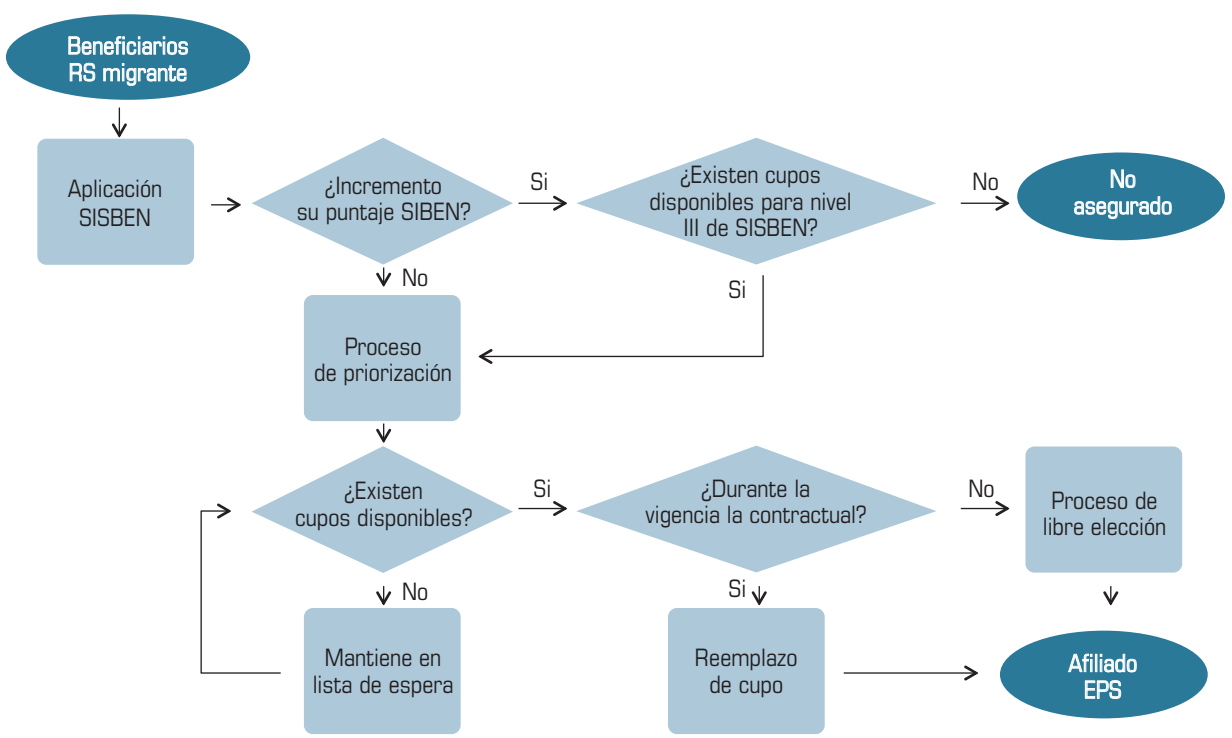
En el diagrama 8 se presenta el proceso que debe adelantar una persona beneficiaria del régimen que migra y no debería pertenecer al Régimen Contributivo, en concordancia con el artículo 33 del Acuerdo 244 de 2003. Como se observa, es claro que ante la migración, el beneficiario del régimen subsidiado pierde la garantía a su derecho y en el mejor de los casos puede restablecerlo, como mínimo, en cinco meses que es el tiempo total estimado del ciclo del proceso.

Respecto a los grupos especiales, principalmente la población en situación de desplazamiento y los desmovilizados, ésta limitación de la operación los afecta en mayor medida por cuanto su tasa de migración es superior a la del promedio de la población general. Cabe destacar, que esta situación se mantiene en la población desplazada a pesar del Decreto 2131 de 2003 sobre prestación de ser-

Ante la **migración**, el **beneficiario** del régimen subsidiado **pierde la garantía a su derecho** y en el mejor de los casos puede restablecerlo, como mínimo, en cinco meses.

20. Restricción débil. Que obedece a factores intervenibles y o auto impuestos.

Diagrama 8. Procedimiento de afiliación de un beneficiario del Régimen Subsidiado que migra de municipio



La **operación** del Régimen Subsidiado **municipalizó** un **derecho constitucional** de carácter fundamental, nacional.

vicios a cargo de la EPS mientras esté vigente el contrato suscrito en el municipio expulsor –véase apartado 4.2.1 referencia 15.

Lo anterior permite concluir que la operación del Régimen Subsidiado municipalizó un derecho constitucional de carácter fundamental, nacional, aspecto que va en contra de la formación de capital humano y de la búsqueda de mejorar la calidad de vida de la población, a la vez que limita la efectiva focalización del sistema y la consecución del objetivo último del sistema de aseguramiento. Este fenómeno, se ha dado por la superposición de las normas de administración de recursos públicos sobre el objetivo del sistema y la búsqueda de proteger el derecho ciudadano.

4.4 Alternativas de intervención

Con fundamento en lo anterior, se establece que el eje central de intervención, es la *redefinición de las condiciones de ingreso, permanencia y salida del ciudadano al Régimen Subsidiado.* Así como el desarrollo de procedimientos, mecanismos e instrumentos que permitan que la operación responda de manera adecuada a dichas condiciones.

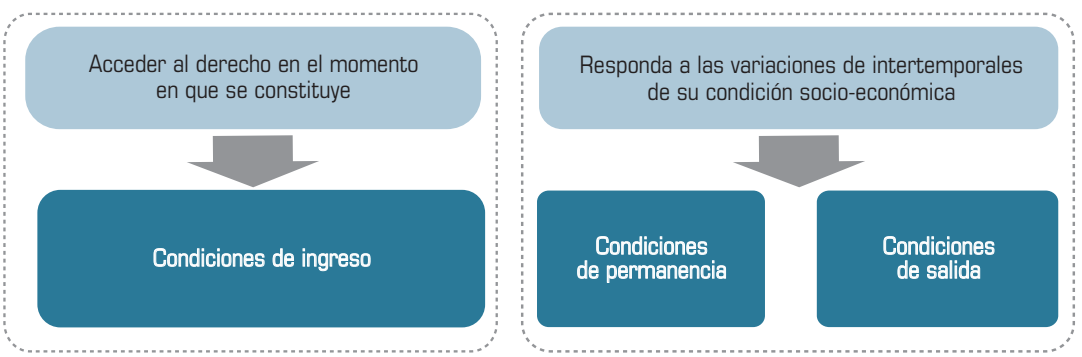
Se entiende por condiciones de ingreso, el conjunto de criterios y mecanismos a partir de los cuales la operación del Régimen Subsidiado logra establecer que se ha configurado el derecho y viabiliza que el ciudadano logre hacerlo efectivo.

Por condiciones de permanencia y salida, se entienden los criterios y mecanismos a partir de los cuales la operación del Régimen Subsidiado hace seguimiento a las dinámicas socioeconómicas a las que se enfrenta el individuo, las cuales afectan de manera directa la configuración del derecho y el goce efectivo de esté –véase diagrama 9-.

Dicha redefinición se encuentra amparada en las obligaciones establecidas en el artículo 24 de la Ley 1176 de 2007, a saber:

> ***Ley 1176 de 2007. Artículo 24.*** *Focalización de los servicios sociales. Focalización es el proceso mediante el cual, se garantiza que el gasto social se asigne a los grupos de población más pobre y vulnerable.....*
> *.... Para la definición de los criterios de egreso, suspensión o exclusión de las personas de las bases de datos, se tendrán en cuenta la aplicación de los principios de transparencia, igualdad y publicidad de la información que no goce de protección constitucional o reserva legal, así como los principios constitucionales que rigen la administración de datos personales, de conformidad con las normas vigentes.....*
> *..... Los diferentes programas sociales del orden nacional o territorial, deben definir la forma en que aplicarán los criterios e instrumentos para la focalización, contemplando además los criterios de egreso o cesación*

Diagrama 9. Factores críticos de protección al derecho y condiciones de ingreso, permanencia y salida



de la condición de beneficiarios que resulten pertinentes, en función de los objetivos e impactos perseguidos.....

4.4.1 Condiciones de ingreso

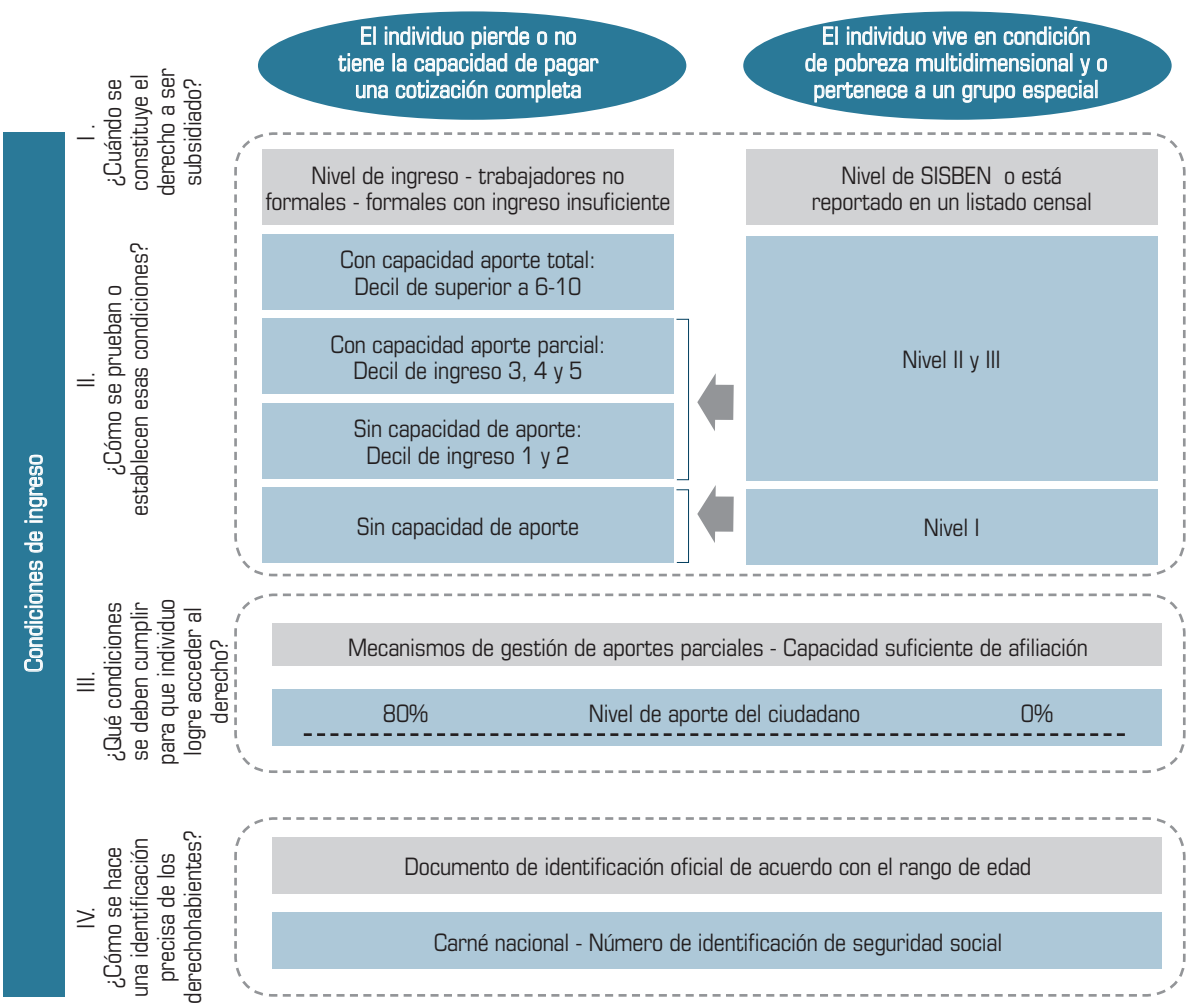
De acuerdo con los criterios de configuración del derecho del ciudadano a ser subsidiado, expuestos en el apartado 4.1 y las problemáticas presentadas en las secciones anteriores, la propuesta de intervención se concentrará en formular mecanismos que permitan validar la capacidad de aportes del ciudadano al sistema e incorporar a la población con capacidad de aportes parciales, es decir, generar esquemas flexibles de operación que no comprometan la posibilidad hacer efectivo el derecho y lograr una identificación precisa del beneficiario. El siguiente diagrama, presenta los criterios generales operación de la propuesta sobre las condiciones de ingreso de la población.

- **Verificación de condiciones**

Como se observa en el diagrama 10, se mantiene la encuesta SISBEN como instrumento de focalización para verificar las condiciones de pobreza multidimensional del individuo, así como, los listados censales para identificar la pertenencia a un grupo especial; sin embargo, se plantean las siguientes modificaciones operativas en los mismos:

- Fijar como única base de consulta de clasificación de población por encuesta SISBEN, la certificada por el Departamento Nacional de Planeación.
- Centralizar en el Ministerio de la Protección Social todos los listados censales, especificando las características de presentación y actualización de información de cada listado censal. Esto implica, que las entidades responsables de estas poblaciones, de

Diagrama 10.Condiciones de ingreso al Régimen Subsidiado – Propuesta de intervención



orden nacional, remitirán a este Ministerio el listado nacional de esta población. En los casos donde no exista un órgano nacional responsable serán las entidades territoriales las responsables del envió y actualización de esta información.

- Conformación de una base nacional de población potencial beneficiaria o elegible, sobre la que verifique su condición de afiliación y capacidad de aporte al sistema.

No obstante, es claro que estos instrumentos mantienen sus limitaciones respecto a la estimación de nivel de ingreso de la persona, por lo que es necesario entrar a desarrollar las siguientes dos consideraciones:

i) ¿Las personas de nivel de SISBEN I, II y III tienen capacidad de realizar algún aporte al sistema dado su nivel de ingreso?
ii) ¿Cuál es el mecanismo más idóneo para establecer si la persona no tiene capacidad de aporte?

Sobre el primero, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud muestran que más de 50% de los hogares encuestados están en los cinco primeros déciles de ingreso, es decir

Tabla 18. Ingreso total del hogar

Decil	Mínimo	Máximo	% hogares
1	5,000	130,000	10.1
2	132,000	250,000	11.3
3	252,000	370,000	8.7
4	371,000	433,700	11.4
5	433,750	500,000	9.2
6	500,090	673,700	9.2
7	674,000	867,400	10.8
8	867,600	1,133,000	9.2
9	1,133,200	1,700,000	10.0
10	1,700,100	17,550,000	10.0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Tabla 19. Decil de ingreso de la población sisbenizada que tiene conocimiento de su nivel de clasificación

¿En qué nivel lo clasificaron?	Decil de ingreso											
	ND%	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%	Total%
Uno	48.6	67.6	65.8	63.3	47.4	52.0	52.2	41.3	37.3	29.7	22.8	51.4
Dos	41.4	29.3	30.2	32.2	43.2	38.0	37.8	46.6	42.9	50.7	48.4	38.6
Tres	9.5	3.1	3.9	4.3	8.9	9.7	9.1	12.1	18.4	18.5	26.4	9.5
Cuatro	0.3	0.1	0.1	0.0	0.5	0.3	0.6	0.1	1.0	0.9	1.8	0.4
Cinco	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.1	0.0	0.2	0.2	0.6	0.1
Seis	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.2	0.1	0.0	0.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total Hogares	11.7%	8.9%	10.0%	7.7%	10.1%	8.2%	8.1%	9.6%	8.1%	8.8%	8.8%	100.0%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud

En el **Régimen Subsidiado** más de 60% de los **hogares** se encuentran por **abajo del decil** 6. Es decir, cerca de 40% de la población que tiene un nivel de **ingreso superior al salario mínimo** reciben un subsidio de salud.

por debajo de un salario mínimo como se observa en la siguiente tabla.

62% de los hogares han sido encuestados por el SISBEN y como se observa en la siguiente tabla más del 50% de los hogares clasificados en los deciles 1 al 6 son del nivel I del SISBEN.

En el caso del decil 7, 41% de los hogares han sido clasificados como nivel I y más 46% como nivel II.

Los deciles 8 al 10 han sido registrados como de nivel I y en mayor medida como de nivel II. Por su parte, los últimos hogares clasificados como nivel III del SISBEN tienen especial participación en los deciles 7 al 10.

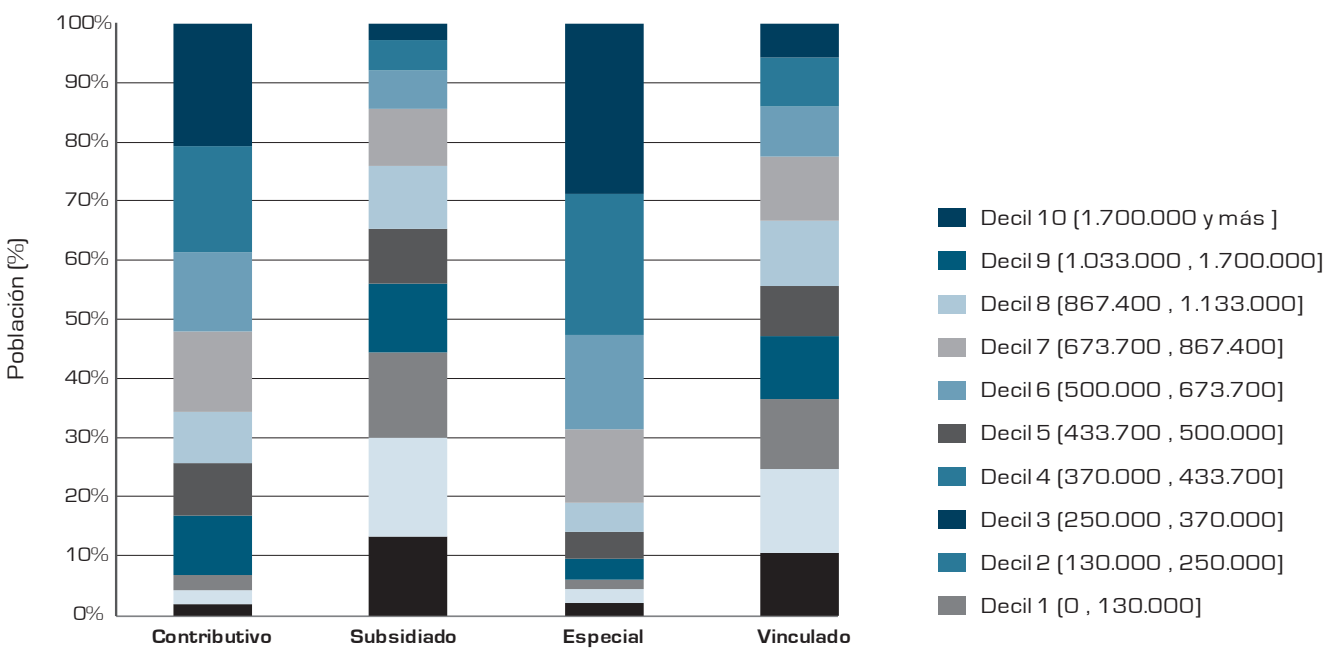
La grafica 3 presenta los hogares clasificados por decil de ingreso y régimen de afiliación, como se observa en el Régimen Subsidiado más del 60% de los hogares se encuentran por abajo del decil 6. Es decir, cerca de 40% de la población que tiene un nivel de ingreso superior al salario mínimo reciben un subsidio de salud, lo que genera una inequidad importante frente a la población independiente que cotiza sobre la base de un salario mínimo.

Por su parte, cerca de 50% de la población no asegurada se encuentra por abajo del decil 5, el otro 50% son cotizantes en potencia.

Lo anterior implica, que existe población clasificada en los tres niveles de SISBEN objeto de intervención del Régimen Subsidiado, con capacidad de algún nivel de aporte al sistema. Lo que a su vez resalta la necesidad de incorporar mecanismos de estimación de ingresos de la población.

Al respecto, se debe destacar el proceso de diseño e implementación de la tercera versión del SISBEN, el cual se viene adelantado a partir de agosto de 2008 por el Departamento Nacional de Planeación. Con el que se busca la actualización de los criterios para la determinación, identificación y selección de los beneficiarios de programas sociales, esto en virtud de razones de tipo normativo y administrativo, de política social y, técnicas dentro de las que se destacan:

Gráfica 3. Distribución poblacional según régimen de afiliación y décil de ingreso del hogar



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

la i) manipulación y ii) desgaste en la capacidad de discriminación de las variables, señalándose sobre este último:

> ***Documento Conpes Social 117. III Justificación. Pérdida de la capacidad de discriminación de las variables****..... La manera de evaluar la eficiencia es a través de los errores de inclusión y exclusión. Para su análisis se tomó como variable de referencia el gasto per cápita19. El análisis de la eficiencia horizontal para el total nacional indica que el 19.3% de la población pobre queda clasificada por fuera de los niveles 1 y 2 del SISBEN II. Por su parte, la eficiencia vertical revela que el 25.4% de la población en los niveles 1 y 2 del SISBEN II son no pobres.*
>
> *En la zona urbana los errores de exclusión e inclusión son cercanos (21% y 19.7%, respectivamente). El error de inclusión en la zona rural (47.2%) es considerablemente más alto que el nacional (25.4%) y el urbano (19.7%).*
>
> *El diseño e implementación del SISBEN III debe encaminarse a mejorar la eficiencia, aunque siempre habrá un margen de tolerancia técnica a los errores de inclusión y exclusión, habida cuenta de las características del proceso metodológico y estadístico que subyace a la construcción de este tipo de índices.....*

La nueva versión de SISBEN incorpora ajustes en el contenido de la encuesta y la construcción del nuevo índice, el cual continúa enmarcado en un enfoque multidimensional de pobreza. Se define como un índice de estándar de vida conformado por tres dimensiones: salud, educación y vivienda. Adicionalmente, siguiendo las recomendaciones del CONPES Social 100 de incorporar variables relacionadas con la vulnerabilidad individual y contextual. Este nuevo índice al ser estándar de vida, no es estrictamente comparable con medidas de pobreza por carencia de ingresos como las líneas de indigencia y pobreza.

Una novedad de este Índice es la definición de puntos de corte por programa social, es decir, la definición de niveles se realizará de forma independiente de acuerdo con las necesidades y características de los beneficiarios y de los bienes suministrados. En el caso del Régimen Subsidiado, la determinación del punto de corte se está realizando de manera inductiva a través de homologaciones y una aproximación al nivel de ingreso del hogar, haciendo uso de la Encuesta de Calidad de Vida, la de Ingresos y Gastos y, la Encuesta Nacional de Salud, con el propósito de lograr un mejor ajuste sobre el capacidad de aporte del ahogar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no obstante es claro que se mantiene las limitaciones antes señaladas.

Respecto a la segunda consideración, ¿Cuál es el mecanismo más idóneo para establecer si la persona tiene o no capacidad de aporte?, es clara la necesidad de incorporar instrumentos que permitan hacer esta validación, complementarios a la focalización, a través de los cuales sea posible establecer, como mínimo, tres condiciones frente a la capacidad de aporte del hogar: i) incapacidad total, ii) capacidad total y iii) capacidad parcial.

Tabla 20. Eficiencia del índice SISBEN II por deciles de gasto per cápita. ECV-2003

Zona	Eficiencia Horizontal %	Eficiencia Vertical %	Error de Exclusión %	Error de Inclusión %
Urbano	79.0	80.3	21.0	19.7
Rural	92.4	52.8	7.6	47.2
Total	80.7	74.6	19.3	25.4

Fuente: Cálculos a partir de ECV-2003. Departamento Nacional de Planeación, 2008, Índice de Focalización Individual del Gasto Social- SISBEN III. Informe Técnico.

Tabla 21. Clasificación población Régimen Subsidiado por nivel de SISBEN y decil de ingreso

Nivel de SISBEN	Decil 1 y 2	Decil 3 al 5	Decil 6 al 10	Total personas
I		10,049,097		
II y III	1,797,676	2,966,223	4,635,463	9,399,362
Participación	19.1%	31.6%	49.3%	100.0%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Se recomienda que las **personas del nivel de SISBEN I** sean consideradas con **incapacidad total para el pago**, por tanto su nivel de aporte al régimen sería de 0%.

Como se observa en el diagrama 10, se recomienda que las personas del nivel de SISBEN I sean consideradas con incapacidad total para el pago, por tanto su nivel de aporte al régimen sería de 0%. La estimación inicial es de 10 millones de personas –Véase Tabla 21-.

En la búsqueda de población con capacidad total de cotización, se considera necesaria la implementación de dos procedimientos: a) identificar contribuyentes e b) identificar población con flujos financieros promedios suficientes para contribuir al sistema. Para el desarrollo del primero, es necesaria la incorporación de una búsqueda activa y periódica de personas con capacidad de cotización en la base de población focalizada, previo a ser potenciales beneficiarios al Régimen Subsidiado. Esto implica verificar la base en los siguientes tres niveles:

a) Nación - contribuyentes a retención en la fuente.
b) Departamento – contribuyentes de impuestos de rodamiento
c) Municipio – contribuyentes de ICA y predial

Para lo anterior, es necesario realizar convenios interadministrativos entre DNP, Ministerio de Hacienda y la DIAN, que incorporen cronogramas de avance dadas las dificultades en la armonización de bases de datos.

En el segundo, implica establecer un mecanismo de consulta al sistema financiero que permita establecer una estimación de capacidad de pago de la población a partir de sus flujos financieros, el cual puede desarrollarse de manera directa por el Ministerio de la Protección Social o a través de los servicios de entidades especializadas.

Se estima que en la población SISBEN II y III cerca 1.4 millones de hogares, es decir 4.6 millones de personas, tienen capacidad de realizar un aporte total al sistema de salud, es decir estarían ubicadas en los deciles 6 al 10 de ingreso, como se observa en la Tabla 21.

A la base restante de población, alrededor de 1.4 millones de hogares –cerca de 4.7 millones de personas – es necesario aplicar un instrumento adicional que permita estimar su nivel de ingreso. No se opta por la opción anterior, porque existe una alta probabilidad que esta población no se encuentre bancarizada. No obstante, se espera que esta base, 561 mil hogares (alrededor de 1.8 millones de personas) no tengan capacidad de aporte, es decir, que su decil de ingreso sea 1 o 2; y que los restantes 926 mil hogares, es decir 2.9 millones de personas, tengan alguna capacidad de aporte que puede ir del 20% al 80% sobre el valor de la cotización.

Para la construcción del instrumento se considera como la alternativa más viable utilizar las variables de la encuesta de calidad de vida y desarrollar una prueba piloto que permita validar el instrumento.

De acuerdo con el diagrama 10, el tercer factor a considerar son los condicionamientos externos que el individuo debe cumplir para acceder a su derecho. Esto involucra: i) una capacidad de afiliación suficiente a nivel nacional y municipal y ii) un mecanismo de recaudo para los aportes parciales.

De acuerdo con la tendencia de cobertura no existen restricciones económicas que limiten la capacidad de afiliación del régimen, más allá de los problemas operativos de: i) la gestión presupuestal, ii) del proceso de priorización y iii) de la contratación. Así las intervenciones previstas, para el primero y tercero se resuelven de manera conjunta, previendo recursos específicos que se ejecuten en un mecanismo contractual que permita afiliar a la población en cualquier momento de la vigencia.

Sobre el segundo, se considera necesario: a) fijar criterios de actualización, b) incorporar tiempos máximos de espera y c) fijar periodos de liberación de cupos. En los municipios que hayan logrado cobertura universal en afiliación efectiva –población en BDUA- y dispongan de cupos no se consideran necesarios los criterios de priorización más allá de validar la condición de potencial beneficiario o de elegible.

Adicionalmente, y con el fin de dar cumplimiento a los términos de la Ley 1122 de 2007 en su artículo 14, se debe incorporar como prioritaria la población del Régimen Contributivo de los niveles de SISBEN I y II que haya perdido su empleo.

Respecto a los mecanismos de recaudo de los aportes parciales, es clara la necesidad de incorporar a las Cajas de Compensación Familiar y al sector bancario con expe-

Se estima que en **la población SISBEN II y III** cerca 1.4 millones de hogares, **tienen capacidad** de **realizar un aporte** total al **sistema de salud**.

riencia y/o interés en microcréditos. El objetivo es que la población beneficiaria pueda regularizar el pago de su contribución, superando obstáculos como la volatilidad de sus ingresos. Se espera que el proceso arroje la posibilidad de la dación de microcréditos a esta población para seguridad social, lo que a su vez permite bancarizar la población y abrir un conjunto nuevo de posibilidades para el desarrollo de esta población. De otro lado, estas alianzas disminuyen los costos de recaudo lo que haría más atractivo para los aseguradores participar en el proceso.

Como cuarto factor, está la identificación efectiva de la persona, que como se explicó enfrenta problemas de orden estructural y operativo. Los primeros corresponden a todos los problemas por la no expedición del documento de identidad y los errores en su generación. Los segundos, están asociados a todos los problemas de digitación y manipulación de datos en las diferentes fases del proceso que impiden la afiliación efectiva.

Frente a lo anterior, se exploró la posibilidad de adoptar un mecanismo de identificación alterno del beneficiario que permita superar las dificultades estructurales de identificación mientras se regulariza su constitución jurídica y reducir el número de actividades de reproceso de ingreso de información, en cuyo escenario es necesario ampliar el alcance del carné. Esto implicaría, entre otras, que el carné se constituiría en el documento de identificación principal del afiliado en el Sistema General de Seguridad Social, para lo cual este debería contener como mínimo los requisitos presentados en la Tabla 22.

No obstante, este mecanismo presenta tres dificultades importantes:

- Esta iniciativa competiría con el proyecto de la Registraduría Nacional de la República de incorporar un número único de identificación para la población, llegando a socavar este esfuerzo.

Tabla 22. Características del nuevo carné

Cara	Variables	Características/Utilidad
Anverso	Logo del Ministerio de la Protección Social	Permite destacar al órgano rector del Sistema.
	Logo del Sistema General de Seguridad Social	Es un documento que lo identifica frente al Sistema, no frente a una entidad ya que este puede variar.
	Nombre completo del afiliado	Identificación
	Número de identificación	Número de identificación jurídica de acuerdo con su edad (registro civil, tarjeta de identidad, cedula ciudadanía)
	Código de barras del número de identificación	Busca evitar la digitación del número y que su captura sea automática
	Número de identificación de seguridad social	Se constituye en un número alterno de identificación que puede llegar a ser el principal si no se cuenta con el primero
	Código de barras del número de identificación de seguridad social	Busca evitar la digitación del número y que su captura sea automática
	Fotografía	Dar más elementos de identificación que limiten el fraude y armonizar las acciones con el Régimen Contributivo
	Chip de historia clínica	Mantener un registro actualizado de la historia clínica del afiliado.
Reverso	Fecha de nacimiento	Permitir una estimación fácil de la edad
	Grupo sanguíneo	
	Alergias	
	Discapacidad	De acuerdo a la declaración del SISBEN
	Sticker de la EPS actual	Identifica la entidad a la que se encuentra actualmente afiliado

- Existe una mayor proporción de población identificada que sin identificar, por lo que el esfuerzo de una recarnetización no resultaría costo efectiva.
- El carné es un instrumento que no logra capturar las variaciones en la condición de afiliación de la población. A esta función responde de mejor manera la consulta en bases de datos.

Por lo anterior, la propuesta mantiene el carné como un instrumento de identificación, pero establece como mecanismo final para operaciones entre los diferentes agentes del sistema la identificación plena en las bases de datos oficiales de afiliación.

4.4.2 Condiciones de permanencia y salida

Como se ya se menciono, las condiciones de permanencia y salida, son los criterios y mecanismos a partir de los cuales la operación del Régimen Subsidiado hace seguimiento a las dinámicas socioeconómicas a las que se enfrenta el individuo, que afectan de manera directa su configuración del derecho y el goce efectivo de este.

De acuerdo con el diagnóstico, estas condiciones se ven afectadas de manera importante por las contingencias en las fluctuaciones en los ingresos y la migración de la población.

- **Fluctuación de los ingresos**

Dado que la población ingresaría con nuevas condiciones, dentro de las que se destaca la posibilidad de realizar aportes parciales al sistema, las condiciones de permanencia y salida deberán estar alineadas sobre estas. Así los aspectos a considerar deben poder responder las siguientes dos preguntas:

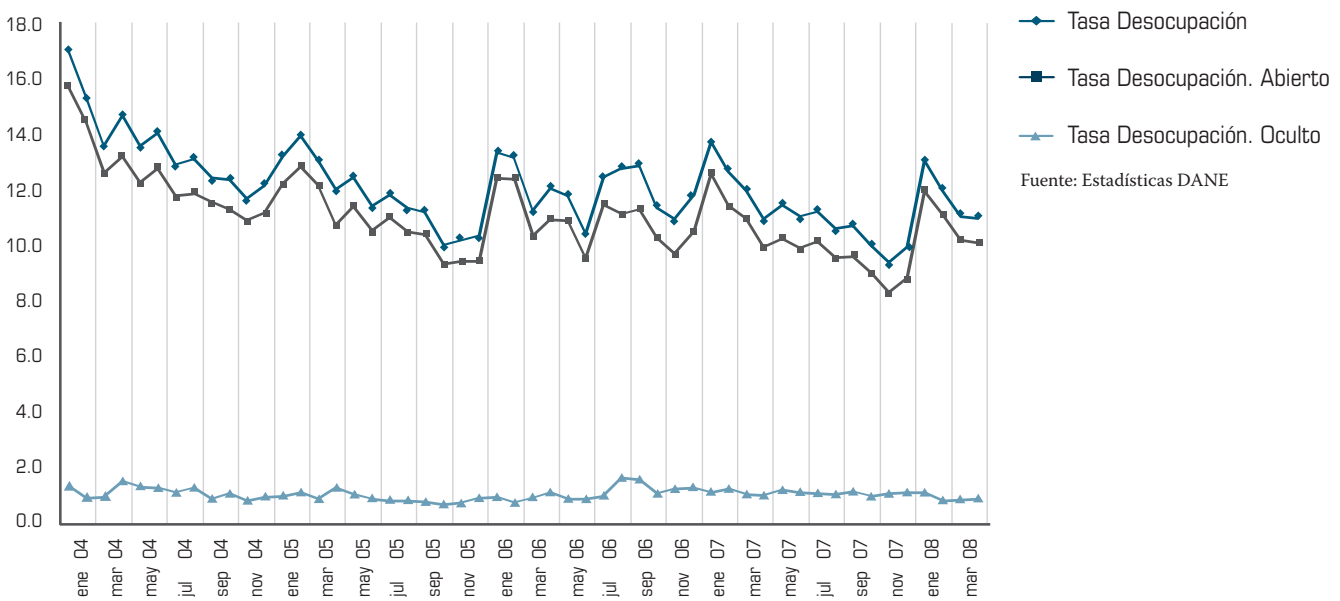
- ¿El nivel de aporte de la población debe ser igual a lo largo de todo el tiempo de afiliación?
- ¿Cómo se manejan los tránsitos entre regímenes?

Sobre el primero, en un modelo ideal, la capacidad de aporte de la población debería ajustarse de manera instantánea, dadas las fluctuaciones del ingreso de la población, no obstante estas irregularidades son de muy difícil observación, razón por la cual para efectos de este análisis se tomará la dinámica del mercado laboral[21] como una medida deductiva, dada la estrecha relación que existe entre el nivel de ingreso y la posibilidad de trabajar y la calidad del trabajo que se tenga.

Es de destacar que durante la última década el mercado laboral colombiano ha tendido a la flexibilización laboral, con el objetivo de disminuir los costos operacionales de producción y ganar competitividad en el marco de la globalización, lo que ha impacto en el incremento de la demanda de trabajadores temporales, que han sustituido la demanda de los permanentes. Esto implica que la población tiene una mayor estacionalidad sobre sus ingresos, lo

21. Mercado laboral DNP

Gráfica 4. Tasa de desocupación nacional – 2004 a 2008 -



Fuente: Estadísticas DANE

Los **grupos** más **vulnerables** al **desempleo** son los **jóvenes** menores de 25 años y las **mujeres**, quienes han mantenido tasas de desempleo mayores.

que a su vez supone una mayor necesidad de previsión en el gasto y ahorro por parte del individuo.

Por su parte, los salarios y los ingresos laborales reales se han incrementado de manera constante para el total de los trabajadores durante los últimos 10 años. No obstante, los ingresos laborales para los trabajadores formales son mayores que para los informales.

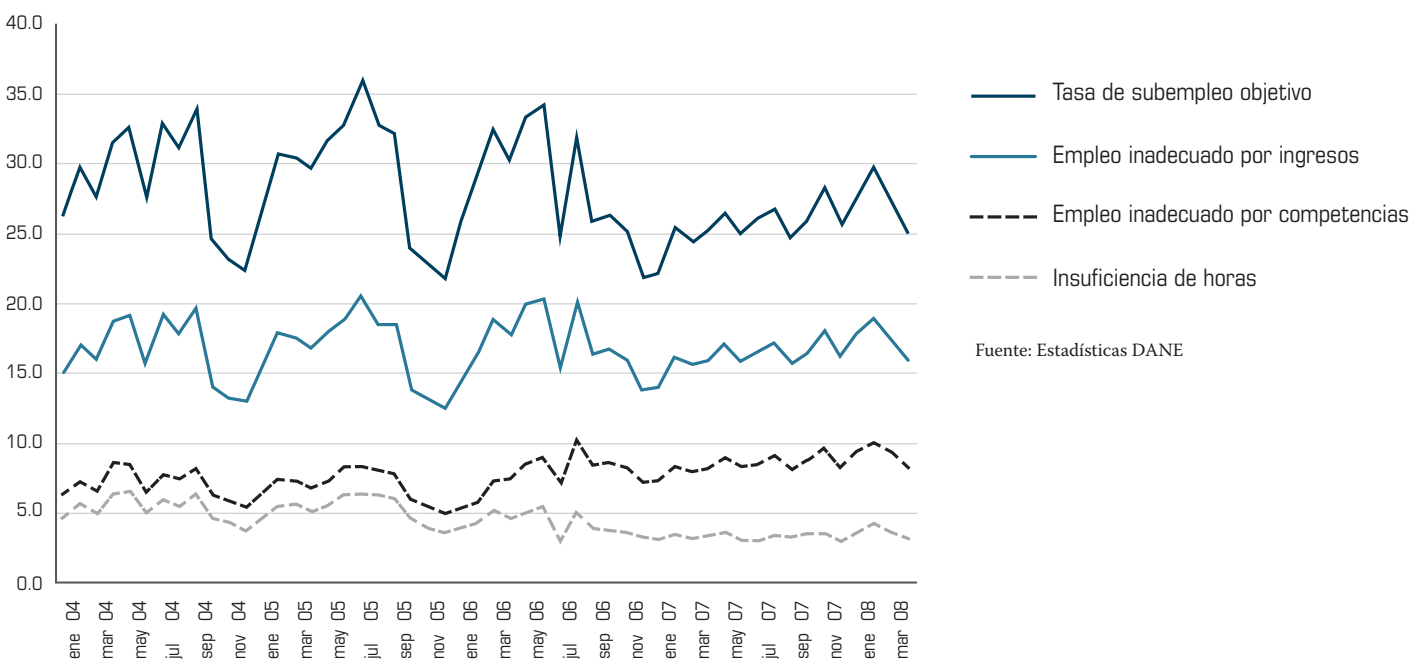
Los grupos más vulnerables al desempleo son los jóvenes menores de 25 años y las mujeres, quienes han mantenido tasas de desempleo dos veces mayores que las de los hombres y los trabajadores con menos años de educación.

La tasa de población en edad de trabajar es de 77.5% y la desocupación para el año 2007 se mantuvo alrededor del 11%, como se observa en la gráfica 4. Lo que indica que cerca de un 89% de la población en edad de trabajar se encuentra ocupada. No obstante, la tasa de subempleo objetivo osciló en 25% -véase Gráfica 5-. Se precisa que el subempleo objetivo está definido por empleo inadecuado por ingresos, por competencia y por horas laborales. Siendo de especial interés para efectos de la operación del Régimen Subsidiado el primero y tercero.

De acuerdo con lo expuesto en el apartado 3.1 el Régimen Contributivo afilió, en promedio para el 2007, 39% de la población colombiana, es decir 17´386,081 personas, de los cuales más de 8 millones son cotizantes del sistema y de estos el 11.2% son trabajadores independientes que cotizan con 1 salario mínimo. La tasa de desafiliación al año es del 16% es decir, 2.8 millones de personas.

Lo anterior hace suponer que existe una importante fluctuación en los ingresos pero que su captura es un ejercicio complejo. Por lo anterior, se propone que el método de estimación de aportes se actualice trianualmente con el fin de establecer si se debe ajustar o no el nivel de aporte de las personas. Esto no limita el que se deba mantener una verificación constante sobre el comportamiento en el sector financiero para capturar las fluctuaciones positivas que permita anticipar si la persona puede ser llevada a un aporte pleno al sistema. Adicionalmente, las personas

Gráfica 5. Tasa de subempleo – 2004 a 2008 -



Fuente: Estadísticas DANE

deberán tener la opción de reportar fluctuaciones negativas que hagan insostenible su aporte, circunstancias que deberán ser verificadas.

Segundo, como se estableció en el diagnóstico, el tránsito entre regímenes pasa por problemas de orden operativo donde el usuario asume una importante carga administrativa y de costos de transacción. Respecto a lo cual es necesario destacar que para el usuario este tipo de movimientos se dan dentro del sistema por lo que las labores de desafiliación no deberían estar a cargo de él. Por otro lado, los cortos periodos de afiliación de contributivo encarecen aún más el proceso. A lo anterior y luego de haber establecido las ventajas y desventajas a la luz de un análisis de incentivos, se considera que los traslados del afiliado se deben manejar como un problema de captura en el sistema de información y es el sistema el que debe responder a la dinámica del afiliado y no al contrario, en un mediano plazo es clara la necesidad de contar con EPS del Régimen Subsidiado que presten el POSC, como mínimo, en aquellas poblaciones que ingresan al mercado laboral formal por periodos inferiores a seis meses.

- **Migración poblacional**

De acuerdo con el diagnóstico, la municipalización del derecho es el factor que más afecta el ejercicio del derecho de la población migrante. Dadas las restricciones impuestas por el modelo de contratación municipal no es factible, bajo el marco normativo actual, implementar opciones más eficientes para el régimen y específicamente para esta contingencia, por lo que la propuesta se concentra en dar alternativas de intervención a los cuatro factores identificados como barreras, los cuales se sugiere sean intervenidos de la siguiente forma, condicionada a la corresponsabilidad del beneficiario de dar aviso sobre el cambio de municipio:

Primero, el ámbito de validez del puntaje SISBEN sólo es dentro del municipio donde se efectuó la encuesta. A lo que se propone, dadas las competencias otorgadas en la Ley 1176 de 2007, darle validez durante el periodo de vigencia contractual de la migración, al nivel SISBEN obtenido en el municipio de origen. Así mismo, y una vez finalizada la vigencia contractual de la migración, el municipio receptor procederá a aplicar nuevamente la encuesta SISBEN al ciudadano, aclarando que si este es clasificado como nivel II o III se le deberá aplicar el instrumento de estimación de ingresos para determinar si tiene o no capacidad de aporte al sistema.

Segundo, las restricciones del contrato. Esta condición deberá ser especificada en las cláusulas de la minuta del contrato como un reemplazo de cupos tanto para la EPS que pierde el afiliado como para la que lo recibe. No obstante esta no supera las dificultades de los costos de transacción de este instrumento.

Tercero, la propiedad de los recursos. Frente a lo cual y evaluada la posibilidad e implementación de mecanismos similares a los previstos en el contributivo se optó, como mejor opción, fijar o asignar un porcentaje de cofinanciación del FOSYGA a la migración o movilidad poblacional de manera municipal. La magnitud de dicho porcentaje se establece a partir de la estimación de la migración en el Régimen Subsidiado que puede ser inferida a partir de la base de SISBEN.

Ejercicios preliminares, muestran que 5.3% de la población solicita ser re-encuestada, como consecuencia de un cambio en el municipio de vivienda. Es decir, cerca de 1.8 millones de personas, como se observa en la Tabla 23. De otro lado y consistente con los resultados generales de migración, arriba expuestos, se identifica a Bogotá como el principal receptor neto de población sisbenizada seguido de Antioquia y Risaralda. Son expulsores netos de población sisbenizada Valle, Magdalena, Tolima y Boyacá.

Cuarto, la extensión de la red prestadora de primer nivel. Es claro que para el ciudadano la modalidad de contratación entre EPS e IPS no constituye un factor que deba limitar su acceso, y así como en el caso de las atenciones de segundo y tercer nivel, la de primero no debe circunscribirse al municipio de vivienda.

Tabla 23. Migración población sisbenizada

Corte	Migración	Total SISBEN	Participación %
Julio - Noviembre 2007	1,748,513	32,975,614	5.30
Noviembre 2007 - Marzo de 2008	1,718,738	33,226,656	5.20

Fuente: Departamento Nacional de Planeación – Dirección de Salud

Tabla 24. Migración población sisbenizada por departamentos - Corte noviembre de 2007			
Departamento	Emigrantes	Inmigrantes	Neto
Bogotá	61,565	125,347	63,782
Antioquia	187,174	217,721	30,547
Risaralda	33,346	39,517	6,171
Norte de Santander	60,473	65,204	4,731
Quindío	23,968	28,205	4,237
Casanare	18,368	21,880	3,512
Huila	46,191	49,486	3,295
Cesar	61,400	64,505	3,105
Bolívar	99,168	101,465	2,297
Santander	73,544	74,170	626
Vaupés	256	275	19
Amazonas	733	594	-139
Sucre	39,478	39,318	-160
Nariño	59,920	59,666	-254
Guainía	726	396	-330
Arauca	17,856	17,305	-551
San Andrés	2,022	1,296	-726
Meta	62,291	61,137	-1,154
Vichada	5,071	2,952	-2,119
Caquetá	36,328	33,324	-3,004
Cauca	56,978	53,124	-3,854
Guaviare	12,830	8,881	-3,949
Putumayo	29,141	25,071	-4,070
Atlántico	86,512	81,681	-4,831
La Guajira	26,202	20,759	-5,443
Choco	38,082	32,238	-5,844
Córdoba	71,390	64,922	-6,468
Cundinamarca	101,355	93,340	-8,015
Caldas	48,120	39,612	-8,508
Valle del Cauca	181,210	171,005	-10,205
Magdalena	66,196	54,995	-11,201
Boyacá	60,351	40,347	-20,004
Tolima	80,268	58,775	-21,493
Total	1,748,513	1,748,513	0

Fuente: Departamento Nacional de Planeación – Dirección de Salud

5. El contrato en la operación del Régimen Subsidiado

Como se mencionó en el marco conceptual, el factor crítico de evaluación de esta unidad de análisis son los incentivos que se generan a partir del contrato. El cual se estudió desde la perspectiva de la economía institucional, que centra su atención en las relaciones de agencia y los costos de transacción.

El capítulo expone las problemáticas identificadas sobre los incentivos presentes en la contratación del régimen que afectan el acceso a los servicios de salud de la población e incrementan los costos de transacción; este último evaluado a través del volumen de transacciones y la eficiencia del proceso.

5.1 Los contratos y el bien salud

Un contrato, en términos generales, es definido como un acuerdo, oral o escrito, entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento pueden ser compelidas. Es un acuerdo de voluntades que genera derechos y obligaciones para las partes.

Desde una óptica económica, los contratos sirven para regular las transacciones y tienen diferentes grados de completitud. Un contrato es completo cuando:

- Es contingente, es decir, cuando las partes prevén todas las contingencias y las escriben en el contrato,
- La información entre los agentes es simétrica,
- Es obligatorio legalmente y posible su imposición por una corte,
- La información es verificable por los terceros,
- La ejecución es perfecta y no hay necesidad de dispositivos protectores contra el oportunismo.

Las razones por las que estas condiciones no se cumplen son múltiples y su efecto es la generación e incremento en los costos de transacción, que se reflejan en procesos destinados a: negociaciones previas, seguimiento y verificación del cumplimientos de los acuerdos; renegociaciones, así como en la aplicación de sanciones ante los incumplimientos.

Los contratos de aseguramiento de salud son altamente incompletos por la complejidad del bien transado, la alta incertidumbre y la asimetría de información. Por esta razón, deben incluir condiciones contingentes, mecanismos de control contractual y requisitos de información que permitan el equilibrio de la relación y la adecuada atención de los representados.

5.2 La contratación en la operación del Régimen Subsidiado

La contratación es una de las diferencias fundamentales entre la operación de aseguramiento del Régimen Contributivo y la del subsidiado. Mientras en la primera, el asegurado tiene un mayor nivel de empoderamiento de sus derechos y deberes a partir de la relación directa con el asegurador; en la segunda, la población debe ser representada por la Entidad Territorial y el marco de interacción está dado principalmente en el contrato. Estas diferencias obedecen a las condiciones establecidas en el marco legislativo que se presenta a continuación, el esquema de financiamiento de cada régimen y las exigen-

La **contratación** es una de las **diferencias** fundamentales entre la **operación** de aseguramiento del **Régimen Contributivo y la del Subsidiado.**

cias presupuestales para la ejecución de los recursos del municipio:

> ***Ley 100 de 1993. Articulo 215. Administración del Régimen Subsidiado.*** *Las direcciones locales, Distritales o Departamentales de salud suscribirán contratos de administración del subsidio con las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto……..*
>
> ***Ley 1122 de 2007. Artículo 13. Flujo y Protección de los recursos.*** *Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas: a. El gasto de los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo de¡ año anterior incrementado por la inflación causada y se girará, a las entidades territoriales por trimestre anticipad, previo cumplimiento de la radicación de los contratos, la acreditación de cuentas maestras y el envío y cruce de la base de datos de los afiliados, sin que sean exigibles otros requisitos.*
>
> ***Ley 715 de 2001. Artículo 44. Competencias de los municipios.*** *Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:……..*
>
> *44.2.3. Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías…….*

Las condiciones del contrato son homogéneas para todo el territorio nacional y se encuentran consignadas una minuta estándar expedida en la Resolución 838 de 2004.

El proceso de contratación comprende múltiples procedimientos y actividades interrelacionadas, las cuales incluyen, la i) suscripción de contratos, ii) la verificación del cumplimiento de requisitos de contratación de las EPSS, iii) el seguimiento del cumplimiento de las obligaciones contractuales, iv) la certificación de pagos y v) la liquidación de contratos con las EPS-S. La articulación de estos se presenta en el diagrama 11 y su desarrollo implica:

El primero, la suscripción del contrato tiene por objeto formalizar la afiliación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado, mediante la conformación y legalización de los contratos de aseguramiento con las EPS-S que han sido pre-

viamente escogidas por los beneficiarios y tienen operación vigente en el municipio. Este subproceso tiene gran importancia por cuanto activa la afiliación y el flujo financiero. Su desarrollo implica entre otras las siguientes actividades:

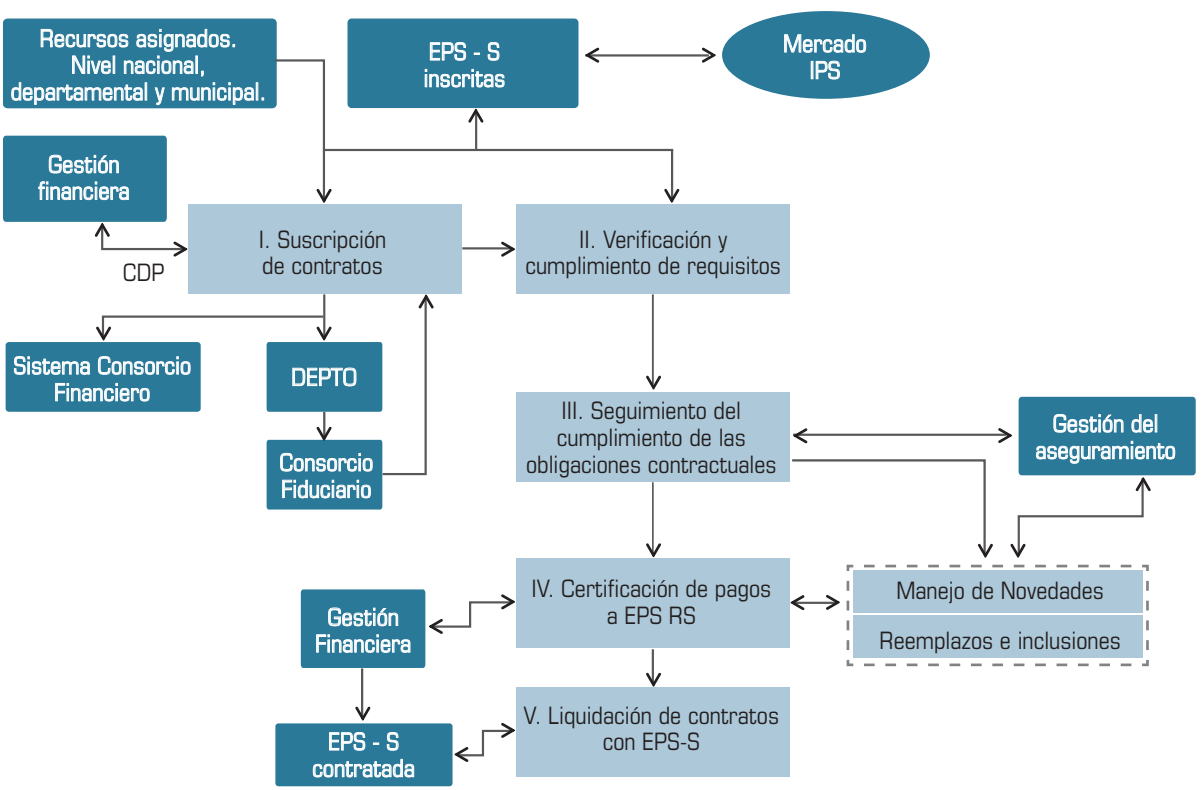
- Determinación de la vigencia, el número de afiliados y el valor de cada contrato por tipo y EPS-S.
- Solicitar la disponibilidad presupuestal a la unidad financiera del municipio, para lo cual se requiere de la aprobación del Consejo Municipal.
- Designar la interventoría del contrato.
- Elaborar y remitir contrato con anexos.
- Firmar contrato.
- Ingresar en el aplicativo de contratos del administrador fiduciario.
- Radicar contratos en la Dirección Departamental de Salud para su envío al administrador fiduciario.
- Recibir contrato sustentado y remitir copias a las dependencias el municipio

Segundo, la verificación del cumplimiento de los requisitos de contratación hace referencia a la obligación que tiene la entidad territorial de confirmar dentro de los tres (3) días siguientes a la suscripción del contrato el cumplimiento de las siguientes exigencias:

- Informe de carnetización de los afiliados de continuidad, los afiliados recibidos por traslados, y la entrega de los listados o bases de datos correspondientes, identificando en ellos los afiliados en continuidad, los afiliados que vienen con carné de vigencia anual y los nuevos afiliados, para efectos de su verificación.
- Copia de los contratos de prestación de servicios de salud vigentes que acrediten la existencia de la red de servicios de salud en los niveles de complejidad exigidos para cumplir el objeto del contrato.
- Reaseguro de enfermedades de alto costo de la población afiliada en el municipio, distrito o departamento o el mecanismo colateral para responder directa o colectivamente por este riesgo de conformidad con la reglamentación por parte del MPS de la Ley 1122 de 2007, artículo 19.
- Póliza de garantía y cumplimiento del contrato.

Tercero, el seguimiento del cumplimiento de las obligaciones contractuales se realiza sobre los compromisos

Diagrama 11. Proceso de contratación del Régimen Subsidiado



adquiridos entre la EPS-S y el ente territorial. Para cumplir esas actividades se debe establecer una interventoría permanente de carácter externo que podrá ser desarrollada en el ámbito regional o municipal, y que deberá elaborar como mínimo dos informes anuales y remitir el resultado a los departamentos para su consolidación. Actualmente, este subproceso se encuentra en implementación de la nueva normatividad expedida – Resolución 660 de 2008, 1123 y 2414 de 2008- por lo que no será objeto de análisis.

Cuarto, para la certificación de pagos se determina y avala el valor del pago bimestral a cada EPS-S. Implica confrontar las novedades reportadas por las EPS-S, verificar sus soportes, verificar los informes de la interventoría, las facturas de las EPS-S y el trámite de tesorería correspondiente a cada entidad territorial.

Por último, la liquidación de contratos con las EPS-S. En este subproceso se da por concluida la relación contractual, y se determinan los saldos a favor o en contra del municipio, si es el caso.

5.3 Problemáticas

El proceso de contratación está dispuesto para dar cumplimiento a los contenidos del contrato y las exigencias normativas de una relación contractual que se da entre dos agentes. De allí que las problemáticas se presentan sobre los contenidos de la minuta y su expresión hacia la búsqueda del acceso de la población a los servicios de salud, para luego dar pasó al análisis de eficiencia y costos de transacción del proceso contractual.

5.3.1 Incentivos hacia el acceso

Como se observa, el objeto del contrato define la población beneficiaria y hace énfasis en tres elementos: i) la administración de los recursos, ii) el aseguramiento y iii) la garantía de la prestación de servicios del POS-S. A partir de lo cual es clara la pretensión de garantizar el acceso a los servicios de salud de la población beneficiaria, a través de un tercero y bajo el mecanismo del aseguramiento.

> ***Resolución 838 de 2004. Anexo1.*** *El presente contrato tiene por objeto la administración de los recursos del Régimen Subsidiado en salud y el aseguramiento de los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud al Régimen Subsidiado, identificados mediante listado anexo y que libremente hayan seleccionado a esta EPS-S, con el fin de garantizar a los mismos, la prestación de los servicios de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado vigente al momento de la prestación de servicios y de conformidad con la Ley 100 de 1993, sus Decretos Reglamentarios, los acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, las determinaciones que adopte el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas que lo adicionen, modifiquen o complementen.*

El objeto del **contrato** define la población beneficiaria y **hace énfasis en tres elementos**: la **administración** de los recursos, el **aseguramiento** y la **garantía** de la prestación de servicios del POS-S.

No obstante y con el propósito de poder establecer si los contenidos del contrato prevén las acciones y contingencias necesarias para el logro de su objeto, resulta conveniente aclarar los alcances de cada uno de los elementos presentes en el objeto. Sobre el primero, es clara la necesidad de especificar la destinación y el cuidado en su utilización por la naturaleza pública de los recursos involucrados.

El segundo, con la promulgación de la Ley 1122 de 2007 se especificó el alcance del aseguramiento como:

> *Ley 1122 de 2007. Artículo 14. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice, el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.....*

En el tercero, la garantía de la prestación se da a través de la conformación de la red prestadora y la disposición de procedimientos que le permitan al usuario hacer uso efectivo de los servicios de salud.

Complementario a lo anterior, el contenido del contrato debería advertir medidas correctivas a las asimetrías de información, así como mecanismos de verificación y sanciones a las posibles acciones oportunistas de los agentes; es decir, se esperaría que el contrato tenga un desarrollo

comprensivo de las figuras de selección adversa y abuso moral[22], las cuales han sido ampliamente estudiadas y documentadas desde la teoría económica y en especial en los mercados de seguros de salud.

El contenido del contrato del Régimen Subsidiado se desarrolla en 35 clausulados, los cuales fueron clasificados en la estructura, del diagrama 12. Como se observa, las obligaciones de las partes se encuentran presentadas en el extremo superior ya sea que hayan sido expresadas de manera explícita o implícita –clausulas decimo séptima y decimo sexta- y se complementan con las obligaciones conexas –clausulas decimo quinta y decimo cuarta- que resultan ser más un recordatorio a los deberes propios del accionar de cada una de las partes, presentadas en el extremo inferior del diagrama.

En el cuerpo central del diagrama, se destacan los contenidos generales de la transacción. El primer bloque recoge las condiciones básicas de desarrollo del contrato: duración, valor, forma de pago, garantías entre otras. El segundo, específica los mecanismos de finalización del contrato. En el tercero, se recuerdan las condiciones normativas exógenas que los afectan y las prohibiciones del mismo. Los bloques cuarto y quinto, especifican las sanciones previstas ante el incumplimiento de las obligaciones de cada una de las partes. Por último, se presentan en el recuadro todas consideraciones que recoge el contrato sobre la red prestadora.

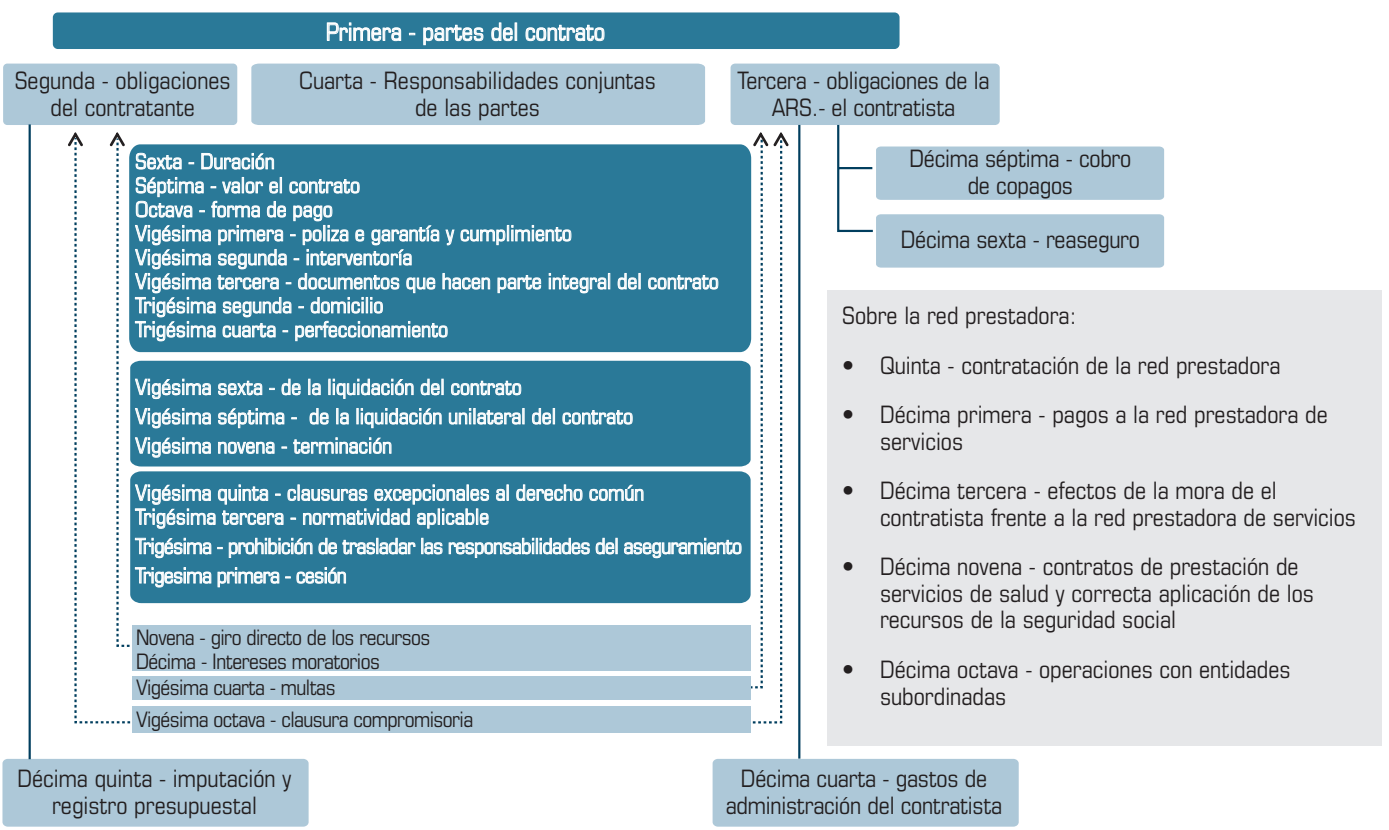
- **Sobre las obligaciones y las medidas sancionatorias**

De acuerdo con lo anterior, el análisis adelantado sobre las obligaciones de las partes –véase Anexo 1 – se encuentran

22. **La selección adversa**, hace referencia a las acciones de las partes, previas al perfeccionamiento del contrato, que afectan la composición del pool asegurado.

El abuso moral, se da en la ejecución del contrato y se produce cuando el titular de un derecho subjetivo actúa de modo tal que su conducta concuerda con la norma legal que concede la facultad, pero su ejercicio resulta contrario a los fines sociales y económicos del derecho.

Diagrama 12. Estructura del contrato de aseguramiento entre las Entidades Territoriales de Salud y las EPS-S



como principales deficiencias del contenido del contrato las siguientes:

- Si bien el contrato es específico respecto a la obligación que tiene la Entidad Territorial a dar control a la multiafiliación y sus efectos financieros y el contrato supone el cumplimiento de las condiciones del Decreto 050 de 2003, no específica el procedimiento a seguir para los casos donde no se cumple, lo que ha generado múltiples espacios de conflicto entre las Entidades Territoriales y las EPS-S.
- No se específica como obligación de la Entidad Territorial respetar la libre elección de la población, como tampoco se sancionan las acciones de selección adversa contra la EPS.
- Respecto a las obligaciones de las EPS-S frente a la atención de la población –obligaciones 7, 9 y 11- no se consideran mecanismos específicos de verificación o estándares de aplicación a las mismas, probablemente porque los procesos descritos forman parte de los criterios de habilitación de las EPS-S.

  Este aspecto es de especial relevancia, ya que el contrato no prevé un mecanismo para verificar si el asegurador está garantizando el acceso a los servicios de salud a la población. Al no generar información al respecto, lleva el contrato a un modelo de transacción de recursos en el que se margina el objeto principal.
- Se presenta como una obligación de las EPS-S la celebración de convenios para la atención de los servicios no-POS, cuando en realidad esto debería ser una obligación conjunta de las partes y el procedimiento de referencia y contra-referencia debería formar parte de los documentos del contrato. Como ya se mencionó en el capitulo anterior, este elemento tiene especial importancia porque afecta el goce efectivo de los derechos de la población.
- Sobre las obligaciones conjuntas, especialmente las que afectan la población no es claro el ámbito de intervención y complementariedad de cada parte, lo que puede provocar que ninguna lo haga.
- Sorprende el énfasis dado a la generación de información de afiliación de la población, especialmente por las dificultades que se evidencian en la BDUA –véase capitulo 8-. Lo que haría suponer que el desarrollo de estas obligaciones no se están dando de la manera esperada.
- Si bien el contrato hace énfasis en la importancia de la información de afiliación, no así sobre la generación de información sobre el consumo y / o acceso de la población, lo que en ultimas debería conformar el criterio para dar por satisfecho el objeto del contrato y la obligación específica de las EPS-S. Lo que a su vez implica que el contratante, no cuenta con información objetiva sobre el cumplimiento del contrato y por ende sobre la evolución del estado de salud de su población asegurada.
- Se destacan como elementos ausentes en el contrato las acciones sobre las quejas y reclamos de la población o la inspección de posibles abusos de la EPS-S en contra del consumidor, elemento significativo si se tiene en cuenta que el objeto está dado alrededor de estos.
- Dado que la minuta es modelo estándar nacional, no contempla mecanismos de ajustes en aquellos territorios donde existen condiciones particulares para la atención como son: dispersión geográfica, ruralidad, problemas de orden público. Así como tampoco, requerimientos particulares frente a grupos especiales de población.
- De otro lado, se debe destacar la desactualización normativa de la minuta frente aspectos tales como: reaseguro de enfermedades de alto costo de la población afiliada y programas de promoción y prevención, en entre otros.

El **contrato no prevé** un mecanismo para **verificar** si el **asegurador** está garantizando el acceso a los **servicios de salud** a la población.

- **Sobre la red prestadora**

Como ya se mencionó, la minuta de contrato contempla un clausulado específico que pretende modelar la relación entre la EPS-S y su red prestadora –véase diagrama 13-. Estas medidas están orientadas fundamentalmente a proteger la red prestadora y conllevan un modelo donde las entidades territoriales ya no sólo actúan como agentes de la población, sino como agentes de las IPS –véase diagrama 14- lo que afecta los resultados y las consideraciones del seguimiento.

Es importante destacar que este fenómeno puede generar una sustitución de objetivos por parte de la entidad territorial; donde la garantía de los derechos del ciudadano pasa a ser suplantada por la búsqueda de garantizar las utilidades de la IPS.

De otro lado, es importante destacar la superposición por parte de las diferentes Entidades Territoriales municipales –véase diagrama 14-, en la vigilancia de las acciones de la EPS-S con la red prestadora, esto a pesar de ser una función a cargo de la Superintendencia de Salud.

Este proceso además puede ser calificado como deficiente, si se tiene en cuenta el comportamiento en cartera hospitalaria, en especialmente la del primer nivel de atención –véase capitulo 9-. Máximo, si se considera la clausula decimotercera:

> ***Resolución 838 de 2004. Minuta de contrato.*** *Clausula decima tercera.- Efectos de la mora de el contratista frente a la red prestadora de servicios. En aquellos eventos en que el contratista incurra en mora superior a siete (7) días calendario con la red prestadora de servicios de salud respecto de las cuentas debidamente aceptadas, habiendo recibido oportunamente los recursos correspondientes a las UPC resultantes de su población afiliada, el contratante podrá abstenerse de celebrar nuevos contratos de aseguramiento o de renovar los ya existentes con el contratista, en el siguiente período de contratación, siempre que se garantice el debido proceso, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 36 del Decreto 050 de 2003 y demás normas que lo adicionen, modifiquen, aclaren, reglamenten o complementen. En este caso, de acuerdo con el procedimiento establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se efectuará el traslado de la población afiliada, garantizando la continuidad en la afiliación*

Como se observa, la Entidad Territorial cuenta con los instrumentos necesarios para cerrar su mercado a una ESP-S que retenga de manera injustificada el pago a las IPS, no obstante, a la fecha dichos mecanismos no se utilizan de manera extensiva, lo que puede ser entendido frente a la Entidad Territorial como: i) no adelanta un adecuado proceso de interventoría o ii) no tiene claro el proceso de expulsión de la EPS o iii) tiene un grado de responsabilidad sobre el comportamiento en la cartera, por lo que prefiere no actuar.

Diagrama 13. Relaciones contractuales del Régimen Subsidiado - Principales actores

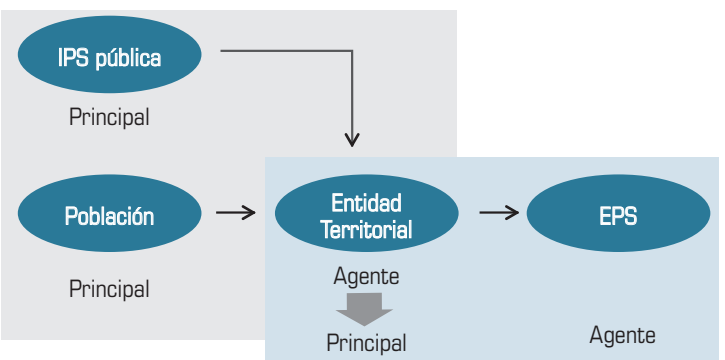
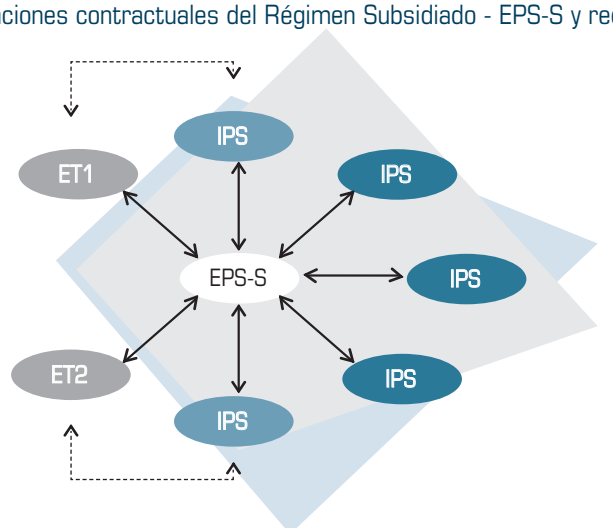


Diagrama 14. Relaciones contractuales del Régimen Subsidiado - EPS-S y red prestadora



La **Entidad Territorial** cuenta con los **instrumentos** necesarios **para cerrar su mercado a una ESP-S** que retenga de manera injustificada el pago a las IPS.

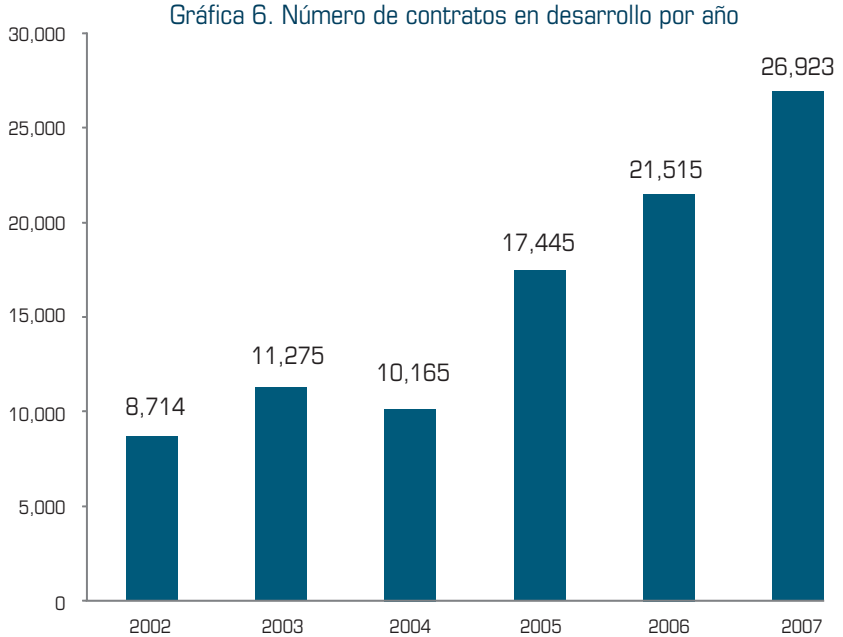
5.3.2 Incentivos a la eficiencia y costos de transacción

El primer hecho a destacar, es el importante volumen de contratos que se gestionan en la operación del Régimen Subsidiado, el cual se ha visto afectado de manera importante durante los últimos tres años, como se observa en la siguiente gráfica, periodo donde se ha impulsado el proceso de cobertura universal.

Estos números adquieren gravedad, si se tiene en cuenta que cada contrato implica el proceso descrito en el apartado 5.2 y que la mayor parte de los contratos se suscriben en municipios de baja capacidad operativa -como se expone más adelante-. Lo anterior indica, que a mayor número de contratos mayor es el número de transacciones asociadas, por ejemplo, la modalidad de pago prevista desde el marco normativo para cada contrato es bimestre anticipado, de acuerdo con la duración de los contratos del año 2007 se debieron efectuar 57,976 certificaciones de pago, con todo lo que ello implica.

En 2007, el promedio de afiliados suscritos fue de 2,117 y como se observa en la Tabla 25 más de 71% de los contratos se realizaron por menos de 1,500 afiliados, donde cabe destacar que de estos 2110 contratos se gestionaron para menos de 10 mil cupos.

Gráfica 6. Número de contratos en desarrollo por año



Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

Tabla 25. Número de contratos y población suscrita. Cierre 2007

Rango afiliados contratado	Número de contratos	Participación %
1 – 1,499	19,284	71.60
1,500 – 2,999	3,047	11.30
3,000 – 4,999	1,874	7.00
5,000 – 99,999	2,686	10.00
100,000 a más	32	0.10
Total general	26,923	100.00

Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

Los municipios de categorías especial y del 1 al 5, requieren de 5.147 contratos para lograr 10.5 millones de cupos. **Los municipios tipo 6 necesitan de 21.771 contratos** para lograr **11 millones de cupos**.

Como es de esperarse, los municipios de mayor tamaño poblacional logran economías de escala en la contratación al poder suscribir un mayor número de afiliados por contrato y viceversa, como se observa en la Tabla 26.

Visto de manera agregada, los municipios de categorías especial y del 1 al 5, requieren de 5,147 contratos para lograr 10.5 millones de cupos. Mientras que los municipios tipo 6 necesitan de 21,771 contratos para lograr 11 millones de cupos.

Se identifican cuatro factores como los causantes del gran volumen de contratos del Régimen Subsidiado:

- El primero, la suscripción de los contratos de continuidad, ampliación, subsidios parciales y población desplazada deben realizarse de manera independiente, con el objetivo dar mayor control a los recursos comprometidos. De allí, que en el mejor de los casos, es decir excluyendo los demás factores, la operación del subsidiado adelantaría como mínimo 8,742 contratos por vigencia, como se observa en la siguiente tabla.
- Segundo, el número de afiliados por los que se suscribe el contrato está sujeto a la población que se presenta en los procesos de libre elección y no a la capacidad de afiliación del municipio. Obligando a tener que suscribir nuevos contratos o adelantar otrosíes al momento en que se presenta nueva población priorizada para ser afiliada. Este mecanismo, está reforzado por las exigencias para la expedición de certificados de disponibilidad presupuestal.
- Tercero. La vigencia prevista para la operación del régimen es 1 abril a 31 marzo, no obstante estas fechas pueden variar dependiendo de la oportunidad de la

Tabla 26. Contratos en vigencia por municipio - 2007

Categoría Municipal	Número de municipios	Cupos Totales	Número Contratos	Contratos promedio	Número mínimo de contratos	Número máximo de contratos	Promedio de Cargue Contratos %	Cupos/ Número de contratos
E	4	3,821,246.0	353	88.25	26	137	96.5	10,825.1
1	16	2,226,386.0	972	60.75	8	134	88.9	2,290.5
2	17	1,934,915.0	1,136	66.82	20	106	94.8	1,703.3
3	13	621,382.0	500	38.46	7	55	91.8	1,242.8
4	20	857,939.0	939	46.95	11	125	93.6	913.7
5	34	1,027,876.0	1,247	36.68	10	121	91.8	824.3
6	997	11,120,973.0	21,776	21.84	2	102	94.5	510.8
Total general	1,101	21,610,717.0	26,923	24.45	2	137	94.3	802.8

Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

Tabla 27. Número mínimo esperado de contratos

Tipo de contrato	Continuidad	Ampliación	Desplazados	Parciales	Total
Número de Entidades Territoriales	1,101	1,101	469	243	
Promedio EPS-S	3	3	3	3	
Contrato esperados por vigencia contractual	3,303	3,303	1,407	729	8,742

Fuente: Cálculo propio, bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

expedición de los documentos CONPES de distribución de los recursos del SGP y las resoluciones de distribución de recursos del FOSYGA expedidas por el Ministerio de la Protección Social para la vigencia corriente y futura.

De manera tal, que en el mejor de los escenarios el tiempo máximo de contratación es de un año, cabe destacar que el municipio tiene la posibilidad de gestionar contratos por tiempos mayores, sin embargo no se adelantan por las dificultades en la expedición de vigencias futuras, las cuales sólo se pueden gestionar si el Consejo Municipal declara al Régimen Subsidiado como un proyecto estratégico para el municipio.

- Cuarto, en el caso de los contratos de ampliación, las vigencias están afectadas por las autorizaciones de periodos excepcionales de afiliación dadas por el CNSSS, los cuales durante el 2007 se citaron 7 veces en el marco de la ampliación de cobertura. Para el 2007, los periodos de contratación fueron inferiores a 6 meses, por lo que más del 50% de los contratos fueron otrosí que ampliaban la duración del contrato – el fenómeno financiero que dio lugar esta situación se presenta en detalle en el capítulo 9-.

La segunda problemática identificada, es la falta de oportunidad en la suscripción de los contratos. Finalizado 2007 subsistía un 6% de contratos sin registrarse ante el aplicativo del consorcio fiduciario. A junio de 2008, es decir transcurridos tres meses del inicio de la vigencia de abril, tan solo se habían ingresado 9,607 contratos, el 30% de los contratos esperados. Lo que afecta directamente la posibilidad de acceso de la población suscrita en estos contratos, ya que no se ha activado su existencia en el Régimen Subsidiado y coloca en riesgo los recursos financieros presupuestados al contrato.

Tabla 28. Correlación entre afiliación efectiva y variables territoriales

	Cargue de contratos	NBI	Índice de desarrollo	Población DANE	Ruralidad	Dispersión
Cargue de contratos	1.0000					
NBI	-0.0049 0.8708	1.0000				
Índice de desarrollo	0.0153 0.6123	-0.8828* 0.0000	1.0000			
Población DANE	0.0106 0.7264	-0.1297* 0.0000	0.1841* 0.0000	1.0000		
Ruralidad	0.0788* 0.0090	0.3904* 0.0000	-0.5852* 0.0000	-0.2252* 0.0000	1.0000	
Dispersión	0.0177 0.5582	-0.2225* 0.0000	0.2858* 0.0000	0.4381* 0.0000	-0.3011* 0.0000	1.0000

*Nivel de significancia de 0.005
Fuente: Cálculos propios, bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social. Departamento Nacional de Planeación. Departamento Nacional de Estadísticas.

Tabla 29. Correlación entre afiliación efectiva y variables operativas

	Cargue de contratos	Número de EPS	Índice HH	Número de contratos
Cargue de contratos	1.0000			
Número de EPS	0.0023 0.9389	1.0000		
Índice HH	-0.0138 0.6481	-0.7954* 0.0000	1.0000	
Número de contratos	-0.0057 0.8492	0.8004* 0.0000	-0.6231* 0.0000	1.0000

*Nivel de significancia de 0.005
Fuente: Cálculos propios, bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social.

Finalizado 2007 subsistía un 6% de **contratos sin registrarse** ante el **aplicativo** del **consorcio** fiduciario.

Un análisis de correlación -Tablas 28 y 29- muestra que los municipios con alta ruralidad y bajo NBI, presentan los mejores resultados en cargue de contratos. Así como, que no existe una correlación entre el número de contratos, número de EPS o nivel concentración de mercado, lo que hace suponer que la gestión de la entidad territorial no está determinada por estos factores.

Las causas operativas, asociadas a este problema son variadas, dado lo extenso del subproceso, no obstante se destacan:

- Demoras en la expedición de la certificación de disponibilidad presupuestal.
- Tiempos de espera en la firma de los contratos, dado que los contratos deben ser firmados por el representante legal, en la gran mayoría de los casos los contratos deben ser trasladados a la capital departamental o a la sede regional de la EPS para la firma de la persona autorizada y luego volver al municipio. Lo que implica un tiempo de transito y espera del contrato.
- Dificultades en el ingreso del aplicativo del consorcio, lo que puede estar asociado de manera directa problemas en la conectividad de los municipio.
- Tiempos de espera en la consolidación departamental de los contratos, que en muchas ocasiones se incrementan porque se da trámite hasta tener el consolidado de todos los municipios del departamento.
- Tiempos de espera en la validación por parte del consorcio, los contratos una vez son enviados por el departamento al consorcio pasan a un proceso de verificación del agente fiduciario, cuyo tiempo de verificación no es posible de establecer porque las fechas de ingreso son reemplazadas por las del avalado, sin embargo se estima que pueden tardar hasta 20 días en su verificación, no obstante no existe un estándar de respuesta fijado para esta entidad.

Como tercer problemática se destacan las dificultades de mercado que se presentan en algunos territorios para dar inicio al contrato que impiden dar cumplimiento a la clausula 2 numeral 9b del contrato:

> *b) Copia de los contratos de prestación de servicios de salud vigentes que acrediten la existencia de la red de servicios de salud en los niveles de complejidad exigidos para cumplir el objeto del contrato y, para que se proceda a la verificación del cumplimiento de la habilitación de los servicios, que garanticen la atención a la población de su área de influencia; estos contratos no podrán realizarse con vigencias menores a un año, salvo cuando por eventos excepcionales relacionados con el incumplimiento de las obligaciones del prestador o la revocatoria de su habilitación, se requiera una contratación por menor tiempo para completar el período anual de contratación, en cumplimiento del artículo 47 del Acuerdo 244 del CNSSS;*

La dificultad radica en que los contratos entre EPS-S e IPS normalmente tienen como duración un año, lo que implica tener que realizar negociaciones previas al comienzo de la vigencia contractual del régimen, las cuales pueden tardar más de lo previsto y/o facilitar acciones oportunistas por parte de algunos prestadores que colusionan el mercado con el fin de lograr una mejor negociación de precio. Este punto se desarrolla con mayor detalle en el capítulo 6.

Tabla 30. Participación glosas relacionadas con el contrato

Fecha	ago-07	sep-07	oct-07	nov-07	dic-07
Glosas Totales	6,464,879	11,330,429	14,570,895	12,851,153	12,951,770
Glosas con relación directa al contrato*	2,663,535	4,272,942	6,418,892	5,198,526	5,060,171
Participación	41.2%	37.7%	44.1%	40.5%	39.1%

*GN0053 Contrato no existe en tabla de contratos, GN0054 Numero de contrato no es vigente para la afiliación, GN0126 Fecha de afiliación menor al inicio de la contratación actual del afiliado, GN0033 La fecha de afiliación a la entidad es inferior o igual a la última novedad que modificó la afiliación, GN0116 Fecha de afiliación a la nueva entidad es menor a la fecha de inicio de la última modificación de la condición de afiliación.
Fuente: Dirección de Planeación y Análisis de Política. Ministerio de la Protección Social

Cuarta, el pago de las EPS-S pasa por diferentes actividades de verificación de requisitos que pueden afectar la oportunidad del pago las cuales se presentan en el capítulo 9. Adicionalmente, los contenidos del contrato no prevén de manera específica el manejo de suspensiones y los casos de multiafilación.

La liquidación de contratos con las EPS-S es quizá uno de los subprocesos más atrasados, no obstante no existe información específica al respecto.

Todo lo anterior pone de manifiesto los importantes costos de transacción en que incurre el sistema como consecuencias del número de contratos, la multiplicidad de pasos y operaciones. Estimaciones adelantadas por estudio independientes[23] calculan que el costo de transacción de la contratación alcanza el 2% de la UPCS, siendo mayor en el caso de los municipios pequeños donde no se logran economías de escala por el tamaño de la población.

5.4 Alternativas de intervención

Es claro que el desarrollo de la contratación a nivel municipal incrementa de manera importante los costos de transacción del Sistema. No obstante las limitaciones del marco jurídico impiden adelantar la contratación entre otros actores como el departamento o la nación, por lo que se plantean las siguientes alternativas de intervención que permitirán incrementar la eficiencia de la operación a pesar que se mantendrá un nivel su optimó.

En concordancia con lo anterior, la propuesta se centra en dos aspectos: primero, las modificaciones a los contenidos de la minuta del contrato, para que estos respondan de manera más efectiva al objeto contractual y genere los incentivos adecuados para lograr el acceso de la población beneficiaria. Segundo, desarrolla los ajustes operativos necesarios del proceso de contratación para buscar un incremento en la eficiencia del proceso y una disminución en los costos de transacción del mismo.

Sobre los contenidos del contrato se desarrollan los siguientes elementos:

i) Actualización normativa de los contenidos de la minuta de acuerdo con lo ya señalado.

23. Programa de apoyo a la iniciativa privada en el Régimen Subsidiado de Colombia, Cendex, BID, Fundación Corona, Fundación Social. Estudio privado de costo Administrativo ARS de orden nacional con 135 operaciones 2001.

El desarrollo de la **contratación** a **nivel municipal incrementa** de manera importante los **costos** de transacción **del Sistema.**

ii) Incorporación de un anexo técnico al contrato que observe los siguientes elementos: indicadores de atención, resultados de salud e indicadores de atención a grupos especiales.
iii) Implementación de contenidos específicos para territorios donde la atención debe ser diferencial.
iv) Especificar un procedimiento frente a las quejas que presente el beneficiario.
v) Simplificación de los elementos de seguimiento a la red prestadora, reemplazar el criterio por una certificación de la Superintendencia de Salud, respecto a la red prestadora.
vi) Eliminación de clausulados que no son factibles de implementar desde una entidad territorial.
vii) Ajuste del clausulado asociado con manejo de información de acuerdo con la recomendación del capítulo 8.

Es claro que la multiplicidad de contratos se mantendrá en tanto se cierre el proceso de ampliación de cobertura, no obstante se pueden implementar mecanismos como:

- Incentivar a los municipios a la firma de contratos por tiempos superiores a un año, mediante una mejor calificación en el proceso de certificación de municipios –véase capitulo 8-. No se recomienda, el incremento de la cofinanciación por cuanto las pruebas de correlación no muestra sensibilidad al respecto.
- Establecer el número de afiliados, mediante un número potencial, con el propósito de evitar la suscripción de un nuevo contrato en la medida que surgen nuevos beneficiarios.
- Incorporar el modelo de contrato electrónico, de acuerdo con lo previsto en la Ley 527 de 1999 y el artículo 3 de la Ley 1151 de 2007, con el propósito de transformar el ciclo del proceso a un modelo de transmisión de datos y manejo de certificados desmaterializados. Esto considerando las dificultades de capacidad instalada de las Entidades Territoriales, señaladas en el capítulo 7 de esta publicación.

6. Mercado de aseguramiento en el Régimen Subsidiado

El objetivo de este capítulo es presentar la estructura de mercado en que opera el Régimen Subsidiado y las implicaciones que ésta tiene sobre el acceso de la población y el bienestar de los agentes que participan en él. Así como formular una propuesta de intervención que permita incentivar un mayor nivel de competencia y superar las fallas de mercado identificadas.

6.1 Indicadores agregados del mercado

La capacidad de afiliación del Régimen Subsidiado pasó de 8 millones de cupos en 1998 a 21 millones en el 2007, es decir que su crecimiento fue de 153.8%. Nótese en la Tabla 31, que los años 2004 y 2005 son los de mayor crecimiento con tasas superiores a 20%.

El número de entidades participantes como aseguradores del régimen ha variado de manera significativa pasando de 239 en 1998 a 48 en el 2007, esto aunado al incremento de la población beneficiaria implicó un aumento en el tamaño del pool promedio de 35 mil afiliados a 450 mil para los mismos años. Los pooles mínimos pasaron de 25 afiliados a 40 mil y los máximos se duplicaron, pasando de 1 millón a 2 millones.

Tabla 31. Agregado nacional. Indicadores Régimen Subsidiado 1998 - 2007

Periodo	Capacidad de afiliación	Número EPS	Pool promedio	Pool Mínimo	Pool Máximo	Crecimiento de la capacidad de afiliación %	Variación pool promedio %	Continuidad EPS	Ingreso EPS	Retiro EPS
1998	8,527,061	239	35,678	25	1,096,162					
1999	9,325,832	245	38,065	120	1,089,343	9.37	6.7	224	21	15
2000	9,510,566	243	39,138	142	1,043,617	1.98	2.8	234	9	11
2001*	11,070,543	128	86,489	24	1,176,121	16.40	121.0	119	9	124
2002	11,655,452	63	185,007	97	1,483,945	5.28	113.9	56	7	72
2003	11,867,947	51	232,705	957	1,084,173	1.82	25.8	50	1	13
2004	15,396,893	45	342,153	1,095	1,283,544	29.74	47.0	44	1	7
2005**	19,069,003	56	340,518	2,373	1,549,379	23.85	-0.5	40	16	5
2006	20,125,263	49	410,720	17,736	1,722,997	5.54	20.6	48	1***	8
2007	21,606,812	48	450,142	40,518	2,332,820	7.36	9.6	48	0	1

*Implementación Decreto 1804 de 2000. **Implementación Acuerdo 294 de operación regional. *** Disolución de una unión temporal de CCF
Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

Lo anterior, como respuesta a un interés por incrementar la cobertura del programa con entidades que tuvieran una mayor capacidad de administración de riesgo, factor crítico en la operación de un asegurador; ejemplo de esto es el Decreto 1804 de 2000 el cual implementó el tamaño mínimo de afiliados requeridos por una entidad para permanecer operando en el Sistema.

De otro lado, a pesar de que se mantiene la misma tipología de entidades operando en el régimen su participación a lo largo de los años de estudio ha variado de manera importante, como se observa en la Tabla 32. Las empresas solidarias de salud "ESS" son el tipo de entidades que más ajustes a su estructura han tenido que realizar para lograr mantenerse operando en el régimen. En 1998 estás eran 72% del total de entidades del sistema y captaban 37% de los afiliados, para el año 2007 representaban tan solo 29% de las entidades que operaban el régimen, sin embargo, atendían 40% de los afiliados.

En el caso de las empresas promotoras de salud "EPS", en 1998 eran 7.1% del total de las entidades y participaban con el 42% de los afiliados. En 2007, pasaron a ser el 25% de las entidades y captan el 43% de los afiliados.

Por último, las cajas de compensación familiar "CCF" han pasado de ser 20% de las entidades del régimen en 1998 a 45% en 2007; no obstante su participación agregada en afiliados descendió de 19% a 15% para los mismos años.

Tabla 32. Agregado nacional. Participación por tipo de EPS-S. 1998 - 2007

Var	Tipo	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Entidades	CCF	48	48	50	27	20	18	14	29	23	22
	EPS	17	18	16	18	13	13	13	12	12	12
	ESS	174	179	177	83	30	20	18	15	14	14
	TOTAL	239	245	243	128	63	51	45	56	49	48
Afiliados	CCF	1,692,696	2,533,107	3,150,426	2,996,603	3,263,310	2,964,088	2,524,193	4,097,219	3,460,507	3,430,832
	EPS	3,600,433	3,745,260	3,550,668	4,936,614	4,962,755	5,216,412	6,437,478	7,660,541	8,412,575	9,361,396
	ESS	3,233,932	4,059,081	4,348,887	4,686,404	5,246,278	5,600,348	7,188,026	8,183,051	8,252,181	8,814,584
	TOTAL	8,527,061	10,337,448	11,049,981	12,619,621	13,472,343	13,780,848	16,149,697	19,940,812	20,125,263	21,606,812

Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

La capacidad de **afiliación** del Régimen Subsidiado **pasó de 8 millones de cupos** en 1998 a 21 millones en el 2007, es decir que su **crecimiento fue de 153.8%.**

La gráfica 7 muestra la participación agregada de afiliados por tipo de entidad, como se observa el comportamiento de las ESS y EPS mantiene la misma tendencia de crecimiento en todos los años de estudio, conservando las EPS una mayor participación, la cual se encuentra explicada por los beneficios otorgados a la EPS pública nacional.

Por el contrario, las CFF no han logrado igualar las tendencias de crecimiento de las anteriores y tienen la relación más baja entre el número de entidades y afiliados, esto a pesar de los incentivos dados para incitar a una mayor participación de este tipo entidades.

6.2 Estructura de mercado del Régimen Subsidiado

6.2.1 Unidad de mercado

Como se presentó en el marco conceptual la unidad de mercado básica es el municipio, es decir que la operación del Régimen Subsidiado cuenta con 1.101 mercados municipales.

De acuerdo con la Contaduría General de la Nación, 90% de los municipios del país son categoría 6, donde se presume un menor nivel de desarrollo –elemento que es analizado más adelante-. En estos municipios viven 16 millones de personas que corresponden a 36.9% de la población nacional y tienen asignados 11 millones de cupos del Régimen Subsidiado, es decir, más de la mitad de la capacidad de afiliación del régimen como se observa en la Tabla 33.

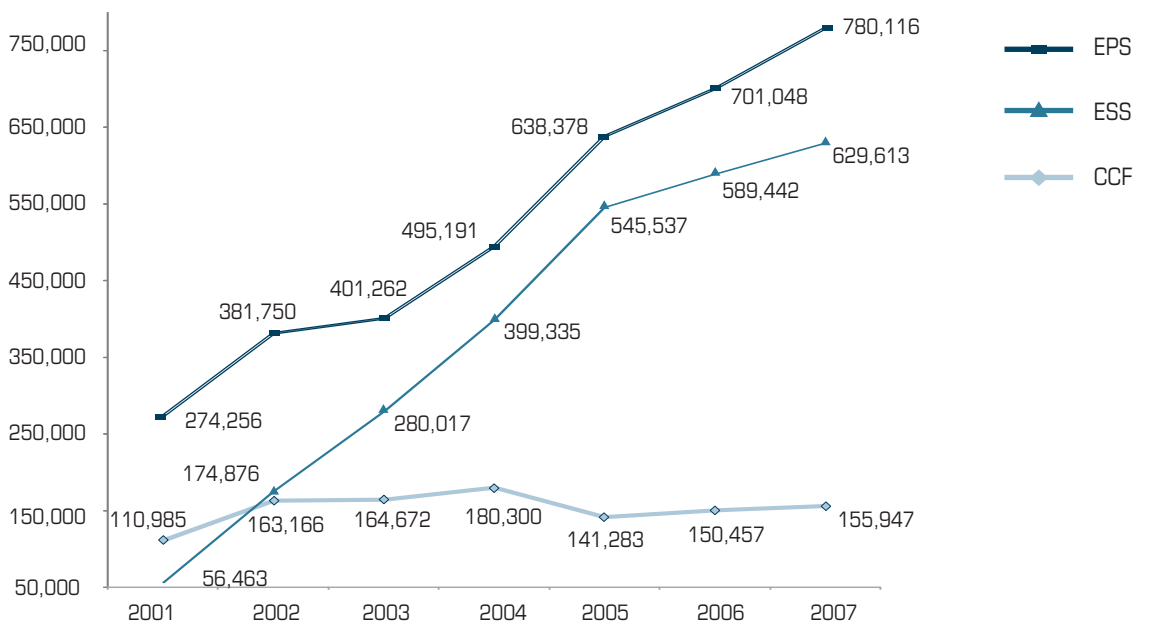
Las cuatro grandes ciudades han sido clasificadas como categoría especiales "E", en estas se encuentran concentrados 12 millones de habitantes y 17% de los cupos asignados del Régimen Subsidiado.

6.2.2 Condiciones de ingreso al mercado

La posibilidad de ingreso de una EPS-S al mercado municipal, sólo puede darse luego de haber surtido cuatro procesos previos para su ingreso al Sistema, los cuales tienen diferentes objetivos y ámbitos geográficos: i) autorización para el funcionamiento ii) habilitación nacional iii) autorización regional y iv) aprobación de cupos departamentales.

Primero, la autorización de funcionamiento es el proceso que debe surtir una persona jurídica que pretenda actuar como administradora del Régimen Subsidiado. Los prin-

Gráfica 7. Afiliados agregados por tipo de entidad



Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

cipales aspectos que contempla son la factibilidad del proyecto y la previsión de los requisitos exigidos en la operación del régimen. La autorización fija una capacidad inicial de afiliación de acuerdo con los estudios de mercado del proyecto de factibilidad presentado por el solicitante.

El segundo, tiene por objeto que las EPS del Régimen Subsidiado cumplan un conjunto de requisitos a través de los cuales se busca garantizar su capacidad para administrar el riesgo en salud de sus afiliados y organizar la prestación de los servicios de salud en las áreas geográficas donde estas operen. Cabe destacar, que no existen limitaciones respecto de los territorios. La habilitación es expedida por la Superintendencia de Salud y está reglamentada en los Decretos 515 de 2004 y 506 de 2005.

En el año 2006 se encontraban 45 entidades habilitadas, las cuales iniciaron su proceso de renovación de habilitación en el año 2007, para lo cual la Supersalud ha considerado los siguientes aspectos:

- Cumplimiento del Plan de Mejoramiento suscrito entre la EPS-S con esta entidad.
- Oportunidad en el reporte de la información financiera requerida.
- Patrimonio mínimo y el margen de solvencia.

A la fecha no se ha finalizado el proceso en todas las entidades, no obstante se tiene claridad sobre:

- 5 entidades finalizaron el proceso sin ningún problema.
- 7 tendrán una habilitación condicionada al cumplimiento de un plan de mejoramiento con la Supersalud.
- 18 están en habilitación condicionada al cumplimiento de un "plan de actividades".
- 15 se encontraban en un proceso de aclaración del proceso para establecer si se revoca o no su habilitación.

Resulta muy significativo que tan sólo **11% de las EPS-S surtan el proceso de habilitación ante la Superintendencia**, sin objeciones.

Al respecto, resulta muy significativo que tan sólo 11% de las EPS-S surtan el proceso sin objeciones.

Tercero, la autorización regional, limita el número de zonas geográficas en las cuales puede operar una EPS-S con el propósito de lograr la concentración poblacional que permita la operación eficiente del aseguramiento y la adecuada prestación del servicio a los afiliados tal como lo plantea el artículo 4° de la Ley 812. Para tal efecto, el CNSSS expidió el Acuerdo 294 que fija las disposiciones generales sobre la operación regional, en especial las condiciones y plazos para seleccionar las EPS-S que participarían en cada región.

Cuarto, la asignación de cupos a nivel departamental como medida de capacidad de afiliación, surge previa a la habilitación como una medida que busca garantizar el crecimiento de la EPS-S en el mercado de manera planificada, esto por los riesgos que implicaba un crecimiento desbordado frente a: i) capacidad de respuesta a los usua-

Tabla 33. Agregado nacional por categoría municipal - 2007

Categoría Municipal	Número de municipios	Población DANE	Capacidad de afiliación – cupos	Participación población DANE %	Participación cupos %	Cupos / DANE %	Promedio Ruralidad %	Promedio Concentración poblacional
E	4	12,647,812	3,821,246	28.8	17.7	30.2	1.0	5,295.4
1	16	5,801,377	2,226,386	13.2	10.3	38.4	8.9	2,579.2
2	17	4,354,295	1,934,915	9.9	9.0	44.4	13.8	676.0
3	13	1,358,519	621,382	3.1	2.9	45.7	19.5	887.2
4	20	1,501,289	857,939	3.4	4.0	57.1	26.9	282.4
5	34	2,027,928	1,027,876	4.6	4.8	50.7	30.4	260.7
6	997	16,166,597	11,117,068	36.9	51.5	68.8	61.2	59.8
Total general	1,101	43,857,817	21,606,812	100.0	100.0	49.3	57.4	145.2

Fuente: Contaduría General de la Nación, Estadísticas DANE.

rios, ii) la seguridad del manejo de los recursos públicos y iii) la imposibilidad de responder a las obligaciones contraídas con la red prestadora. Sin embargo, cabe destacar, que esta medida se mantuvo a pesar de que la habilitación ya incorpora un aval a los procesos de planificación de las EPS-S del Régimen Subsidiado y cuenta con mecanismos específicos para los demás riesgos previstos.

Esté requisito, se surtía previo a 2008 como una solicitud de la EPS ante la Superintendencia de Salud y era esta entidad quien debía dar la aprobación. Posterior al Decreto 1357 de 2008, la EPS-S puede ampliar su capacidad de afiliación siempre y cuando no adeude recursos a las IPS y deberá dar aviso de la modificación a la Superintendencia de Salud.

Surtidos estos cuatro pasos la EPS-S deberá manifestar su intención de operar en el mercado municipal a través de una notificación escrita de interés, previo a los procesos de afiliación.

- **Problemática**

Los criterios fijados para la autorización regional pueden llegar a constituir una barrera de ingreso a nuevos operadores, ya que no especifican el proceso que deben surtir entidades nuevas que deseen ingresar en la operación del Régimen Subsidiado. Condición que resta competitividad, porque los operadores actuales no perciben el riesgo de nuevas competidores y pueden llegar a incentivar colusiones de mercado.

De otro lado, la utilización de una medida de capacidad de afiliación o cupos departamentales, resulta redundante ante la presencia de la habilitación puesto que los objetivos de esta ya se encuentran cubiertos y por el contrario genera carga operativa en los organismos de control.

6.2.3 Condiciones de permanencia y salida del mercado

Como en el caso anterior, los criterios de permanencia y salida de una EPS-S se encuentran fijados principalmente con respecto al sistema y en menor medida en el mercado municipal.

Los primeros, establecidos en el Decreto 515 de 2004 y el Decreto 506 de 2005 señalan entre otros: i) Un tamaño mínimo de pool de acuerdo con el número de zonas que tenga autorizadas para operar y el tipo de EPS-S, como se expresa:

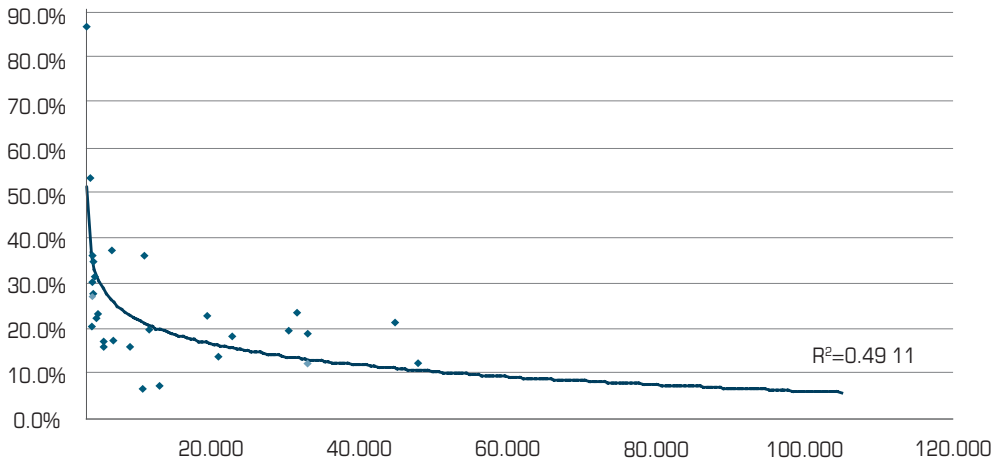
> ***Decreto 506 de 2005. Artículo 2º. De la habilitación....*** *Para su permanencia y operación en más de una de las regiones que establezca el CNSSS deberán acreditar como mínimo un número de 300.000 personas afiliadas antes del 1º de abril de 2005 y 400.000 antes del 1º de abril 2006. Las entidades que se constituyan a partir de la fecha, deberán acreditar un número mínimo de 400.000 afiliados, sin lugar a excepción, vencido el segundo año de operación.*
>
> *Para su permanencia y operación en una sola de las regiones que establezca el CNSSS deberán acreditar como mínimo un número de 100.000 personas afiliadas antes del 1º de abril de 2005 y 150.000 antes del 1º de abril de 2006.*
>
> *De conformidad con las disposiciones vigentes, el número mínimo de afiliados con los que podrán operar las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas, será concertado entre el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los Pueblos Indígenas teniendo en cuenta sus especiales condiciones de ubicación geográfica y número de habitantes indígenas en la región, pero en todo caso, por lo menos el 60% de los afiliados de la EPS o ARS indígena deberán pertenecer a Pueblos Indígenas tradicionalmente reconocidos.*

La **utilización** de una medida de **capacidad de afiliación** o cupos departamentales, resulta **redundante** ante la **presencia de la habilitación.**

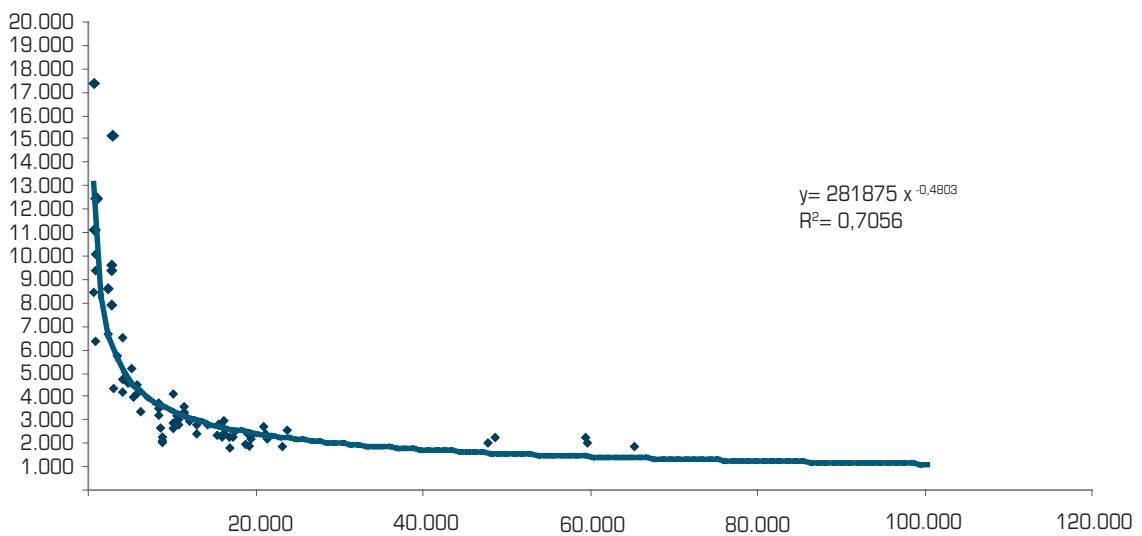
Esta condición busca que la EPS logre un tamaño de pool suficientemente robusto para diluir el riesgo financiero de su población afiliada. Se estima que en promedio el gasto en salud comienza estabilizarse alrededor de los 150,000 afiliados[24], número que puede variar dependiendo entre otras de las características epidemiológicas del grupo afiliado. El gasto administrativo se ve impactado por los importantes costos de transacción asociados a cada operación lo que hace que se estabilice alrededor de los 100,000 afiliados (véase gráfica 8).

24. Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Garavito L, Mejía M, Puente y otros. Propuestas de ajuste a la política del régimen subsidiado de salud en Colombia Pontificia Universidad Javeriana. Fundación Corona. Fundación Social. Banco Interamericano de Desarrollo CEJA 2002.

Gráfica 8. Gasto administrativo las EPS-S



Fuente: Garavito Liz. El costo de administrar una ARégimen Subsidiado. Programa para el fortalecimiento del Régimen Subsidiado en Salud en Colombia. Banco Interamericano de Desarrollo, Fundación Corona, Fundación Social, Pontificia Universidad Javeriana.

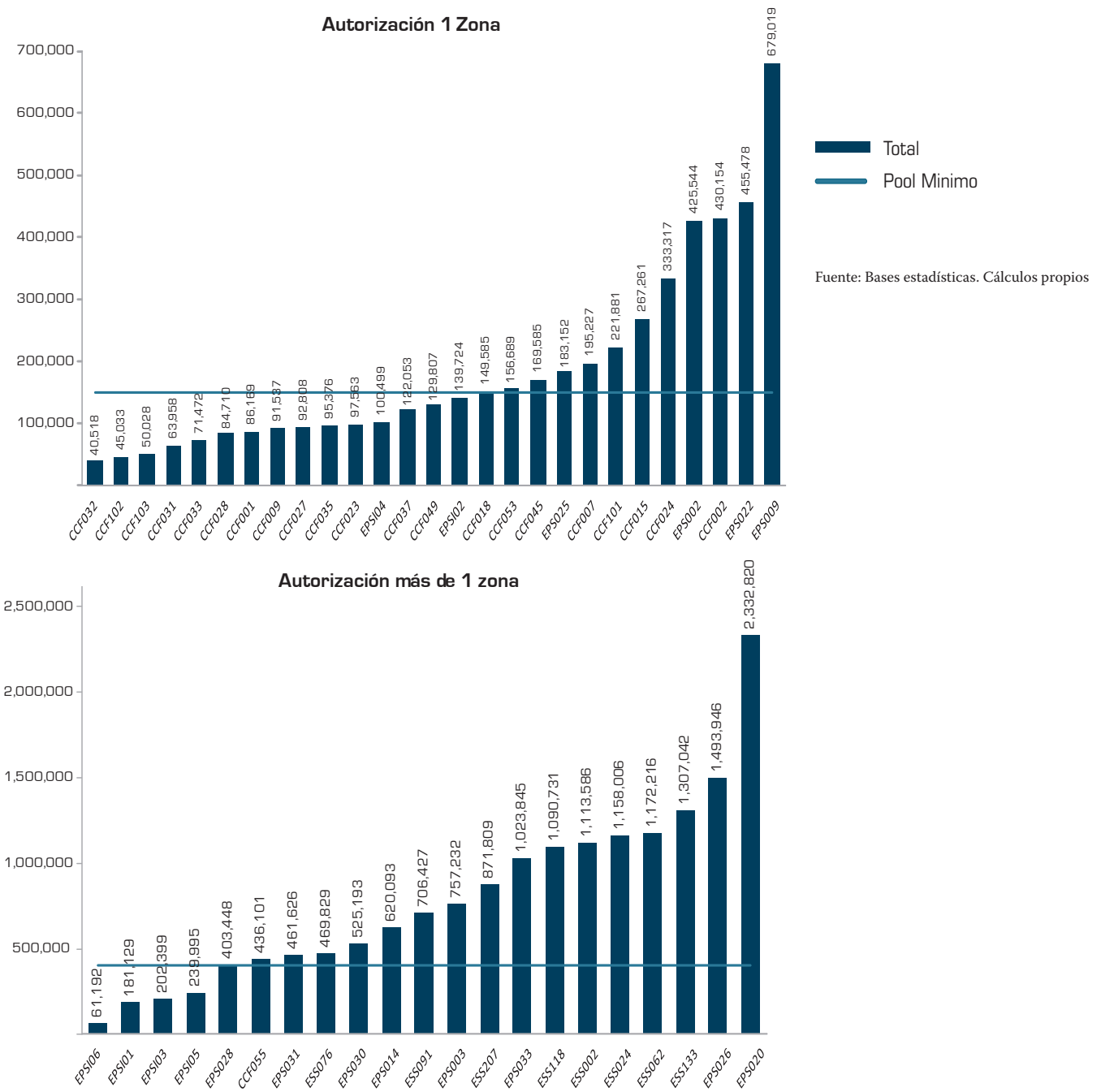


Fuente: Garavito L, Ruiz F, Peñaloza E, Mejía M, Puente C. Implementación de un Sistema para el Cálculo del Costo administrativo en una EPS Privada. Citada en el Documento Técnico Cendex ASS/1017-02.

Las siguientes gráficas muestran el tamaño de pool de las EPS-S que operan en el régimen de acuerdo con el número de zonas que tiene autorizadas vs el mínimo agregado de afiliados exigidos. Como se observa, 27 de las 48 EPS-S del régimen están autorizadas para operar en una sola zona y de éstas 14 –exceptuando 2 EPSI- operan con un pool por abajo del mínimo exigido en las normas de habilitación. En el caso de las entidades autorizadas a más de una zona, con excepción de las EPSI todas operan por encima por el pool mínimo fijado.

Aislándose de los problemas de vigilancia y control del sistema, resulta claro el riesgo en el que se encuentran estas entidades y en el que colocan al sistema.

Gráfica 9. Pool por EPS respecto a pool exigido - 2007



Fuente: Bases estadísticas. Cálculos propios

En el **mercado municipal** las condiciones de permanencia y salida están fijadas en relación con el **cumplimiento** de las clausulas del **contrato de aseguramiento** y los **tamaños** de operación mínimos.

i) Las demás condiciones hacen alusión a capacidad técnico-administrativa, capacidad financiera, y la capacidad tecnológica y científica, los cuales en su conjunto, como se presenta en el anexo 2, buscan garantizar que las entidades cuenten con la estructuración de procesos y garantías financieras.

Los segundos, en el mercado municipal las condiciones de permanencia y salida están fijadas en relación con el cumplimiento de las clausulas del contrato de aseguramiento y los tamaños de operación mínimos fijados por parte del CNSSS a través del Acuerdo 294 de 2005.

Acuerdo 294. Artículo 6º. Proceso de libre elección de ARS en los municipios. Para que las ARS puedan permanecer después del proceso de libre elección en un determinado municipio o distrito deberán contar con un número mínimo de 20.000 afiliados o el 5% del total de afiliados del municipio o distrito sin que en ningún caso ese 5% sea menor a 500 personas, y en todo caso deberán garantizar la prestación tanto de los servicios asistenciales como administrativos. No aplicará este criterio de permanencia cuando el número de 500 personas represente más del 25% de los afiliados.

Por la multiplicidad de contratos existentes y probablemente por las debilidades administrativas de las Entidades Territoriales los mecanismos de cesión o terminación unilateral de contratos por incumplimiento no son utilizados, lo que justifica la pronta implementación de las normas de interventoría.

La Tabla 34 presenta el número de municipios de acuerdo con la clasificación de tamaños prevista en la norma y el número de operaciones que no cumplen con dicho requisito. Como se observa, en la actualidad 285 operaciones no

Tabla 34. Seguimiento Artículo 6 del Acuerdo 294 – Año 2007

Tamaño	20,000 >= 5% Cupos municipio	500 >= 5% Cupos municipio >= 20,000	500 >= 25% cupos del municipio
Número de municipios	5	1065	31
Número de operaciones con incumplimiento	1	284	0

Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

Tabla 35. Indicadores ingreso y permanencia EPS en el mercado - 2007

Categoría Municipal	Número de municipios	Promedio de cupos contratados	Promedio de EPS	Número de municipios con:			Municipios con 1 EPS	
				Ingreso EPS	Salida EPS	Sin Cambio	Cantidad	Afiliados
E	4	955,312	8	-	3	1		
1	16	139,149	5	3	6	7		
2	17	13,819	5	1	7	9		
3	13	47,799	4	7	2	4		
4	20	42,897	5	7	4	9		
5	34	30,232	4	13	6	15	1	4,139
6	997	11,154	3	205	76	716	143	735,974
Total general	1,101	19,628	3	236	104	761	144	740,113

Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

cumplen con lo establecido en un total de 1070 municipios, las implicaciones de operaciones tan pequeñas se presenta con mayor detalle en el siguiente apartado.

De otro lado, la rotación de EPS-S en los mercados municipales denota una tendencia a la salida en municipios de categoría especial, donde adicionalmente no se observan ingresos como se puede ver en la siguiente tabla. La mayor cantidad de nuevos ingresos se dan en municipios de categoría 6, no obstante la relación ingresos vs número de municipios muestran una mayor proporción para los de categoría 4 y 5.

- **Problemática**

Las condiciones de permanencia de las EPS-S en el Sistema están fijadas por los parámetros de orden procesal y financiero, no así respecto a las consecuencias sobre malas prácticas a los consumidores y los resultados en salud sobre la población.

Las exigencias de un pool mínimo implican para la EPS-S incursionar en un gran número de municipios, incrementando los costos de transacción dado el número de contratos que esto implica.

Por otro lado, la aplicación de los criterios de tamaño mínimo de operación es compleja y no superan las dificultades de los tamaños pequeños, situación que se explica con mayor detalle en el siguiente apartado.

6.2.4 Tamaño y concentración de mercado

El tamaño del régimen se mide, principalmente, por el número de beneficiarios, de allí que la capacidad de afiliación del municipio, es decir los cupos asignados resultan ser la medida más adecuada para establecer el tamaño del mercado municipal.

Las exigencias de un **pool mínimo** implican para la EPS-S incursionar en un **gran número de municipios**, incrementando los costos de **transacción** dado el **número de contratos** que esto acarrea.

Como se observa en la Tabla 36, el promedio de cupos por categoría disminuye en la medida que está indica una menor condición de desarrollo. No obstante, el tamaño de mercado varia de manera importante al interior de la categorías, en especial en la 6, donde el promedio de cupos es de 11,154 pero el rango va desde 693 hasta 111,097 cupos.

En total, 618 municipios de los 1,101 tienen un tamaño de mercado menor a 10,000 cupos, es decir 56% de los mercados municipales y estos tiene una capacidad de afiliación del 3,492,744 cupos (véase Tabla 37). Tan sólo 58 municipios tienen un mercado superior a los 50 mil cupos y éstos agregan 9 millones de cupos, es decir, 46% de los 21 millones existentes en el régimen.

Como es lógico, el tamaño del mercado municipal limita la operación de la EPS-S en el municipio. Así, el tamaño

Tabla 36. Tamaño mercado 2007

Categoría Municipal	Número de municipios	Promedio de cupos	Mínimo de cupos	Máximo de cupos	Número de municipios por tamaño de mercado				
					<= 5,000	5,001 <= 10,000	10,001 <= 20,000	20,001 <= 50,000	50,001 <=
E	4	955,312	524,087	1,708,670	-	-	-	-	4
1	16	139,149	20,543	459,858	-	-	-	3	13
2	17	113,819	16,019	253,031	-	-	2	2	13
3	13	47,799	7,116	109,494	-	1	-	5	7
4	20	42,897	6,028	131,878	-	1	7	6	6
5	34	30,232	2,571	153,989	2	2	10	16	4
6	997	11,154	693	111,097	251	361	253	121	11
Total general	1,101	19,628	693	1,708,670	253	365	272	153	58

Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

promedio de operación para los mercados municipales con menos de 5,000 cupos es de 1,729 afiliados por EPS con un rango que oscila entre 1 y 4,979 afiliados como se observa en la Tabla 38. En el caso del grupo de mercados municipales con menos de 10,000 cupos asignados, el promedio del tamaño de operación es de 2,714 afiliados, tan solo mil afiliados por arriba del grupo más pequeño.

Como ya se mencionó, la concentración del mercado depende del número de actores y mayormente de su nivel de participación. En la tabla se observa el porcentaje promedio de participación de la EPS-S líder en cada mercado municipal. Nótese, como en todos los tipos de mercado el promedio total se encuentra por encima de 35%; para el caso de mercados municipales con tamaños inferiores a 5,000 cupos, sin importar el número de EPS-S que participan en el mercado, el líder en promedio capta más de 43% de los afiliados; Tan solo en el caso de los mercados municipales con más de 50,000 cupos y que cuentan con más de 9 EPS-S se logra que la participación líder sea inferior a 15%.

Tabla 37. Capacidad de afiliación agregada por tipo de mercado – 2007

Categoría Municipal	Tamaño de mercado					Total general
	<=5,000	5001<=10000	10001<=20000	20001<=50000	50,001<=	
E					3,821,246	3,821,246
1				73,134	2,153,252	2,226,386
2			33,112	58,048	1,843,755	1,934,915
3		7,116		134,487	479,779	621,382
4		6,028	97,007	243,485	511,419	857,939
5	6,710	12,823	162,864	500,147	345,332	1,027,876
6	836,988	2,623,079	3,507,509	3,365,204	784,288	11,117,068
Total general	843,698	2,649,046	3,800,492	4,374,505	9,939,071	21,606,812

Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

Tabla 38. Tamaño de promedio de operación por tamaño de mercado

Afiliados por operación	Tamaño de mercado				
	<=5,000	5001<=10000	10001<=20000	20001<=50000	50,001<=
Promedio	1,729	2,714	3,996	6,580	28,809
Mínimo	1	1	3	5	1
Máximo	4,979	9,989	18,961	41,130	424,500

Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

Tabla 39. Número de EPS por mercado municipal y participación promedio del líder - 2007

Tamaño de mercado	Participación (%) promedio del líder de mercado												Promedio Total %
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	14	
<=5,000	100.0	67.2	49.1	43.9									74.5
5001<=10000	100.0	71.8	57.5	46.6	37.3	30.7							65.2
10001<=20000	100.0	72.7	59.1	46.1	42.9	33.8	32.0						55.8
20001<=50000	100.0	78.0	65.3	50.5	44.6	41.0	35.1	30.8	38.5				52.3
50,001<=		58.6	62.0	47.9	39.3	40.2	30.1	20.6	24.2	14.7	16.3	19.5	38.2
Total general	100.0	70.5	57.6	47.2	42.3	37.8	31.9	26.4	27.1	14.7	16.3	19.5	61.7

Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

Resulta diciente que **ningún municipio de categoría especial** opere de **forma competitiva** y que en el mejor de los casos operan como **oligopolios.**

Visto lo anterior, no sorprende que el índice de concentración HH señale que 98% de los mercados municipales operen en estructuras monopólicas, los cuales albergan el 80% de los cupos totales nacionales (véase tablas 40 y 41). Tan solo un mercado municipal opera de forma competitiva y opera en un municipio de categoría 4. Resulta diciente que ningún municipio de categoría especial opere de forma competitiva y que en el mejor de los casos operan como oligopolios.

- **Problemática**

A partir de las características del tamaño y concentración de los mercados municipales del Régimen Subsidiado se identifican dos problemáticas:

- La primera, 56% de los municipios del país tienen un tamaño de mercado que no permite lograr economías de escala en las operaciones de las EPS-S que participan en ellos, por el contrario genera des economías en la operación, especialmente en lo relacionado con el costo administrativo, que a su vez promueve incentivos para que la entidad solucione este problema a partir de la restricción de los procesos de servicio en detrimento de la calidad del consumidor -ejemplo de esto, son las tablas de horas hombre contratadas para la atención administrativa de la población, la posibilidad de contar o no con una sede administrativa, entre otras-.

Tabla 40. Concentración mercados. 2007

Tipo	Mercado	Competitivo	Oligopolio	Monopolio	Total general
Categoría Municipal	E		2	2	4
	1		2	14	16
	2		5	12	17
	3		1	12	13
	4	1		19	20
	5		1	33	34
	6		7	990	997
Tamaño	<=5,000			253	253
	5001<=10000			365	365
	10001<=20000		1	271	272
	20001<=50000		4	149	153
	50,001<=	1	13	44	58
Total general		1	18	1082	1101

Fuente: Cálculos propios. Base de contratación del Régimen Subsidiado - Ministerio de la Protección Social

Tabla 41. Población agregada por tipo de mercado. 2007

Tipo mercado	Competitivo	Oligopolio	Monopolio	Total general
Cupos asignados	131,878	4,161,014	17,313,920	21,606,812
Participación	0.6%	19.3%	80.1%	100.0%

Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

- Segunda, la operación del Régimen Subsidiado está caracterizada por mercados monopólicos que pueden generar perdidas de bienestar para los consumidores –beneficiarios del régimen- y para los ofertantes –prestadores de servicios- como ampliamente está documentado, dada la posibilidad de ejercer posiciones dominantes.

Sobre el último, particularmente en el primer de nivel de atención donde el mercado asegurador y prestador tiene la misma unidad de mercado, existe evidencia que en los mercados competitivos desde el aseguramiento, los prestadores logran un mayor precio promedio, por el contrario en los casos donde el mercado asegurador es monopólico el precio de los servicios de primer nivel de atención es menor, como se observa en la Tabla 42.

Así mismo, se esperaría que los problemas de cartera de los hospitales de primer nivel tuvieran correlación con la concentración del mercado asegurador, no obstante las pruebas estadísticas no permiten rechazar la hipótesis, por lo que este elemento será analizado como consecuencia de los problemas del flujo financiero.

6.2.5 Condiciones competitivas

Como ya se referenció este elemento apunta a la igualdad y libertad de condiciones que tienen los agentes para competir. Para efectos de este estudio se considerarán los siguientes factores:

i. Igualdad en las condiciones de ingreso, permanencia y salida del sistema.
ii. Diferencias en la concentración del riesgo asegurado.
iii. Garantía de competencia respecto a prácticas anticompetitivas de los agentes, abuso moral y selección adversa.
iv. Incertidumbre normativa.

En el primero, es claro que existe un interés del regulador por incentivar la presencia y participación en el sistema de las CCF, EPS-I y EPS públicas de orden nacional. Los elementos diferenciales radican en:

- EPS-I su tamaño de pool es inferior al exigido a las demás EPS y la composición de su pool debe ser mayoritariamente (60%) de población indígena. Dicho requisito corresponde a las especificidades del tamaño y localización de la población objeto de estas entidades.
- CCF, pueden hacer uso de un cupo de la región para más de una entidad. Incidiendo en los tamaños de pool, que resultan ser inferiores a los recomendados para diluir el riesgo en salud y en el crecimiento en el número de EPS-S que participan en el régimen. De otro lado son el tipo de EPS-S con el mayor índice rotación general del sistema.
- EPS-S pública de orden nacional, puede participar en las 5 regiones del país y cuentan con la asignación de la población desplazada y desmovilizada cuyo financiamiento esté a cargo 100% a FOSYGA. Como se observa en la gráfica 10, la EPS-S pública de orden nacional es la entidad con el mayor número de afiliados del Régimen Subsidiado del país, su incremento de población más importante se

Tabla 42. Diferencias de precios por concentración de mercado

Nivel	Total	Competitivo	Oligopólico	Monopólico	Chi- cuadrado	Sig. asintót.	Hipótesis
ACA	1.017.228		1.07.228				
ACD	133.072	118.720	150.591	140.901	0,34	0,84	Iguales
ACQ	136.803	142.160	133.038	134.839	0,41	0,81	Iguales
ACR	661.209	776.731	444.876	777.037	56,29	0,00	Diferentes
ACT	5.726.600	5.726.600		5.726.600	0,00	1,00	Iguales
I	99.676	111.899	92.913	103.418	9,50	0,01	Diferentes
II	267.354	270.086	268.066	262.978	5,47	0,06	Iguales
III	521.906	538.436	489.709	538.981	41,73	0,00	Diferentes
Total	419.025	438.685	401.876	414.882	44,16	0,00	Diferentes

Fuente: Ruiz Fernando, Garavito Liz, Amaya Liliana Ramírez Jaime. Precio y contratos en salud. Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos. CENDEX – Pontificia Universidad Javeriana, Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - Ministerio de la Protección Social, Departamento Planeación Nacional. 2007

dio a partir de 2001 con consecuencia de la implementación del Decreto 1804 de 1999[25] momento a partir del cual se ha mantenido como la entidad con el mayor número de afiliados del régimen, posición que fue fortalecida con la regionalización. No obstante, sus crecimientos no han sido superiores al promedio de crecimiento de las demás EPS del régimen.

De otro lado, existen críticas sobre la asignación de la población desplazada y desmovilizada, donde el principal argumento a favor es la amplia cobertura de la entidad -693 municipios en el año 2007- y los argumentos en contra son: su participación municipal no es del 100% del país, no existe evidencia que haga suponer que esta entidad opere mejor que las demás para la atención de esta población, la libertad de elección esta coartada y es una clara ventaja competitiva dada a ésta entidad.

Finalizado el año 2007 la EPS-S pública de orden nacional contaba con 33.7% de los cupos de población desmovilizados y 31.8% de los desplazados de la población. Esta población representa 12% del pool de la población de la entidad, como se observa en la Tabla 43.

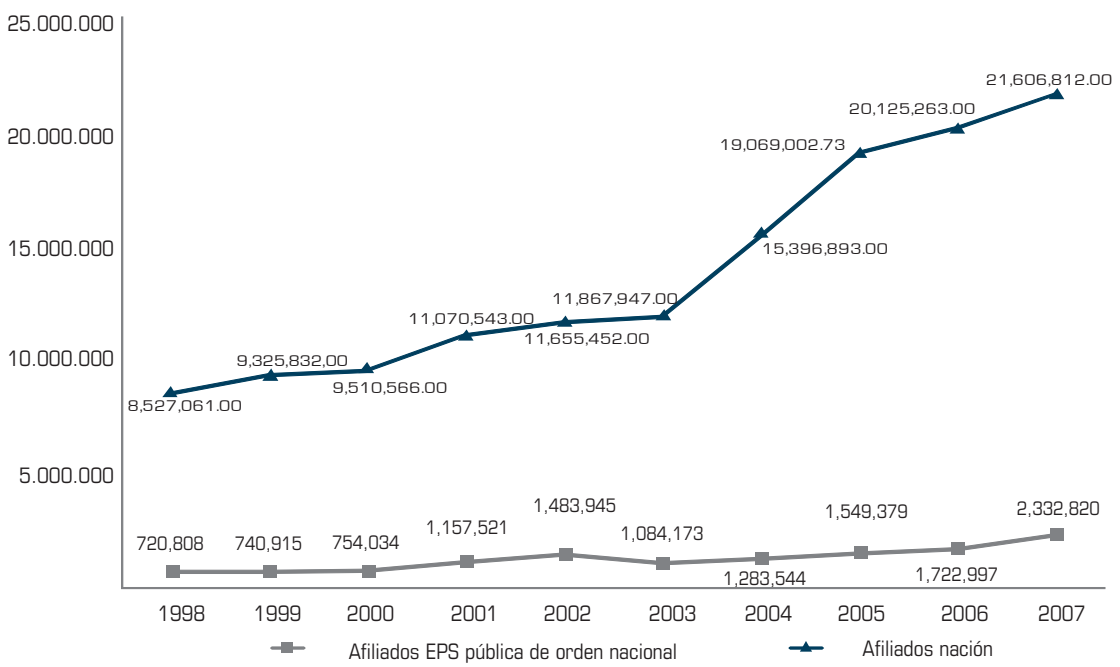
56% de los **municipios del país** tienen un **tamaño de mercado** que no permite lograr **economías de escala** en las operaciones de las EPS-S que participan en ellos.

Segundo, los ajustes al valor de la prima se realizan sobre aquellos factores que generan desviaciones importantes en el consumo promedio, los cuales están asociados normalmente a características de la población asegurada: grupo etáreos, concentración de población enferma –especialmente casos crónicos con alta probabilidad de severidad-, comportamientos de riesgo, entre otros. Así mismo, se consideran factores que afectan el costo de las atenciones[26], dentro de los que se destacan dispersión geográfica, disponibilidad de proveedores, entre otros.

25. La implementación comenzó en el 2000 y su efecto sobre la afiliación se evidencia en el 2001.

26. Esto en caso de modelos de seguridad social, donde el asegurador tiene restricciones frente a la red de servicios.

Gráfica 10. Participación EPS-S pública de orden nacional



Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

En el caso del Régimen Subsidiado, tradicionalmente se ha dado reconocimiento en el valor de la prima a los sobre costos asociados en los territorios de alta dispersión geográfica, esto como incentivo a los aseguradores para participar en dichas zonas. Esta medida opera en 175 municipios del país, los cuales cuentan con una población agregada de 2.7 millones de afiliados y un promedio de 3 EPS-S con un rango de 1 a 8.

A partir de 2008 se da un reconocimiento adicional al valor de la UPC en los municipios conurbanos, dado el mayor nivel de consumo generado por la mayor disponibilidad de oferta de mediana y alta complejidad. En estos se encuentran clasificados 10 municipios que agregan 4.3 millones de afiliados.

Este reconocimiento, constituye un incentivo que pretende compensar el efecto sobre el mayor consumo y promover la permanencia de las EPS en este tipo de municipios. Esto último, porque se evidencia una mayor concentración de mercado en estos municipios producto del retiro de EPS-S, como se observa en la Tabla 44 y en el índice retiros voluntarios presentado en la Tabla 35; aunque aún las EPS-S constituyen la mayor proporción de su pool en municipios muy cercanos a la capital departamental y en mercados con capacidad de afiliación mayor a 50,000 cupos (véase tablas 44 y 45).

Lo anterior entra en contradicción con el postulado previsto para la operación regional de las EPS:

> *Acuerdo 294 de 2005. Considerandos....Que igualmente es necesario que las ARS tengan una presencia geográfica importante en la región, evitando que se concentren exclusivamente en las grandes ciudades, razón por la cual debe exigirse que oferten sus servicios en por lo menos el 20% de los municipios que componen la región, con una oferta equivalente para quienes operen en un solo departamento....*

A la fecha, la operación del Régimen Subsidiado no incorpora reconocimientos por concepto de grupo etareo o población crónica de alto costo. En el caso del primero la población del régimen concentra una mayor proporción de niños entre 5 y 14 años, mujeres entre 15 y 44 y, mayores

Tabla 43. Composición población EPS-S pública de orden nacional

Tipo de población	EPS-S pública de orden nacional	Total Nacional	Participación EPS %	Participación nacional %	EPS/Nacional %
Desmovilizados	23,683	70,375	1.0	0.3	33.7
Desplazados	244,967	770,719	10.5	3.6	31.8
Indígenas	91,537	1,081,122	3.9	5.0	8.5
Rurales	677,701	4,724,319	29.1	21.9	14.3
Migratorios	380	17,851	0.0	0.1	2.1
Subsidio Parcial	71,466	1,232,835	3.1	5.7	5.8
Resto Población	1,202,593	13,593,040	51.6	62.9	8.8
Población ROM	20	426	0.0	0.0	4.7
Menores ICBF	2,896	15,159	0.1	0.1	19.1
Artistas	659	825	0.0	0.0	79.9
Población Raizal	3,158	3,891	0.1	0.0	81.2
Indigentes	103	6,265	0.0	0.0	1.6
Deportistas	68	321	0.0	0.0	21.2
Cafeteros 50 %	7,338	41,400	0.3	0.2	17.7
Cafeteros 67.5 %	6,251	48,264	0.3	0.2	13.0
Total Población	2,332,820	21,606,812	100.0	100.0	10.8

Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

A partir de 2008 se da un **reconocimiento adicional al valor de la UPC** en los municipios **conurbanos**.

de 59, como se presentan en la Tabla 46. Cabe destacar que los dos últimos normalmente cuentan con un mayor nivel de riesgo asociado.

De otro lado, existe evidencia que hace suponer que los niveles de concentración de la población crónica de alto costo son menores en el Régimen Subsidiado que en el contributivo, tal y como se observa en las siguientes tablas. Lo que puede explicarse por un fenómeno de selección adversa de la población o un menor nivel en la calidad de la atención que provoca que la población migre de régimen.

Así mismo, es importante considerar los fenómenos de selección adversa que sufre el régimen, como se observa en la siguiente gráfica, el subsidiado tiene 10% más de proporción de pacientes VIH/SIDA en tratamiento ARV, lo que puede ser explicado por varios fenómenos: i) que el paciente fue afiliado en estadio de SIDA, ii) que la detección fue tardía por parte de la EPS-S o iii) que es una cohorte de mucho tiempo que ya requiere del tratamiento. No obstante, por la disminución de pacientes no asegurados y el incremento en el subsidiado puede afirmarse que la primera cuenta con mayor peso.

Tercero, las garantías de competencia hacen referencia al comportamiento de los agentes, el cual se refleja

Tabla 44. Número de EPS en municipios conurbanos

Municipio	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Medellín	12	12	12	12	9	8	7	8	8	5
Bello	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Envigado	2	3	3	2	2	1	1	1	2	2
Itagüí	1	2	2	1	1	1	3	5	4	5
Sabaneta	3	3	3	3	3	3	2	1	1	2
Barranquilla	10	14	14	16	10	9	14	14	13	11
Soledad	6	6	6	8	5	5	10	12	10	8
Bogotá D.C.	18	23	28	25	15	14	15	17	12	9
Soacha	5	5	5	6	4	5	6	6	6	5
Santiago de Cali	8	8	8	10	6	5	7	7	7	7

Fuente: Bases de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

Tabla 45. Concentración de operaciones de EPS por distancia municipal

Variables	Menor a 20 Km	Entre 21 y 100 Km	Entre 101 y 200 Km	Mayor a 200Km	Total general
Número de operaciones	492	1514	936	472	3414
Población afiliada	9,170,854	5,822,565	4,238,776	2,311,703	21,543,898
Afiliados / # operaciones	18,640	3,846	4,529	4,898	6,310
Participación afiliados	42.6%	27.0%	19.7%	10.7%	100.0%
Número de EPS mayor proporción acumulada de afiliados	28	13	6	1	48

Fuente: Base de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social. Agustín Codazzi.

en prácticas anticompetitivas, ejercicio de posiciones dominantes y prácticas de abuso moral y selección adversa alrededor del proceso contractual.

En el caso colombiano, la Constitución Política define en su artículo 333 que el Estado tiene la obligación de evitar y controlar el abuso de la posición dominante en el mercado nacional –De donde puede deducirse que en el territorio nacional no es prohibido el hecho de ostentar posición de dominio dentro del mercado, sino el abuso que se haga de dicha posición-. La reglamentación relacionada especifica con el área de salud se encuentra consignada en el Decreto 1663 de 1994 y el 1613 de 1995, complementarios a estos se encuentran el Decreto 515 de 2004 en su capítulo VI de prácticas no autorizadas.

No obstante, la documentación sobre procesos adelantados al respecto es exigua, lo que puede originarse en la falta de mecanismos para hacer efectivas estas normas, ya que existe evidencia que hace suponer el ejercicio de posiciones dominantes como se muestra en el apartado 6.1.4 de esta publicación, así como colusiones de mercado que se manifiestan en retrasos para formalizar contratos de Régimen Subsidiado por la dificultad de conformar la red de atención cuando los prestadores de servicios exigen una negociación en bloque para poder llegar aún acuerdo de precio.

Tabla 46. Concentración de operaciones de EPS por tamaño de mercado

Variables	<=5,000	5001<=10000	10001<=20000	20001<=50000	50,001<=	Total
Número de operaciones	488	976	951	663	345	3423
Población afiliada	843,698	2,649,046	3,800,492	4,362,762	9,939,071	21,595,069
Afiliados / # operaciones	1,729	2,714	3,996	6,580	28,809	6,309
Participación afiliados	3.9%	12.3%	17.6%	20.2%	46.0%	100.0%
Número de EPS con mayor proporción acumulada de afiliados	0	3	4	4	37	48

Fuente: Base de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

Tabla 47. Composición etarea de la población del Régimen Subsidiado – BDUA

	0 – 4 años	5 – 14 años	15 y 44 Mujeres	15 y 44 Hombres	45 – 59 años	Mayor de 59	Total general
DANE	4,295,463	8,911,110	10,406,691	10,129,199	6,170,573	4,012,998	43,926,034
Afiliados BDUA RC	1,180,231	2,834,149	3,988,193	3,604,402	2,532,448	1,738,508	15,877,932
Afiliados BDUA Régimen Subsidiado	1,099,057	3,235,824	3,449,030	2,932,259	1,916,118	1,666,001	14,298,289
Participación DANE	9.8%	20.3%	23.7%	23.1%	14.0%	9.1%	100.0%
Participación BDUA RC	7.43%	17.85%	25.12%	22.70%	15.95%	10.95%	100.00%
Participación BDUA Régimen Subsidiado	7.7%	22.6%	24.1%	20.5%	13.4%	11.7%	100.0%

Fuente: Base de compensación por periodos de servicio del 2007, con corte a noviembre de 2008. Corte junio de 2008 BDUA para Régimen Subsidiado.

Tabla 48. Población identificada viviendo con VIH-SIDA y concentración de riesgo 2005-2007

Año	Población Total	Población RC	Población Régimen Subsidiado	Población No asegurada	Total país %	Régimen Contributivo %	Régimen Subsidiado %	Población No asegurada %
2005*	20,697	12,141	4,574	3,982	0.048	0.078	0.024	0.046
2006	23,937	14,081	6,804	3,052	0.055	0.084	0.034	0.047
2007**	25,122	16,241	7,859	1,022	0.056	0.095	0.037	0.061

** Dato parcial de la población no asegurada al SGSSS
Fuente: Garavito Liz. Gasto Nacional en VIH y SIDA - Colombia. ONUSIDA, MPS, Processum. Bogotá.2008

El **Régimen subsidiado** tiene 10% más de **proporción de pacientes** VIH/SIDA en tratamiento ARV.

Cuarto y último elemento, la incertidumbre normativa puede ser definida con la constante modificación de las reglas de juego inicialmente establecidas. Dependiendo de la periodicidad, profundidad y cantidad de modificaciones los actores definen un sector como de alta o baja incertidumbre. Los efectos más negativos sobre esta condición en un sistema son: disminución de los nuevos inversionistas, reducción de la tasa de inversión en actualización tecnológica de los inversionistas actuales, relaciones de corto plazo con los proveedores y muy especifico en el aseguramiento en salud baja inversión en acciones de prevención de la enfermedad. Todo lo anterior, porque se percibe que las inversiones pueden constituirse en costos hundidos. Adicionalmente, se presentan retardos en las curvas de aprendizaje de los actores.

En el caso del Régimen Subsidiado, la reglamentación asociada es vasta y con diferentes niveles de profundidad, de allí los esfuerzos por generar actos reglamentarios que recojan todos los elementos de la operación. Si bien el objeto de esta evaluación no es establecer un índice de incertidumbre reglamentaria, es importante destacar que la percepción de los actores entrevistados la calificaron entre mediana y alta. Un ejemplo indirecto de esto, son las mediciones realizadas a la producción de actos administrativos del CNSSS[27] entre 1994 y 2006, que muestran que 30% estuvo orientado a la operatividad del Régimen Subsidiado, 47% a financiamiento y el restante 23% a cobertura, POS y UPC de un total de 349 acuerdos emitidos.

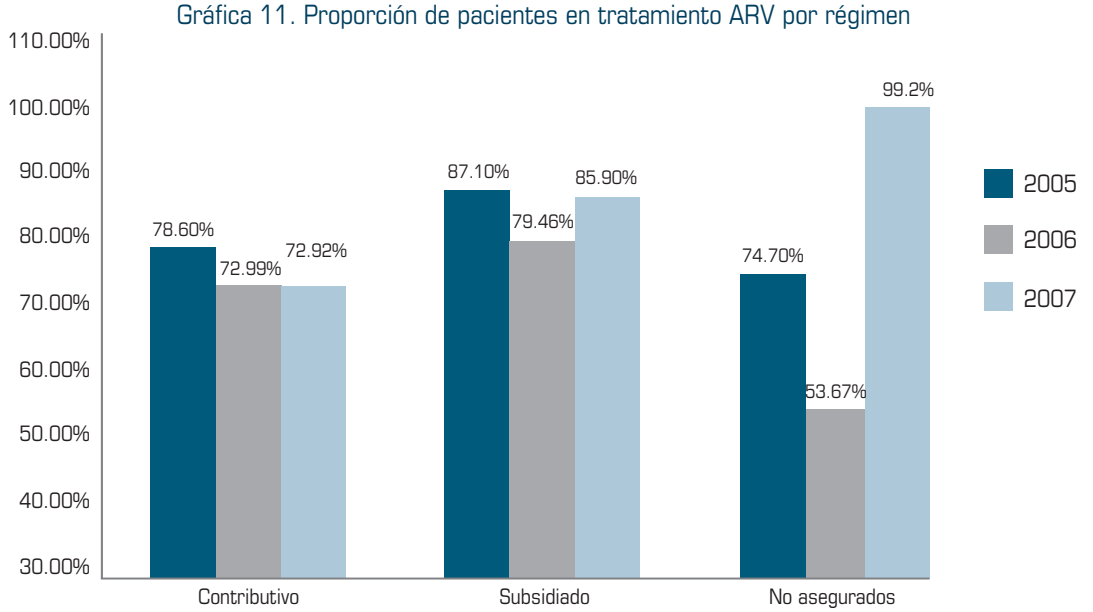
27. Restrepo Jairo Humberto, Restrepo Nataly. Experiencia regulatorio del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Simposio instituciones y procesos regulatorio en el sector salud. Asociación Colombia de Economía de la Salud. Junio 2007

Tabla 49. Concentración de riesgo del sistema Paciente Renales Crónicos por Régimen-2007

Régimen	Afiliados	Población afectada	Población afectada/afiliados %
Contributivo	17,141,333	12,173	0.071
Subsidiado	21,174,755	6,985	0.033
Total general	38,316,088	19,158	0.050

Fuente: Información reportada por prestadores de servicio de terapia de reemplazo renal al Ministerio de la Protección Social. Corte Mayo de 2008.

Gráfica 11. Proporción de pacientes en tratamiento ARV por régimen



Fuente: Garavito Liz. Gasto Nacional en VIH y SIDA –Colombia. ONUSIDA, MPS, Processum. Bogotá.2008

- **Problemática**

De acuerdo con los factores antes descritos las principales problemáticas pueden resumirse en:

Primero, los incentivos dados a las CCF si bien han estimulando una mayor participación de estas entidades, no han logrado que su gestión se ajuste a los requerimientos de la administración del riesgo. Lo que deriva en una exposición del régimen a la inestabilidad y una probabilidad de perdida financiera para estas entidades.

En el caso de las EPS de orden nacional, existe una restricción real dada desde la Ley 1122 de 2007 que le da unas ventajas competitivas frente al mercado.

Sin embargo, en los dos casos es claro que los incentivos y ventajas dadas no cuentan con medidas de corresponsabilidad que garanticen un nivel de gestión superior, a partir del cual se compensen el esfuerzo realizado por el regulador y nivele los desequilibrios con los demás competidores. Al respecto, la evidencia muestra que las CCF son el tipo EPS-S con el menor nivel de cargue en base de datos, donde las 3 EPS-S con los porcentajes más bajos de cargue son CCF, no obstante la tercera entidad con más alto cargue de en BDUA es una CCF, como se observa en las dos siguientes tablas.

El nivel de cartera con la red hospitalaria pública se encuentran ampliamente afectada por la intervención de EPS-S pública de orden nacional quien acumula el 12.6% de la cartera total del régimen subsidiado, y de esta el 28.4% es superior a 360 días, (véase anexo 3). A nivel per-capita, es decir, la relación cartera número afiliados ocupa el sexto lugar con 53,053 $/afiliado, superada por Cafam con 97,745 $/afiliado, Capresoca con 62,567 $/afiliado, Selva Salud $/afiliado con 60,940 $/afiliado y SaludVida con 55,300 $/afiliado.

Segundo, existe un grupo importante de EPS-S cuya concentración de riesgo es mayor respecto al promedio del régimen fenómeno que pudo darse por una mayor percepción de calidad por parte de la Entidades Territorial y la población beneficiaria, pero que el largo plazo puede comprometer la estabilidad financiera de estas entidades.

Tercero, si bien existe un marco general reglamentario sobre la libre y leal competencia, es claro que no existen mecanismos explícitos y operativos respecto al tema, lo que puede explicarse por la dificultad que alberga lo vasto y complejo de las relaciones del sector salud o por el desconocimiento generalizado del impacto en el bienestar de los agentes y equilibro del sistema. Complementario, es importante destacar que en el marco general reglamentario existente, no se incluyen las Entidades Territoriales de Salud ni las relaciones que se dan con estas, las cuales pueden ejercer o ser sujeto de posiciones dominantes y pueden practicar o sufrir selección adversa y abuso moral.

Los **incentivos** dados a las CCF si bien han **estimulando una mayor participación** de estas entidades, **no han logrado que su gestión** se ajuste a los requerimientos de la **administración del riesgo.**

Cuarto, el Régimen Subsidiado ha operado bajo incertidumbre reglamentaria factor que afecta los niveles de inversión, pero adicionalmente restringe la capacidad de adaptación de la entidades territoriales de salud, actores que cuentan con diferentes niveles de capacidad técnica (véase siguiente capítulo) para lograr apropiar las modificaciones a la operación.

6.2.6 Diferenciación del producto

Como se presentó en el marco conceptual la competencia en los mercados se incentiva en la medida en que el producto de un oferente logra diferenciarse del de los demás. Teniendo como restricción un plan de beneficios único en el Régimen Subsidiado, es claro que el margen de diferenciación se encuentra en la calidad ofrecida, que se refleja en los servicios hospitalarios y en los procesos administrativos de atención. Los primeros, establecidos por la resolutividad y el modelo de atención dispuesto con la red prestadora y los segundos en los procesos de atención al usuario.

La calidad en salud es un tema ampliamente debatido por lo complejo de la información y el rol que juegan las percepciones, factor que no necesariamente está relacionado con los resultados en salud. De allí que las recomendaciones internacionales sugieren que sea el Estado el garante de la calidad mediante la definición, medición y seguimiento de parámetros cuantificables y cualificables de la calidad y sea quien informe a la ciudadano, lo que se ve reflejado en la autorización de entidades que operan y la presentación de resultados de las mismas[28].

28. Stiglitz Joseph. Economía del sector público. 3° edición. Antoni Bosh.2000.

- **Problemática**

Los procesos de habilitación y acreditación son parte del ejercicio de garantías de calidad que da el Estado colombiano a sus ciudadanos sobre las entidades aseguradoras y prestadoras del sistema. No obstante, los resultados preliminares de la habilitación muestran entidades con grandes dificultades en su gestión (véase apartado 6.1.3 de este libro). Adicionalmente, no existen reportes oficiales de público acceso y conocimiento que le permitan a un ciudadano establecer qué entidades han logrado mejores resultados de salud, asumiendo que estos corresponden a un mayor acceso y mejor gestión.

Otra restricción en la operación del Régimen Subsidiado es la obligatoriedad de la contratación de red pública, a saber:

> *Ley 1122 de 2007. Artículo 16. Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutiva. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta por ciento (60%). Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas.....*

Teniendo como **restricción** un **plan de beneficios único** en el Régimen Subsidiado, es claro que **el margen de diferenciación** se encuentra en la calidad ofrecida.

Al respecto, puede intuirse que es una medida que limita la posibilidad de diferenciar el producto, especialmente en lo referente a los niveles básicos de complejidad, máximo si se tienen en cuenta las zonas donde la oferta pública es monopolio (véase siguiente apartado de esta publicación). De allí la importancia de la reglamentación al cumplimiento de indicadores de calidad y resultados en la prestación.

Por último, cabe destacar las posibilidades de suministrar valores agregados a la población afiliada, no relacionados con contenidos adicionales al POS-S pero si con procesos de servicio. En esto las CCF y ESS por su objeto social cuentan un mayor potencial de desarrollo.

Tabla 50. Promedio de cargue en BDUA. 2007

TIPO EPS	BDUA/Cupos		
	Promedio de %	Máximos de %	Mínimos de %
CCF	54.6%	78.3%	20.6%
EPS	64.8%	84.3%	52.1%
ESS	66.1%	76.8%	46.2%

Fuente: Base Única de Afiliación – BDUA. Ministerio de la Protección Social

Tabla 51. Cargue base BDUA por EPS

Posición	Código	EPS	No Afiliados	BDUA	%
3 más bajos	CCF027	Caja De Compensación Familiar De Nariño	92,808	19,116	20.6
	CCF033	Caja De Compensación Familiar De Sucre	71,472	23,922	33.5
	CCF103	Caja De Compensación Familiar Del Caquetá	50,028	17,515	35.0
3 más altos	CCF001	Caja De Compensación Familiar Camacol Comfamiliar	86,169	67,484	78.3
	EPS003	Cafesalud Medicina Prepagada S.A.	757,232	638,018	84.3
	EPS002	Salud Total S.A. Entidad Promotora De Salud	425,544	358,690	84.3

Fuente: Base Única de Afiliación – BDUA. Ministerio de la Protección Social

6.2.7 Complementariedad con el mercado prestador

Este factor hace referencia al grado de articulación posible entre el mercado asegurador y prestador, visto desde su concentración de mercado y capacidad instalada. Por las limitaciones en la información, el análisis se concentrará en la relación aseguradores-prestadores públicos, específicamente cuando esos operan como monopolios en servicios cuyo factor tecnológico trazador sea mesas de parto, quirófanos y camas.

Los resultados que se presentan a continuación fueron logrados en conjunto con la Dirección General de Calidad.

El ejercicio analiza la capacidad instalada reportada por los prestadores a nivel municipal y compara la capacidad pública frente a la total; si la relación es de 100% significa que el prestador público opera como un monopolio en el municipio.

El análisis se realizó sobre los 1098 municipios donde se administra directamente Régimen Subsidiado de los cuales 323 no cuentan con registro dando una base para el análisis de 775 municipios, es decir 70.7%.

La medición permite establecer que 83% de la capacidad instalada en mesas de parto y camas del país son de oferta pública y que en municipios con menos de 10,000 afiliados al Régimen Subsidiado está tiene una participación superior a 90% y 83% respectivamente, como se observa en la Tabla 52. En el caso de los quirófanos, la oferta pública tan solo es del 30% siendo especialmente representativa en municipios con un mercado que oscila entre 20,001 y 50,000 afiliados clasificado como categoría 4 y 5 (véase Tabla 52).

No existen reportes oficiales de **público acceso** y conocimiento **que le permitan a un ciudadano establecer qué entidades** han logrado mejores **resultados** de salud.

En la Tabla 53 se presenta el número de municipios que tienen déficit total en la capacidad instalada de los recursos trazadores definidos, clasificados por el tamaño de mercado del Régimen Subsidiado y la distancia a la que se encuentran de la cabecera departamental. Nótese, que 16 municipios cuentan con déficit total en los tres recursos, y que estos oscilan entre 5.000 y 50.000 mil afiliados.

Los municipios con tamaños de mercado inferiores a 5,000 afiliados no presentan déficits importantes en mesas de parto y camas. Sin embargo, las mayores limitaciones están

Tabla 52. Promedio de participación (%) de la oferta pública en la capacidad instalada

Tipo	Criterio	Mesas de parto	Quirófanos	Camas
Tamaño de mercado del Régimen Subsidiado	<=5,000	94.19	8.03	83.78
	5001<=10000	92.21	20.81	87.88
	10001<=20000	83.27	38.07	88.01
	20001<=50000	74.31	52.45	81.31
	50,001<=	49.19	38.51	58.05
Categoría municipal	E	26.50	15.76	32.77
	1	48.55	42.01	47.32
	2	48.16	32.48	48.11
	3	62.89	43.10	61.22
	4	61.33	47.57	71.84
	5	64.54	53.92	75.23
	6	87.75	28.44	87.22
Total general		83.70	30.55	83.95

Fuente: Dirección de Calidad de Servicios. Bases de Contratación Régimen Subsidiado. Ministerio de la Protección Social

en municipios con distancias superiores a las 100 km de la cabecera departamental. De otro lado, se destacan los municipios de Uribia, Tumaco y Dosqrebadas que con una población mayor a 50,000 afiliados no cuenta con mesas de parto habilitadas.

La Tabla 54 muestra el número de municipios con monopolio por parte de la oferta pública desde la dotación de recursos, vistos de manera independiente y en los siguientes conjuntos: mesas de parto con camas y, mesas de parto, camas y quirófanos.

Nótese, que 523 municipios operan como monopolio desde la oferta pública para la combinación de camas y mesas de parto, lo que corresponde a servicios de atención básica y atención de partos de bajo riesgo.

Para el caso de la combinación de los tres recursos, se encuentran 164 municipios donde la mayor proporción corresponde a mercados que oscilan entren 5001 y 50,000 afiliados y, clasificados como categoría 6.

Lo anterior, visto de manera georreferencial se presenta en el Diagrama 15.

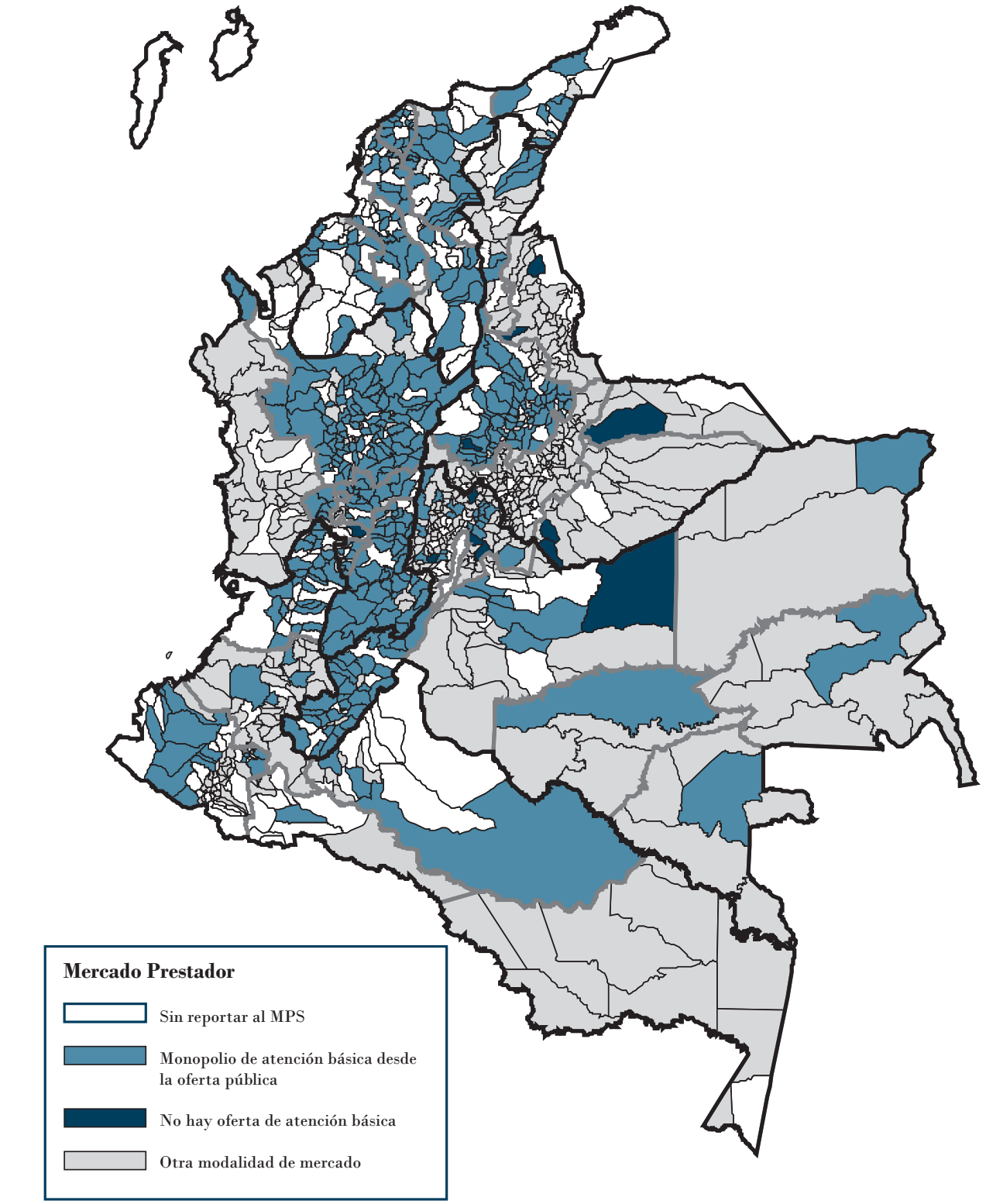
Las distancias municipales de la combinación de los municipios con oferta pública monopólica en la combinación "mesas de parto-camas" muestran que 51% de estos se encuentran a menos de 100 km de distancia de la capital departamental. Quedando un 16% con una distancia superior a 200 km, lo que haría suponer que estos 82 pueden considerarse como monopolios desde la oferta pública en atenciones básicas y distantes geográficamente.

Tabla 53. Déficit total de capacidad instalada. 2007

Tipo	Criterio	Menor a 20 Km	Entre 21 y 100 Km	Entre 101 y 200 Km	Mayor a 200Km	Total municipios con déficit	Participación en total %
Tres recursos	5001<=10000	2	1	1	1	5	1.37
	10001<=20000	1	3	1	2	7	2.58
	20001<=50000	2		2		4	2.63
	Total general	5	4	4	3	16	1.46
Mesas Parto	<=5,000	1	2	3		6	2.38
	5001<=10000	3	4	6	4	17	4.66
	10001<=20000	3	10	2	9	24	8.86
	20001<=50000	4	3	3	2	12	7.89
	50,001<=	1		1	1	3	5.17
	Total	12	19	15	16	62	5.65
Quirófanos	<=5,000	1	41	43	18	103	40.87
	5001<=10000	7	97	65	34	203	55.62
	10001<=20000	15	62	30	20	127	46.86
	20001<=50000	9	21	11	9	50	32.89
	50,001<=	1	3	2	1	7	12.07
	Total	33	224	151	82	490	44.63
Camas	<=5,000	1	4	9	3	17	6.75
	5001<=10000	4	11	9	4	28	7.67
	10001<=20000	1	9	3	3	16	5.90
	20001<=50000	3		3		6	3.95
	50,001<=						
	Total	9	24	24	10	67	6.10

Fuente: Dirección de Calidad de Servicios. Bases de Contratación Régimen Subsidiado. Ministerio de la Protección Social

Diagrama 15. Distribución de municipios Según Mercado Prestador



Fuente: Mapa de Colombia DANE. Módulo geográfico SISPRO.

Tabla 54. Número de municipios con 100% de oferta pública en los recursos tecnológicos trazadores

Tipo	Criterio	Mesas de parto	Quirófanos	Camas	Dos recursos sin quirófanos	Tres recursos
Tamaño de mercado del Régimen Subsidiado	<=5,000	105	9	92	87	8
	5001<=10000	234	53	219	207	50
	10001<=20000	165	75	170	154	62
	20001<=50000	77	53	80	72	41
	50,001<=	4	4	5	3	3
Categoría municipal	E	0	0	0	1	0
	1	2	3	1	3	1
	2	3	2	3	2	2
	3	2	0	2	5	0
	4	7	6	7	14	4
	5	15	12	17	498	11
	6	556	171	536	1	146
Total general		585	194	566	523	164

Fuente: Dirección de Calidad de Servicios. Bases de Contratación Régimen Subsidiado. Ministerio de la Protección Social

Tabla 55. Distancia a capital departamental de municipios con 100% de oferta publica

Tipo	Criterio	Menor a 20 Km	Entre 21 y 100 Km	Entre 101 y 200 Km	Mayor a 200 Km	Total dos recursos sin quirófanos
Tamaño de mercado del Régimen Subsidiado	<=5,000	1	40	32	14	87
	5001<=10000	3	102	71	31	207
	10001<=20000	11	71	46	26	154
	20001<=50000	8	28	25	11	72
	50,001<=	2	1			3
Categoría municipal	E					
	1	1				1
	2	3				3
	3		2			2
	4	1	4			5
	5	3	8	3		14
	6	17	228	171	82	498
Total general		25	242	174	82	523

Fuente: Dirección de Calidad de Servicios. Bases de Contratación Régimen Subsidiado. Ministerio de la Protección Social.

Como se presentó en el apartado 6.1.4 de este libro, 98% de los municipios que operan el Régimen Subsidiado cuentan con estructuras de mercado monopólicas desde el aseguramiento. En el mercado prestador, por el alcance de esta evaluación se buscó identificar únicamente los monopolios fuertes. Lo que implica que para realizar una adecuada correspondencia entre los dos mercados se debe comparar el mismo tipo monopolio. Así, se seleccionaron sólo los mercados cuyo índice HH se encontrará por arriba de 5000.

Con fundamento en lo anterior, se obtiene que 280 municipios operan en situación de monopolio bilateral[29]. De los cuales 162 se encuentran a una distancia mayor de 100 km de la capital departamental, lo que probablemente implica una gran dependencia de la red municipal.

- **Problemática**

Lo anterior muestra dos factores fundamentales a considerar respecto a la articulación de los mercados y los elementos a regular en la gestión del asegurador y en la relación EPS-IPS:

- Existen municipios con desabastecimiento en la capacidad instalada de recursos trazadores para la atención de la baja y mediana complejidad de servicios.
- La atención básica en más del 50% de los municipios del país opera como monopolio desde la oferta pública, condición que puede afectar la negociación y relación entre ESP-S e IPS.
- El 36% de los municipios del país opera como monopolio bilateral lo que afecta las negociaciones

29. Situación en que existe un mercado monopolista desde la compra como desde la oferta.

98% de los **municipios** que operan el Régimen Subsidiado **cuentan con estructuras de mercado monopólicas** desde el **aseguramiento**.

6.3 Operación regional del Régimen Subsidiado

El objetivo de la operación regional es garantizar una mayor estabilidad financiera y capacidad resolutiva de las EPS-S y de la capacidad de vigilancia y control de las mismas por parte del Sistema, ante las condiciones de alta dispersión geográfica y las desbalanceadas condiciones de oferta y demanda entre aseguradores, afiliados y prestadores, en algunas regiones apartadas del país.

Tabla 56. Correspondencia entre el mercado asegurador y prestador

Tipo	Criterio	Menor a 20 Km	Entre 21 y 100 Km	Entre 101 y 200 Km	Mayor a 200Km	Total
Tamaño de mercado del Régimen Subsidiado	<=5,000	1	32	27	14	74
	5001<=10000	1	50	53	21	125
	10001<=20000	3	27	17	13	60
	20001<=50000	1	3	9	8	21
	50,001<=					
Categoría municipal	E					
	1					
	2	1				1
	3		1			1
	4		2			2
	5		3	2		5
	6	5	106	104	56	271
Total general		6	112	106	56	280

Fuente: Dirección de Calidad de Servicios. Bases de Contratación Régimen Subsidiado. Ministerio de la Protección Social.

Los actos administrativos que la reglamentan son los que se relacionan en la tabla 57.

A partir de lo anterior, las características generales de la operación regional pueden resumirse en:

- Los municipios sólo podrán contratar con las EPS autorizadas para la región donde se encuentran.
- Regiones de operación: 5 con un potencial de 3 millones de afiliados -año 2005-
- Número de EPS: Máximo 15 por región.
- Número de municipios: las EPS ofertarán como mínimo en un 20% de los municipios de la región o del departamento si están en un solo.
- Selección de EPS: Proceso por concurso con vigencia de 4 años. La selección prevista en el presente acuerdo tendrá una vigencia a partir del 1° de octubre del 2005 hasta el 31 de marzo de 2008. Plantea nuevos criterios que se deben incorporar para los nuevos procesos de autorización.
- Las EPS-S podrán participar en tres de las cinco regiones.

Los principales indicadores de resultado de la implementación de la operación regional se presentan a continuación:

El primer efecto a destacar es el incremento en el número de EPS-S a nivel nacional de 44 en el 2004 a 55 en el 2005. Este crecimiento, no implica ni la permanencia de los mismos ni la inclusión de nuevos. Se presentaron ocho retiros de EPS-S que operaban en el 2004[30], de las cuales, cuatro son disoluciones de uniones temporales de las CCF. Doce reinserciones de

30. Estas sumaban 1.565.627 afiliados, es decir, 10% de los afiliados totales del país.

Tabla 57. Actos administrativos que reglamentan la operación regional del Régimen Subsidiado

Actos administrativos	Descripción
Ley 812 de 2003	Contemplaba la implementación de la operación regional en el Régimen Subsidiado de salud como una medida que posibilita la operación eficiente del aseguramiento y una adecuada prestación de servicios a los afiliados.
Acuerdo 244 de 2003	Define la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado. Reguló la operación regional, la cual fue modificada a través del Acuerdo 294.
Acuerdo 294 de 2005	Establece las condiciones de operación regional del Régimen Subsidiado, modifica las acciones contempladas en el capítulo IV del Acuerdo 244
Acuerdo 297, 298, 300 y 301, 346 Resolución 3734 Circular 0069	Aclaran las condiciones de operación regional.
Ley 1151 de 2007	Dimensiones regional. Se busca realizar una reducción de las inequidades regionales y un mayor impacto de las políticas públicas. Los documentos de sustentación del Plan Nacional de Desarrollo presentan al sector salud como uno gran potencial de aplicación en operacionales regionales.

Tabla 58. Dispersión geográfica. 1998 - 2007

Año	Número EPS-S	Promedio de Municipios %	Promedio de Departamento %	Promedio de Zonas %
1998	239	13.01	1.75	1.21
1999	240	14.20	1.83	1.23
2000	240	14.79	1.91	1.26
2001	122	34.66	3.41	1.64
2002	57	55.39	4.79	2.04
2003	45	66.71	5.98	2.33
2004	44	73.11	6.84	2.59
2005	55	68.07	5.95	2.18
2006	49	67.59	5.90	2.16
2007	48	71.35	5.67	2.10

Fuente: Base de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

CCF, es decir, instituciones que habían participado en contrataciones anteriores a la del 2004, o que habían participado en uniones temporales ya disueltas para esta nueva contratación. Finalmente, 3 nuevos ingresos también de CCF.

Segundo, la dispersión geográfica si bien muestra una reducción en los años 2005 y 2006 respecto al número de municipios, departamentos y zonas promedio en que participan las EPS-S, esta diferencia no es significativa estadísticamente y por otro lado en 2007 comenzó a revertirse.

De otro lado, las pérdidas de operaciones que sufrieron las EPS-S, en general no fueron cuantiosas (véase anexo 4), lo que indica que los aseguradores dentro de su racionalidad habían conformado distribuciones cercanas a las de las regiones dispuestas en este modelo.

Tercero, se esperaba un máximo de 15 ARS por región. Este fue superado en todos los casos, como se observa en la Tabla 59. Por otro lado, se sugería que las EPS-S deberían participar como mínimo en un 20% de los municipios de la región, medida que como se puede notar, en promedio en ninguna región se cumple.

Cuarto, la conformación de las regiones obedece a un criterio político-administrativo y no a la dinámica natural de los mercados, la cual se da a partir de una importante diversidad de factores dentro de los que se encuentran las distancias a puntos de abastecimiento de diferentes insumos, el mercado de aseguramiento no es ajeno a este fenómeno, por la movilidad de la demanda, la localización de los prestadores y la posibilidad de aprovisionamiento de otros insumos es crucial para el logro de una mayor eficiencia. Diversos estudios desarrollados en el país[31] han formulado a partir del análisis de estas dinámicas y de la jerquización de municipios, zonas nodales que responderían de forma eficiente a las exigencias de los agentes en el mercado y cabe destacar que estas zonas no corresponden a la división político administrativa del país. Sin embargo, resultan comprensibles las dificultades que implica superar este tipo de divisiones, caso similar se dio en el proceso de regionalización de los servicios de salud de Canada[32].

La dispersión geográfica muestra una **reducción** en los años 2005 y 2006 **respecto al número de municipios, departamentos y zonas promedio** en que participan las EPS-S.

Así, la estrategia central de la regionalización en el Régimen Subsidiado era lograr una mayor concentración en la operación de las EPS-S y a partir de esta, una especialización por territorios que permitiera lograr *"mayor estabilidad financiera y capacidad resolutiva de las ARS y la capacidad de vigilancia y control de las mismas por parte del Sistema"*. No obstante, dadas las condiciones de contratación municipal, los tamaños mínimos de pool para permanecer en el sistema entre otros, los indicadores de su implementación no muestran diferencias significativas en la concentración.

31. Alfonso Oscar A. Ciudad y región en Colombia, nueve ensayos de análisis socioeconómico y espacial. Universidad Externado de Colombia. 2001.

32. Gregory P. Marchildon. Regionalization and Health Services. Conference Paper Health Services Restructuring: New Evidence and New Directions. Queen's University.

Tabla 59. Participación promedio por región - 2007

Zona	Número de municipios	Número de municipios mínimos a operar	Capacidad de afiliación	Número ARS	Promedio de participación por municipio
Centroriental	197	39	4,127,676	19	28
Noroccidental	258	51	4,748,369	23	33
Nororiental	301	60	3,844,306	24	35
Norte	167	33	4,959,383	22	32
Sur	178	35	3,927,078	15	39
Total	1,101	220	21,606,812	103	33

Fuente: Base de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

Lo anterior da elementos para afirmar que no se obtuvieron efectos importantes sobre la capacidad resolutiva de las EPS-S. Finalmente, el problema de la administración del riesgo financiero se supera con un tamaño de pool adecuado y la adopción de medidas de seguimiento y conocimiento de la población, lo primero ya existía, los otros requieren de una planeación de mediano y largo plazo, elemento que se puede ver afectado por los cambios regulatorios. Lo cual, visto desde una perspectiva de principal agente, agudiza los problemas del agente dado que éste, ante la incertidumbre manifiesta por el principal, minimizará las inversiones con el fin de no incurrir en costos hundidos.

Pero quizá el elemento más desprotegido dentro de este modelo es la capacidad de vigilancia y control del Sistema, ya que la operación regional no incorpora elementos significativos de esta función como son un menor número de contratos. Por el contrario, ahora es necesario verificar un nuevo número de requisitos, que como se ha observado a lo largo de este capítulo no se encuentran en cumplimiento.

6.4 Alternativa de intervención

Lo anterior, muestra que el Régimen Subsidiado opera con mecanismos muy fuertes que delimitan el mercado y lo conducen a una estructura no competitiva. Algunos de estos factores son susceptibles de modificación, otros por el contrario, vienen desde el marco jurídico y se convierten en restricciones reales para el mercado. De este conjunto, la contratación de las EPS-S como una competencia del municipio es el factor de mayor relevancia, por cuanto lleva el mercado a nivel municipal en un sistema que es nacional, donde más de 50% de los mercados municipales no tienen factibilidad de ser competitivos, facilitando el ejercicio de posiciones dominantes e incrementando los costos de transacción para todos los agentes que participan en el régimen. La reglamentación relacionada es:

> *Ley 100 de 1993. Artículo 174. Sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel territorial. … ….. Las direcciones de salud en los entes territoriales organizarán, de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley, el sistema de subsidios a la población más pobre y vulnerable realizando contratos para la atención de los afiliados de salud con las entidades promotoras de salud que funcionen en su territorio.*
>
> *Artículo 215. Administración del Régimen Subsidiado. Las direcciones locales, Distritales o Departamentales de salud suscribirán contratos de administración del subsidio con las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto…..*
>
> *Ley 715 de 2001. Artículo 44. Competencias de los municipios. …….*
>
> *…… 44.2.3. Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventoría.*
>
> *Ley 1122 de 2007. Artículo 13. Flujo y Protección de los recursos. ……. a. El gasto de los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación causada y se girará, a las entidades territoriales por trimestre anticipada, previo cumplimiento de la radicación de los contratos, la acreditación de cuentas maestras y el envío y cruce de la base de datos de los afiliados, sin que sean exigibles otros requisitos….*

El Régimen Subsidiado opera con mecanismos muy fuertes que **delimitan el mercado y lo conducen a una estructura no competitiva.**

Es claro que la eficiencia del régimen se incrementaría de manera importante llevando la unidad de mercado del municipio a la región o al país. No obstante la propuesta de intervención se ciñe a las restricciones jurídicas existentes; por lo que el propósito de ésta es incorporar elementos transversales en la operación del régimen que promuevan la competencia. Al tiempo, intervenir las unidades de mercado municipales, clasificándolos en dos tipos, mercado con opción de ser competitivos y mercados monopólicos; en los segundos, el objetivo es dar la regulación e instrumentos necesarios para anticipar el ejercicio de posiciones dominantes -esto porque en el Estado colombiano el monopolio no es prohibitivo, pero si el ejercicio de la posición dominante- con el propósito de disminuir las pérdidas de bienestar de los agentes con miras a garantizar un mayor nivel de acceso de la población.

Así, la estructura de mercado propuesta cuenta con dos ejes (véase diagrama 16); el primero recoge las condiciones generales de mercado para el régimen como sistema, lo que incluye: condiciones de ingreso, de permanencia y salida de los aseguradores, diferenciación de producto por calidad y condiciones competitivas. El segundo eje, establece las condiciones para los mercados municipales, dividiéndoles en dos tipos: Tipo I, mercados con potencial de competencia y Tipo II, mercado con operación monopólica; lo que implica aceptar la condición de imposibilidad de competitividad del mercado.

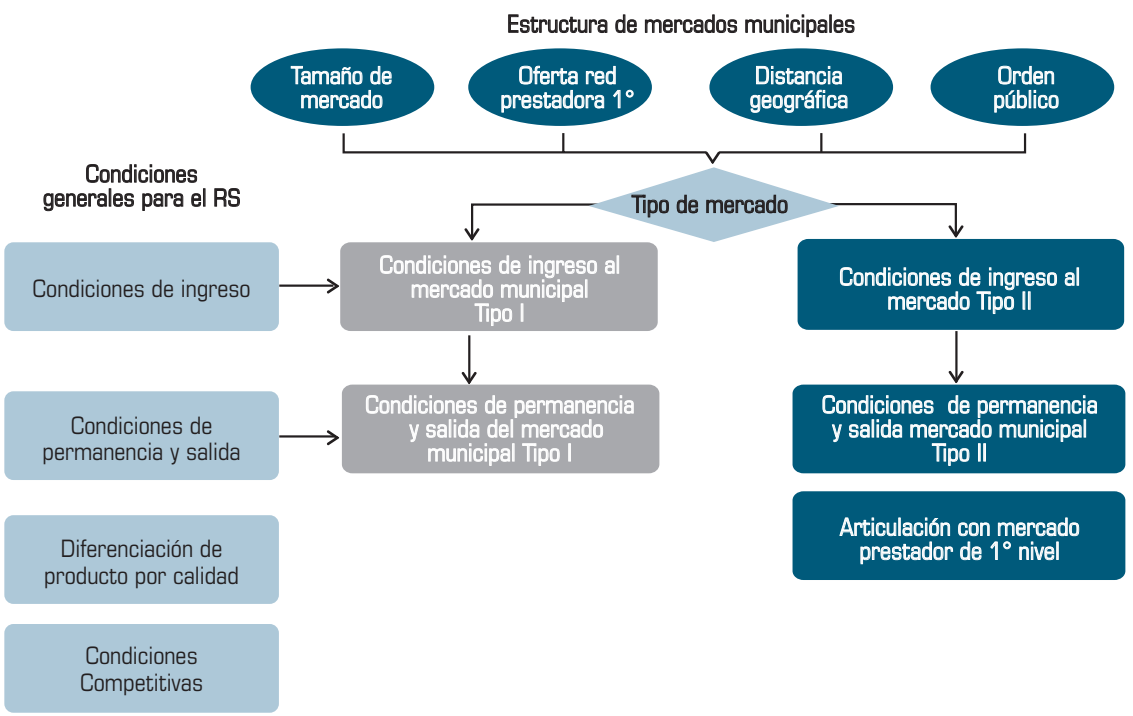
- **Condiciones generales**

Fundamentado en las problemáticas ya presentadas para cada elemento de la estructura de mercado, se propone incorporar los siguientes elementos con el fin de incentivar la competencia entre las EPS-S.

- **Condiciones de ingreso:** La evaluación estableció como principales problemáticas las barreras de acceso fijadas desde la operación regional a nuevos participantes y la redundancia de la figura de los cupos departamentales.
  Sobre el particular, se recomienda fijar criterios en la autorización regional que contemplen nuevos actores del sistema, teniendo en cuenta: entidades recién constituidas y EPS del contributivo que deseen ingresar al mercado del subsidiado. Se recomienda utilizar para estos casos la autorización de funcionamiento y la habilitación, fijando un tiempo donde deberán entrar en concurso como las demás EPS-S. Eliminar la figura de los cupos y fortalecer los criterios de permanencia en habilitación financiera y reservas técnicas.
- **Condiciones de permanencia y salida.** Al respecto se señalaron tres problemáticas pero corresponden a este eje tan sólo dos: i) en los criterios de permanencia y salida de las EPS-S no se consideran los resultados en salud y los posibles abusos sobre el consumidor. ii) Los efectos en costos de transacción por el gran número de operaciones y contratos en que incurren las EPS-S. Respecto a los cuales se sugiere, primero dar paso a la reglamentación del artículo 2 de la Ley 1122 de 2007. Teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

La eficiencia del régimen se incrementaría de manera importante **llevando la unidad de mercado del municipio a la región o al país.**

Diagrama 16. Propuesta de estructura de mercado para el Régimen Subsidiado



- Alcance de las EPS-S frente al POS-S y la administración del riesgo en salud. Esto implica considerar las acciones de prevención primaria, atenciones realizadas y acciones de prevención secundaria con miras a evitar severidad de la enfermedad. Así como incorporar los siguientes factores que modelan el acceso: dispersión geográfica, culturales y vulnerabilidad entre otros.
- Articulación de dicho alcance frente a los planes de salud pública y metas nacionales de salud incluidas las metas del milenio.
- Definición de indicadores correspondientes, considerando las diferencias existentes entre: atenciones provistas, manejo de la enfermedad y los resultados de salud obtenidos.
- Dado que la habilitación hace un énfasis importante sobre los criterios financieros y procesales, se recomienda incorporar como indicadores adicionales de gestión: la población plenamente identificada en BDUA –de acuerdo con las recomendaciones de modificación señaladas en el capítulo 8 de esta publicación-.
- Definición de canales únicos, es decir, ya existe un importante conjunto de indicadores que se solicitan a las EPS-S, es necesario establecer qué implicaciones se tienen sobre estos.
- Definición de los niveles de medición y reporte: nación, región, municipio y otros.
- Formulación de mecanismos de información bidireccionales, donde la información sea de público acceso y la entidad territorial cuente con elementos de comparación.
- Gradualidad de la implantación de acuerdo con la robustez de los indicadores y los requerimientos de capacidad instalada para todas las partes.
- El mecanismo de evaluación sancionatorio debe ser claro y explícito frente al no reporte de información.

Como se presentó en el apartado 6.2 la factibilidad de una operación regional implica la modificación del actual marco jurídico, a pesar de ser una figura deseable para la operación del régimen. Por lo que se recomienda reorientar su figura, especializando los aseguradores en las problemáticas de las de las regiones donde operan y sobre estas evaluar los resultados. Así, complementario al procedimiento anterior las mediciones sobre las EPS-S no se realizarían sobre agregados nacionales, sino regionales y municipales de acuerdo con el ámbito del indicador, estos

Es conveniente **formular un código de protección** al consumidor **basado en los abusos más denunciados.**

últimos incorporados en la minuta del contrato como se presenta más adelante.

En concordancia, el criterio de evaluación para establecer su permanencia en la región se daría sobre los resultados regionales y su permanencia en el mercado municipal en la combinación de indicadores régimen municipio.

Adicionalmente, es conveniente formular un código de protección al consumidor basado en los abusos más denunciados.

De otra parte, es claro que por la necesidad de diluir el riesgo, el pool mínimo de operación es un requisito necesario para garantizar el equilibro de los aseguradores y minimizar los riesgos del Sistema. Sin embargo, se espera que implementado la división de mercados y la modificación al contrato se logre una reducción importante en el costo de transacción asociado. Se prevé una reducción de 25% en el número de contratos.

- **Diferenciación del producto.** La problemática se centró en las limitaciones que marca la obligatoriedad de contratación con la red pública. A lo que se recomienda reglamentar en toda su extensión el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007, incluyendo lo referente a indicadores de calidad y resultados en la prestación. Factor que debe redundar en la operación de los dos tipos mercado y que se presenta con mayor detalle más adelante.
- **Condiciones competitivas.** Las problemáticas identificas destacan en cada elemento analizado: primero, que existen beneficios otorgados a las CCF y EPS públicas nacionales no correspondientes con los resultados obtenidos por estas entidades. Por lo que se sugiere:
  - Incrementar y/o hacer exigible el pool mínimo para las CCF.
  - Establecer indicadores de seguimiento sobre las poblaciones especiales que se consideran en la operación del Régimen Subsidiado –ejemplo: niños del ICBF, desmovilizados, desplazados, indígenas-, a partir de los cuales sea posible suspender nuevas afiliación e incluso dar traslados a la población.

Segundo, se identificaron diferencias en la concentración del riesgo no compensadas, que puede afectar el equilibro financiero de las entidades. Por lo que es necesario definir un mecanismo para tal fin.

Garantía de competencia respecto a prácticas anticompetitivas de los agentes, abuso moral y selección adversa. Formular mecanismos específicos de respuesta al amplio espectro de posibles prácticas anticompetitivas de manera conjunta entre el Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia de Salud y la Superintendencia de Industria y Comercio.

Incertidumbre normativa, si bien la evolución normativa es un proceso necesario e inevitable que contribuye a lograr los objetivos del Sistema, es claro que la ausencia o deficiencia en el seguimiento a las metas de los objetivos del Sistema y a la gestión de los actores, obliga al regulador a tomar medidas correctivas expos que involucran mayores modificaciones y ajustes. Se espera que con la reglamentación del artículo 2 de la Ley 1122 de 2007 esta debilidad se subsane y se articule con las acciones de la Superintendencia de Salud en un ejercicio conjunto con el Ministerio de la Protección Social.

- **Estructura de mercados municipales**

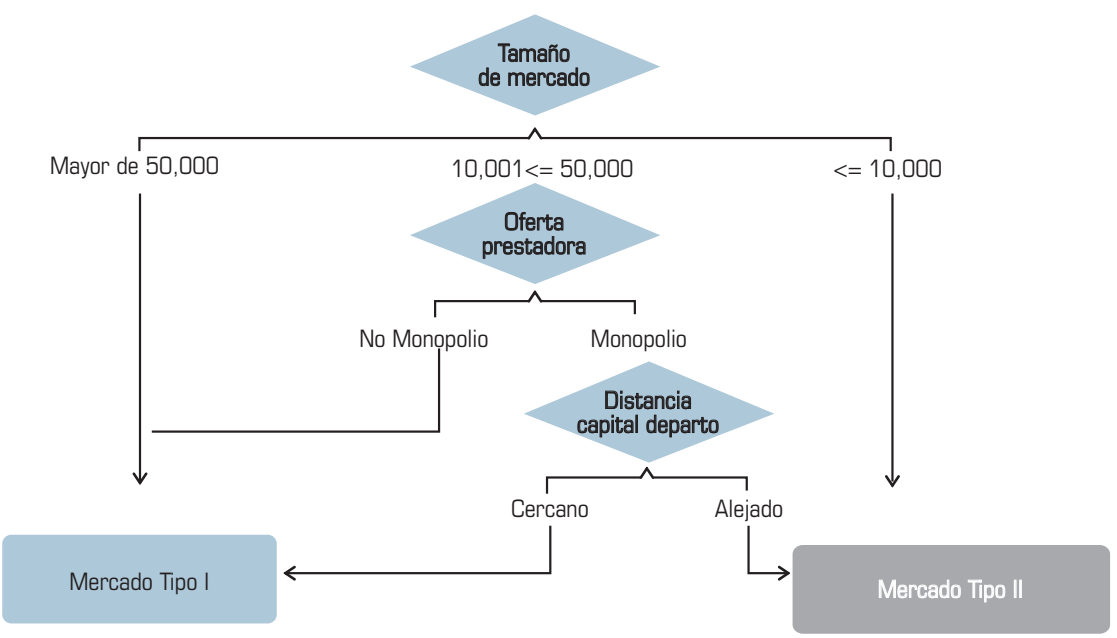
El procedimiento propuesto para clasificar los municipios por tipo se presenta en el siguiente diagrama. Como se observa, el primer criterio es el tamaño de mercado, el cual se ha divido en tres grupos: mercados con una capacidad de afiliación mayor a 20,000 cupos, que son considerados directamente como Tipo I, mercados con tamaños menores a 10,000 cupos son asignados Tipo II, para el caso de los mercados con tamaños que oscilan entre 10,001 y 50,000 cupos se examinan como criterios adicionales: i) la estructura de mercado prestadora de 1° nivel de atención y ii) la distancia de la capital departamental.

Existen **beneficios otorgados a** las CCF y EPS públicas nacionales **no correspondientes con los resultados obtenidos** por estas entidades.

En caso que el municipio cuente con una oferta prestadora no monopólica, esté será considerado como Tipo I. En el caso contrario se evalúa: si la distancia de la capital departamental[33] es cercana –menor a 100 km- se considera tipo I porque el asegurador cuenta con alternativas para sustituir la red prestadora en caso de la posible presencia de posiciones dominantes. En caso contrario, el municipio es clasificado como tipo II, ya que el asegurador, si bien

33. Se toma como referente la capital departamental por la mayor concentración de red prestadora de alta complejidad, así como la articulación de servicios No POS.

Diagrama 17. Selección de mercados



puede alcanzar algún grado de economía de escala no existe equilibro con su principal mercado proveedor.

Es importante señalar la posibilidad de uniones municipales para generar mayores tamaños de mercado haciendo uso del artículo 26 de la Ley 1176 de 2007.

De acuerdo con la clasificación sugerida se tendría un total de 370 municipios en mercado Tipo I agregando cerca de 16 millones de afiliados. Los restantes 731, es decir 66% de los municipios del país, agregan 5.6 millones de afiliados, que representan 26% de la capacidad de afiliación total del régimen. La distribución geográfica se presenta en el siguiente mapa.

Las principales características de operación de cada tipo mercado se presentan en la Tabla 61.

Tabla 60. Número de municipios clasificados por tipo de mercado

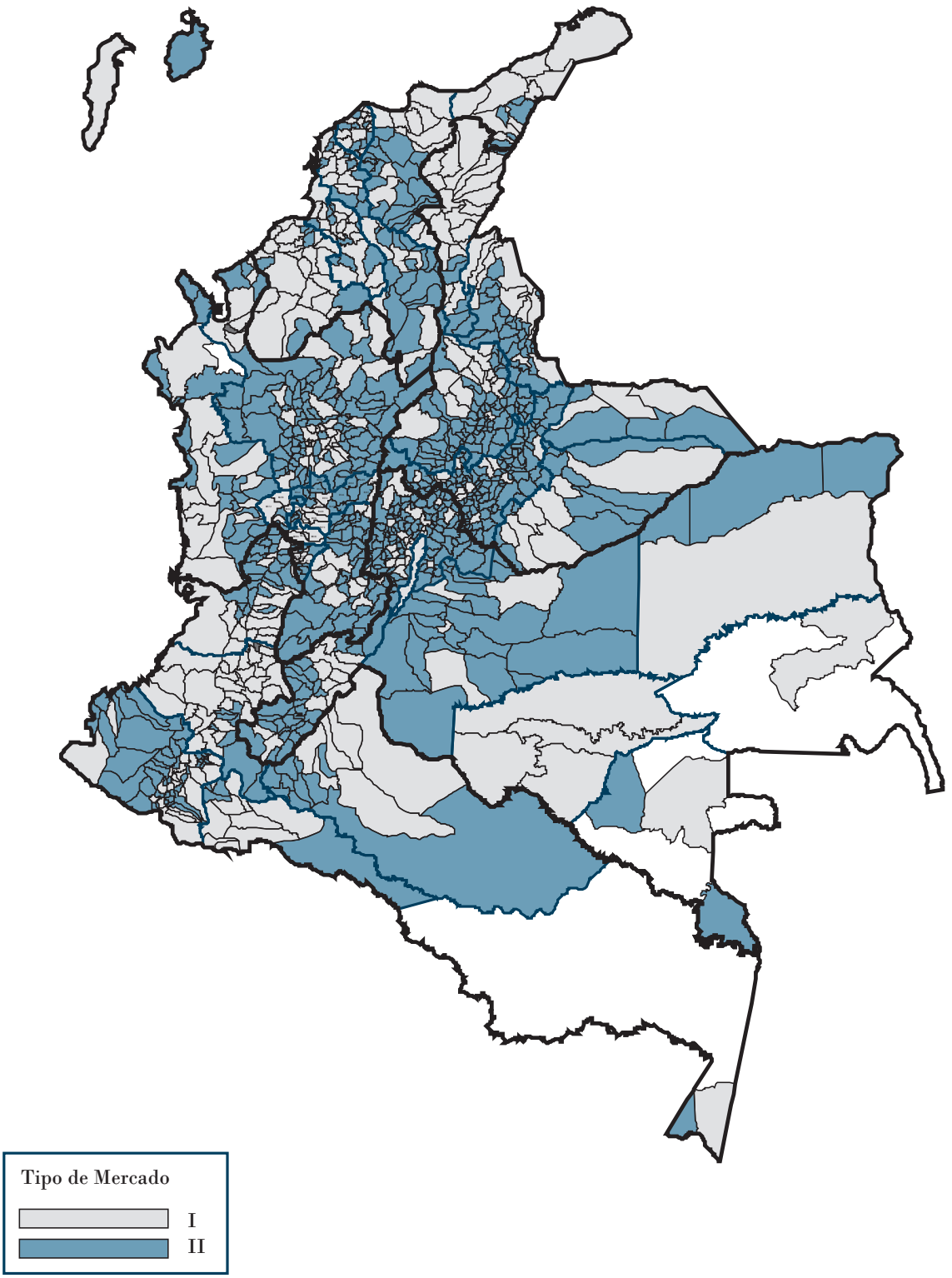
Tamaño de mercado	Tipo I	Tipo II	Total general
<=5,000		253	253
5001<=10000		365	365
10001<=20000	197	75	272
20001<=50000	115	38	153
50,001<=	58		58
Total municipios	370	731	1,101
Cupos Totales	15,970,505	5,636,307	21,606,812

Fuente: Base de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

Tabla 61. Características propuestas para la operación de los mercados municipales

Estructura de mercado	Mercado tipo I	Mercado tipo II
Condiciones de ingreso	Estos mercados pueden contratar un número irrestricto de EPS-S.	Para mercados municipales con tamaños inferiores a 10,000 afiliados se podrán contratar como máximo 2 EPS-S. Mercados municipales con tamaños superiores a los 10,000 e inferiores a 50,000 se podrá contratar como máximo 3 EPS-S. Para la selección de estas entidades en su implantación inicial se recomienda seleccionar la EPS de mayor participación.
Condiciones de permanencia y salida	Se prohíben operaciones con participaciones superiores a 35%, esto como medida para incentivar una mayor competencia. La minuta de contrato incorpora reportes de administración del POSS, expresadas en un conjunto de indicadores de seguimiento a la administración del riesgo en salud de la población.	La minutas de contrato de estos municipio tiene como principales características: • Contiene metas de atención y resultados de salud esperados de acuerdo con el plan de salud pública del municipio. • Especificaciones respecto al modelo de atención de acuerdo a factores críticos como dispersión, socioculturales y ambientales. • Incorporar la nota técnica y en caso de no reporte se especifica como una causal de caducidad del contrato.
Articulación con mercado prestador de primer nivel de atención	Se abre la posibilidad establecer como criterio de insuficiencia de la red, el no reporte de información de atenciones dadas a la población, que le permita optar por otros prestadores del territorio.	Al tratarse de un monopolio bilateral se sugieren como medida de intervención la formulación de una minuta de contrato estándar en para la relación EPS-IPS. Se abre la posibilidad establecer como criterio de insuficiencia de la red él no reporte de información de atenciones dadas a la población. Que le permita optar por otros prestadores del territorio

Diagrama 18. Distribución de municipios según Tipo de Mercado



Fuente: Mapa de Colombia DANE. Modulo geográfico SISPRO

7.Capacidad de respuesta de la Entidad Territorial Municipal

El objetivo de este capítulo, es presentar las problemáticas asociadas a la capacidad institucional de las direcciones territoriales municipales y distritales de salud frente a la operación del Régimen Subsidiado. A partir de las cuales, se formula una alternativa de intervención cuyo objetivo es incrementar la eficiencia de la operación del régimen.

Es importante resaltar que el estudio se concentra en la gestión de las Entidades Territoriales municipales y distritales porque éstas desarrollan procesos críticos en la operación del régimen, que afectan directamente el acceso de la población. No se consideran dentro del alcance de este análisis, las EPS-S e IPS, dado que existen procesos específicos, que en principio, evalúan su capacidad de operación -Habilitación y Acreditación-. Así mismo, no se considera la gestión de los departamentos, por no cumplir funciones directamente asociadas al acceso poblacional al Régimen Subsidiado.

7.1 Las entidades territoriales de salud en la operación del Régimen Subsidiado

El rol que desempeñan las entidades territoriales municipales y distritales de salud en la operación del Régimen Subsidiado, se establece a partir de las funciones fijadas en las Leyes 100 de 1993 y 715 de 2001, como se presenta en los siguientes artículos:

> *Ley 100 de 1993. Artículo 174. Sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel territorial..... El Sistema General de Seguridad Social en Salud que crea esta Ley amplía la órbita de competencia de los sistemas de dirección en salud de los departamentos, distritos y municipios para garantizar la función social del Estado en la adecuada prestación y ampliación de coberturas de los servicios de salud, Las direcciones de salud en los entes territoriales organizarán, de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley, el sistema de subsidios a la población más pobre y vulnerable realizando contratos para la atención de los afiliados de salud con las entidades promotoras de salud que funcionen en su territorio y promoviendo la creación de empresas solidarias de salud; así mismo, apoyarán la creación de entidades públicas promotoras de salud y la transformación, de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley, de los hospitales en instituciones prestadoras de servicios con capacidad de ofrecer servicios a las diferentes entidades promotoras de salud.....*

> ***Ley 100 de 1993. Artículo 176.*** *De las funciones de la Dirección Seccional, Distrital y Municipal del Sistema de Salud. Las direcciones seccionales, distrital y municipal de salud, además de las funciones previstas en las Leyes 10 de 1990 y 60 de 1993 tendrán las siguientes funciones.....3. Administrar los recursos del subsidio para la población más pobre y vulnerable en los términos previstos en la presente Ley, con los controles previstos en el numeral 7 del artículo 153.*

> ***Ley 715 de 2001. Artículo 44. Competencias de los municipios.*** *Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:*

Corresponde a los **municipios dirigir y coordinar el sector salud** y el Sistema General de Seguridad Social en Salud **en el ámbito de su jurisdicción.**

44.1. De dirección del sector en el ámbito municipal:

44.1.1. Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental.

44.1.2. Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del municipio, y administrar los recursos del Fondo Local de Salud.

44.1.3. Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.

44.1.4. Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.

44.1.5. Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.

44.1.6. Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad social en salud para su inclusión en los planes y programas departamentales y nacionales.

44.2. ***De aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud***

44.2.1. Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.

44.2.2. Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.

44.2.3. Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.

44.2.4. Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes.

44.3. De Salud Pública…..

A partir de lo anterior, es decir de sus responsabilidades y competencias, la entidad territorial participa y es actor clave en los siguientes procesos de la operación del Régimen Subsidiado –véase Diagrama 19-.

- **Identificación de potenciales beneficiarios:** para lo cual se focaliza la población mediante la aplicación de la encuesta SISBEN y la implementación de unos criterios de priorización –véase capítulo 4-, lo que permite asignar los subsidios a la población más pobre y vulnerable del municipio.
- **Afiliación:** consiste en realizar la incorporación al aseguramiento en salud de los potenciales beneficiarios priorizados. Para esto la Entidad Territorial debe asegurar a la población su derecho a la libre y voluntaria escogencia de EPS-S.
- **Contratación:** implica la suscripción de los contratos de aseguramiento con las EPS-S, dar seguimiento al cumplimiento de las condiciones del contrato mediante el subproceso de interventoría y liquidar los mismos –véase capitulo 5-.
- **Gestión de la información:** como se presenta en el diagrama este es un proceso transversal a los demás que adelanta la Entidad Territorial e implica:
  - Garantizar la consolidación de la información de la población potencialmente beneficiaria.
  - Tener una base de datos debidamente depurada de la población beneficiaria del régimen.
  - Mantener actualizada la base de población beneficiaria con las novedades en su condición de afiliación.
  - Evitar las duplicidades de afiliados al Régimen subsidiado en su jurisdicción.
- **Gestión financiera:** como en el caso anterior, la gestión financiera es un proceso transversal a los demás y su desarrollo está ligado al flujo de información. Al respecto, las entidades territoriales tienen como responsabilidad garantizar el adecuado y oportuno manejo de cada una de las fuentes de recursos que financia el subsidio a la demanda en salud, desde su origen hasta su pago y aplicación para garantizar el acceso efectivo de la población beneficiaria.

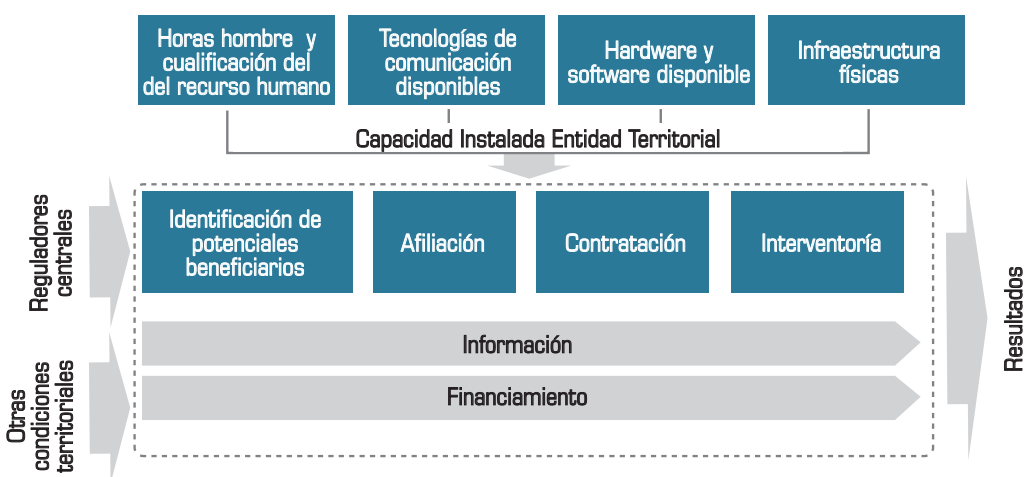
El desarrollo de estos procesos le exige a la Entidad Territorial la disposición de un conjunto de recursos humanos, tecnológicos y físicos que le permitan contar con una capacidad instalada suficiente para adelantar los procesos dispuestos desde el regulador central para tal fin, el tamaño de su poblacional y otras especificidades de su territorio.

7.2 La descentralización de salud

Desde 1974 se dieron intentos descentralizadores, pero sólo hasta finales de los 80 se logró dar inicio al proceso de descentralización del Estado y, en especial de algunos sectores sociales, como educación, servicios públicos y salud, con el objeto de mejorar su eficiencia y efectividad, así como la calidad y la cobertura en la provisión de servicios.

La descentralización se da en tres niveles: i) La política, que confiere a los territorios el control de sus propias decisiones mediante la elección popular de alcaldes y gobernadores y, estimula la participación y control ciudadano a través de distintos mecanismos. ii) La fiscal, que fortalece las finanzas municipales por transferencia de recursos

Diagrama 19. Componentes de la gestión de las entidades territoriales en la operación del Régimen Subsidiado



La **descentralización del sector salud** se da en tres niveles: **político, fiscal y administrativo.**

nacionales establecida en la Constitución de 1991. iii) La administrativa, mediante la transferencia de responsabilidades ó competencias que antes eran asumidas por entes nacionales ó departamentales.

La descentralización del sector salud inicia en 1990 con la Ley 10, donde se modificaron las competencias relacionadas con los servicios personales de salud en diferentes aspectos de planeación, financiación, administración, prestación de servicios y se responsabilizó al municipio del primer nivel de atención, y a los departamentos del segundo y tercer nivel. Para su implantación el Ministerio de Salud estableció un proceso de "certificación" mediante el cual los departamentos y municipios deben cumplir una serie de requisitos básicos que abordan aspectos políticos, administrativos y técnicos, para que asuman el manejo local de la salud[34].

Posterior, surge la Ley 60 de 1993 que amplía las competencias y recursos de los municipios sujetándolas a las normas técnicas de carácter nacional. La Ley 100 de 1993 que crea el Sistema General de Seguridad Social que mantiene el espíritu de la descentralización administrativa como reza:

> *Ley 100. Artículo 153. Fundamentos del Servicio Público.... 6. Descentralización administrativa. La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Las instituciones públicas del orden nacional que participen del sistema adoptarán una estructura organizacional, de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezca su operación descentralizada.*

La expedición de la Ley 715 de 2001 especifica aún más el marco de inversión de los entes territoriales y enfatiza sobre las competencias y funciones que deben ejercer estos actores, así mismo, revalida la certificación de municipios, como se presenta en el parágrafo del articulo 44

> *Parágrafo. Los municipios certificados a 31 de julio de 2001 que hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán continuar haciéndolo, si cumplen con la reglamentación que se establezca dentro del año siguiente a la expedición de la presente ley. Ningún municipio podrá asumir directamente nuevos servicios de salud ni ampliar los existentes y están obligados a articularse a la red departamental.*

A lo anterior, el Ministerio de la Protección Social expidió el Decreto 3003 de 2005, en virtud del cual cada año expide una metodología que permite evaluar de manera integral la capacidad de gestión del municipio. Cabe destacar que esta metodología recoge elementos incluso de la gestión del Régimen Subsidiado, no obstante ante un resultado insatisfactorio de la evaluación, el municipio no podrá continuar asumiendo la competencia de la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y en consecuencia, será el respectivo departamento quien asuma la responsabilidad de gestionar y administrar los recursos para la atención en salud de esa población, no se consideran acciones frente a la operación subsidiado a pesar que esta implica un mayor nivel de exigencia en su desarrollo, esto quizá por ser un legado de la Ley 10 de 1990.

Como se observa en la siguiente gráfica, el número de municipios descentralizados ha sido decreciente, lo que está influenciado porque una vez el municipio perdía su certificación no podía recuperarla, situación que modifica la Ley 1176 de 2007.

34. **Ley 10 de 1990. Artículo 37**. Requisitos para la transferencia de recursos. Para efectuar el giro de los recursos correspondientes al situado fiscal para salud, se requiere que los Municipios, Distritos y demás entidades territoriales, de que trata el artículo 182 de la Constitución Política, hayan: 1) Organizado y puesto en funcionamiento la Dirección del Sistema Local o Seccional de Salud. 2) Organizado el régimen de carrera administrativa, expedido el manual de cargos, o adoptado el manual elaborado por el Ministerio de Salud, e inscrito a todos los funcionarios que tengan derecho a ingresar en la carrera administrativa. 3) Efectuadas las transformaciones institucionales indispensables para la prestación de los servicios de salud exigidos por el artículo 6° de esta Ley, y, en particular, dotando a las unidades de salud de personería jurídica y de una estructura administrativa, según el marco definido en el artículo 19 de esta Ley. 4) Celebrados los contratos para la prestación de servicios de salud, si la ejecución de los planes, programas y proyectos así lo exigen, de acuerdo con lo previsto en los artículos 23 y 24 de la presente Ley. 5) Creado y organizado el fondo previsto en el artículo 13. 5) Afiliado a sus empleados a los fondos de cesantías y a las instituciones de previsión y seguridad social. Según lo prescrito en el artículo 35.

7.3 Problemáticas

Para efectos de esta evaluación, la capacidad de respuesta será medida a través de la eficiencia técnica[35] alcanzada por las entidades. Se asumirá, que la eficiencia lograda tiene como principal determinante la capacidad instalada de la entidad, no obstante se tienen en consideración otros factores como ruralidad, dispersión geográfica y violencia. Se excluyen factores como voluntad política, corrupción, entre otros.

7.3.1 Capacidad instalada

Es importante destacar, que no existe un registro nacional de información estándar que permita dar cuenta de la capacidad instalada de los municipios, por lo que no se formularon indicadores al respecto. No obstante, se retomaron los resultados del proyecto *"Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las Entidades Territoriales en la gestión del Régimen Subsidiado"* adelantado en el 2005 por el Programa de Apoyo a la Reforma "PARS" del Ministerio de la Protección Social, el cual sirve de ilustración con las condiciones de capacidad instalada de estas entidades.

Los resultados que a continuación se presentan corresponden a la región sur del país y hacen parte de un auto diagnóstico municipal centrado en los siguientes tres ejes de estudio, sobre los cuales se realizó una caracterización y un análisis de brechas:

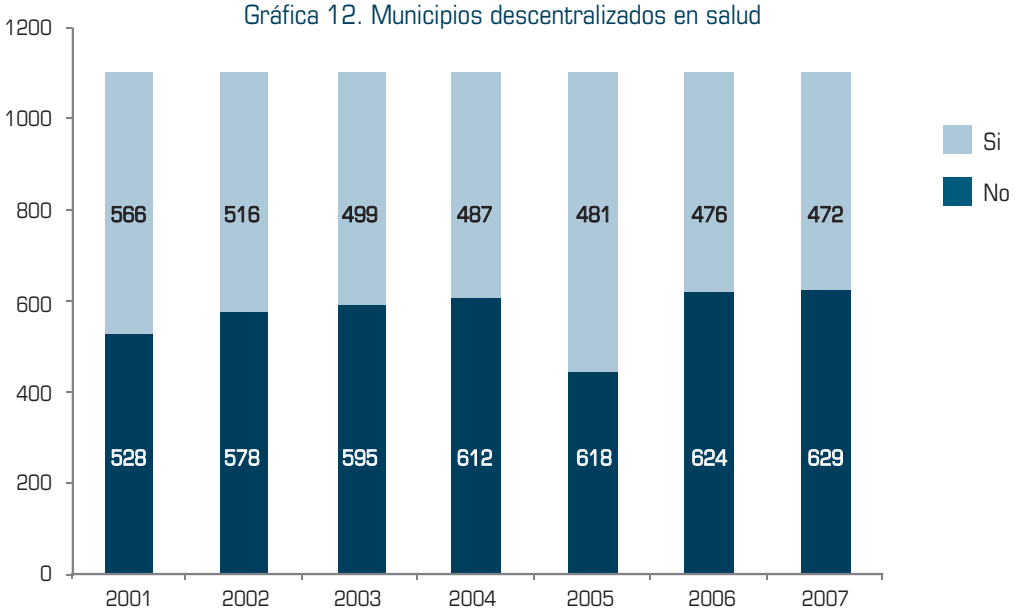
- **Estructura organizacional:** caracteriza la estructura orgánica y recursos disponibles por la dirección local o municipal de salud para la gestión del Régimen Subsidiado.
- **Gestión de los procesos municipales del Régimen Subsidiado en salud:** evidencia el desarrollo o no de actividades determinadas por la normatividad vigente, y califica el grado de estandarización y formalización en el municipio.
- **Competencias laborales de los servidores públicos del Régimen Subsidiado en salud:** tanto en sus componentes de conocimientos, como en el de habilidades y destrezas requeridas para la gestión del Régimen Subsidiado.

Sobre el primero, el estudio evidencia que existen diferencias sustanciales respecto de las estructuras organizacionales de las entidades territoriales de salud y los recursos con los que operan, por lo que no es posible establecer una tendencia. El estudio muestra que existen entidades territoriales con unidades especificas designadas al aseguramiento, donde sus funcionarios tienen periodos de rotación bajos y otras por el contrario adolecen de unidades funcionales específicas y o tienen tiempos de rotación muy altos.

Respecto a los recursos tecnológicos, se destacan las capitales departamentales con dotaciones específicas de

35. La eficiencia técnica, es la relación entre los resultados obtenidos (ganancias, objetivos cumplidos, productos, etc.) y los recursos utilizados (horas-hombre, capital invertido, materias primas, etc.).

Gráfica 12. Municipios descentralizados en salud



Fuente: Estadística descentralización en salud, aplicación Decreto 3003 de 2005- Ministerio de la Protección Social

Existen **diferencias sustanciales respecto de las estructuras organizacionales** de las entidades territoriales de salud y los recursos con los que operan.

teléfono, fax, conexión a internet y equipos de cómputo específicos para adelantar los procesos del Régimen Subsidiado. Por el contrario, los municipios clasificados como centros locales o subregionales, al momento de la evaluación, no presentan dotaciones adecuada en comunicaciones y especialmente en la conexión a internet; bien sea porque ni la alcaldía contaba con una o porque no existía una conexión específica para la dirección de salud. Sobre el particular la Red de Conectividad mostraba que en el año 2005, 523 alcaldías contaban con conexión a internet. De acuerdo con su plan de implementación en el 2007 todas las alcaldías del país deben contar con una. No obstante, es probable que las dificultades de las direcciones de salud continúen, ya que las estadísticas de consultas FTP de los municipio han pasado de 235 en 2006 a 323 en el 2007 y 245 en lo corrido del 2008.

Segundo, la gestión de procesos de los municipios intervenidos presenta las siguientes brechas –véase tabla 62-, como se observa la identificación de potenciales beneficiarios es el proceso con las mayores deficiencias en gestión respecto de los criterios estándar fijados en la evaluación. Sobre el mismo, se destaca que presenta los rangos de brechas más importantes, es decir, en este proceso la brecha mínima y máxima son las más altas respecto de los demás procesos. Por el gran impacto que tiene este proceso en el goce efectivo de los derechos del ciudadano –véase desarrollo en el capítulo 4 – resulta muy significativo que sea el de menor desempeño por parte de las entidades.

Las mayores dificultades de la identificación de los potenciales beneficiarios, está en el desarrollo de los subprocesos de integración y depuración de bases de datos y, en la actualización de bases de potenciales beneficiarios, subprocesos que a su vez son los que presentan las mayores brechas en su gestión, como se observa en la siguiente tabla. Nótese como las brechas superiores a 40% y el rango máximo es de 75% y 100% respectivamente. Los análisis permiten establecer que las dificultades de estos subprocesos se explican por una precaria estructura organizacional –deficiencia en la disponibilidad de equipos, conectividad y recursos humano competente asignado al subproceso- las limitaciones ya mencionadas en el proceso de contratación y el flujo de información definido, el cual se analiza con detalle en el siguiente capítulo.

De otro lado, se encuentra el subproceso de seguimiento e interventoría de contratos como el segundo de mayor brecha, 41% promedio y un rango que va desde 0% a 94%. No obstante como ya mencionó en el capítulo 5, en la actualidad se está implementación una nueva normativa sobre interventoria a los contratos, por lo que no se profundizará al respecto.

Tercero, el estudio evaluó las competencias laborales[36] de los funcionarios que realizan los procesos del Régimen Subsidiado, como en el caso de la estructura organizacional los resultados fueron diversos y se presentaron dificultades para poder adelantar las evaluaciones por la disponibilidad e interés de los funcionarios. Sin embargo, sobre los conocimientos de los funcionarios es posible consolidar estadísticas de tendencia central, las cuales arrojan los siguientes resultados.

Como se observa en la Tabla 64 tres ejes de conocimiento fueron evaluados, donde ninguno alcanza un promedio de 70%; el primero, que agrega el marco conceptual y de referencia del Régimen Subsidiado obtuvo la calificación más baja con un 54%, situación preocupante porque

36. Competencia laboral: conjunto de habilidades, destrezas y conocimientos con los que cuenta una persona para desempeñar una función.

Tabla 62. Brechas iniciales de procesos. 2005

Municipio	Identificación de potenciales beneficiarios %	Afiliación %	Contratación %	Financiero %	Total %
Promedio	43.16	39.29	37.56	29.54	36.21
Mínimo	20.00	12.50	19.40	9.71	20.90
Máximo	82.40	80.50	70.60	62.35	74.00

Fuente: Retomado de "Evaluaciones del Fortalecimiento de la Gestión del Régimen Subsidiado en las Entidades territoriales zona suroccidente". Documento técnico 1305-06 Cendex PUJ. Acosta Naydu, Agreda Rafael y otros.

no existe claridad sobre los objetivos del régimen y los principios que los sustentan así como los fundamentos y alances del aseguramiento.

El segundo se concentra sobre el conocimiento de los procedimientos dispuestos en los procesos del Régimen Subsidiado, este eje obtuvo la calificación promedio más alta y los mejores rangos de calificación. No obstante el resultado continúa siendo regular, lo que por supuesto impacta en la gestión de los procesos.

Por último, están los fundamentos administrativos y de gestión pública, los cuales presentan un resultado bajo, situación preocupante dado que una fracción importante de la operación supone conocimientos integrales de estos aspectos.

Complementario a lo anterior, se realizó una revisión de estudios adelantados sobre la capacidad institucional

Tabla 63. Brechas iniciales de sub-procesos. 2005

Subprocesos Régimen Subsidiado	Promedio %	Mínimo %	Máximo %
Integración y depuración de base de datos	41.2	10.00	75.00
Seguimiento e interventoria de contratos	41.1	0.00	94.55
Actualización de bases de potenciales beneficiarios	40.3	0.00	100.00
Rendición de cuentas y evaluación	38.8	6.00	100.00
Selección e inscripción de ARS	37.2	0.00	95.00
Elaboración de listado de priorizados	35.8	0.00	76.00
Conformación de base de datos para contratación	33.1	0.00	80.00
Suscripción y legalización de contratos	31.0	7.00	58.06
Liquidación de contratos	29.8	0.00	70.00
Autorización de pagos	29.8	4.00	60.00
Realización de la libre elección	29.6	0.00	82.00
Planeación de la gestión financiera del Régimen Subsidiado	27.6	2.00	67.00
Manejo de novedades	27.5	0.00	73.00
Planeación y promoción de la libre elección	27.2	0.00	88.00
Administración del fondo local de salud.	24.2	0.00	51.43
Reemplazos e inclusiones	24.0	0.00	100.00
Administración de tesorería.	21.9	0.00	74.00
Administración del presupuesto municipal de gastos	21.5	0.00	48.57
Excepciones de afiliación	17.5	0.00	74.29
Administración del presupuesto municipal de ingresos	15.3	0.00	60.00
Traslados	4.3	0.00	25.00

Fuente: Retomado de "Evaluaciones del Fortalecimiento de la Gestión del Régimen Subsidiado en Salud en las Entidades territoriales zona suroccidente". Documento técnico 1305-06 Cendex PUJ. Ramirez Naydu, Agreda Rafael y otros.

Tabla 64. Conocimientos del Régimen

Conocimientos	Promedio ponderado %	Mínimo %	Máximo %
Marco conceptual y de referencia del Régimen Subsidiado	54.1	34.0	80.0
Gestión de procesos del Régimen Subsidiado	69.0	54.0	89.0
Fundamentos administrativos y de gestión pública	62.5	48.0	70.0

Fuente: Retomado de "Evaluaciones del Fortalecimiento de la Gestión del Régimen Subsidiado en Salud en las Entidades territoriales zona suroccidente". Documento técnico 1305-06. Cendex PUJ. Ramirez Naydu, Agreda Rafael y otros.

y descentralización[37], los cuales arrojan las siguientes conclusiones:

- El desarrollo institucional[38] municipal –para los 91 municipios objeto de estudio de los departamentos de Antioquia, Caldas y Risaralda- del sector salud no está acorde con su categoría socio-económica; tampoco los municipios tienen un desarrollo integral de los diferentes aspectos de su capacidad institucional. Algunos municipios pequeños y con bajo nivel socioeconómico presentan desarrollos similares y aún mejores que municipios de mayor nivel socioeconómico.
- En relación con los recursos humanos, 81,3% de los municipios tienen director local de salud, pero 40,5% de ellos no tienen cualificación profesional apropiada para llevar a cabo las funciones que les compete. Los municipios también carecen de personal con formación en epidemiología y sistemas de información en salud.
- Se encontró poca diferencia entre categorías de municipios en el nivel de desarrollo de los procesos de planeación, así como moderada calidad del Sistema de Información en Salud, calificada según criterios de confiabilidad, oportunidad, claridad, disponibilidad y precisión. El estudio concluye que el sistema de información tiene un rol esencial en el avance de la descentralización del sector salud y la falta de un sistema de información de buena calidad limita la capacidad de gestión.
- A pesar de que 86,9% de los municipios ha implementado procesos de auditoría financiera, el sistema de vigilancia y control del sector salud es muy débil y las organizaciones encargadas de realizar estas actividades fueron calificadas como no efectivas.

37. Molina Gloria, Montoya Nilton Montoya y otros. Descentralización del sector salud en Colombia: análisis de 91 municipios REVISTA FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Universidad de Antioquia. 2006.
38. El desarrollo institucional implica la creación y fortalecimiento de la capacidad de las instituciones para generar, asignar y utilizar eficiente y efectivamente los recursos.

El sistema de **vigilancia y control** del **sector salud es muy débil** y las organizaciones encargadas de realizar **estas actividades fueron calificadas como no efectivas.**

7.3.2 Eficiencia técnica

De acuerdo con las funciones actuales de las entidades territoriales puede establecerse como su principal objetivo la afiliación efectiva de la población más pobre y vulnerable de su territorial al aseguramiento. Frente a lo cual, la medida global de la gestión de la Entidad Territorial es la tasa de afiliación efectiva de la población:

$$\text{Tasa de afiliación efectiva} = \frac{\text{Afiliados registrados en BDUA}}{\text{Capacidad de afiliación del municipio al Régimen Subsidiado}}$$

Respecto al indicador, el nivel de afiliación efectiva del régimen al cierre del 2007 es de 66% en el agregado nacional, lo que implica que cerca de un 34% de la población, es decir más de 7 millones de personas, no han logrado ser afiliadas y gozar de los beneficios del subsidio a pesar de que existe la capacidad afiliación.

La Tabla 65 muestra el número de municipios de acuerdo con el rango de afiliación efectiva que logran. Nótese que 657 municipios del país -cerca de 60%- tienen un nivel por abajo de 80% y que tan sólo 11.7% de los municipios logra tasas superiores a 90%.

En la Tabla 66 se presentan las tasas de afiliación efectiva logradas por tipo de municipio y tamaño de mercado. Como se observa, la relación es inversa entre la categoría municipal y la tasa de afiliación lograda. Es decir los municipios tipo 6 obtienen las tasas más altas y los de categoría especial las

Tabla 65. Afiliación efectiva de la población. 2007

Rango de afiliación efectiva	>=49%	50% - 59%	60% - 69%	70% - 79%	80% - 89%	90% >=	Total general
Número de municipios	112	96	141	308	315	129	1,101
Participación	10.20%	8.70%	12.80%	28.00%	28.60%	11.70%	100.00%

Fuente: Base de contratación del Régimen Subsidiado- Ministerio de la Protección Social

Tabla 66. Afiliación efectiva de la población. 2007									
Tipo	Variable	Número Municipios	Agregado			Municipal			
			Capacidad de afiliación	Afiliados BDUA	Capacidad de afiliación-BDUA	Afiliación efectiva %	Promedio % BUDA	Mínimo % BUDA	Máximo % BUDA
Categoría municipal	E	4	3,821,246	2,402,993	1,418,253	62.9	59.3	50.3	72.2
	1	16	2,226,386	1,402,977	823,409	63.0	60.0	41.7	79.6
	2	17	1,934,915	1,089,462	845,453	56.3	56.3	17.6	95.7
	3	13	621,382	384,271	237,111	61.8	58.7	31.4	84.6
	4	20	857,939	461,794	396,145	53.8	58.3	11.7	83.4
	5	34	1,027,876	694,596	333,280	67.6	65.5	30.6	92.7
	6	997	11,117,068	7,859,961	3,257,107	70.7	73.1	1.4	100.0
Tamaño de mercado	<=5,000	253	843,698	640,083	203,615	75.9	75.5	1.4	100.1
	5,001<=10,000	365	2,649,046	1,978,837	670,209	74.7	74.8	10.1	106.9
	10,001<=20,000	272	3,800,492	2,650,558	1,149,934	69.7	70.1	1.8	100.1
	20,001<=50,000	153	4,374,505	2,940,661	1,433,844	67.2	67.3	2.3	92.7
	50,001<=	58	9,939,071	6,085,915	3,853,156	61.2	60.0	17.6	95.7
	Total	1,101	21,606,812	14,296,054	7,310,758	66.2	72.0	1.4	106.9

Fuente: Base Única de Afiliación. Ministerio de la Protección Social.

Tabla 67. Correlación entre afiliación efectiva y variables territoriales								
	Afiliación Efectiva	Ruralidad	Dispersión	Población DANE	Índice de tamaño funcional	NBI	Índice de desarrollo	Migración
Afiliación Efectiva	1.0000							
Ruralidad	0.2991* 0.0000	1.0000						
Dispersión	0.0319 0.2906	0.0802* 0.0079	1.0000					
Población DANE	-0.0664* 0.0278	-0.2252* 0.0000	-0.0267 0.3763	1.0000				
Índice de tamaño funcional	-0.0470 0.1304	-0.1919* 0.0000	-0.0210 0.4993	0.9906* 0.0000	1.0000			
NBI	0.0404 0.1814	0.3904* 0.0000	0.2080* 0.0000	-0.1297* 0.0000	-0.1211* 0.0001	1.0000		
Índice de desarrollo	-0.0953* 0.0016	-0.5852* 0.0000	-0.1921* 0.0000	0.1841* 0.0000	0.1724* 0.0000	-0.8828* 0.0000	1.0000	
Migración	-0.0239 0.4294	0.0057 0.8495	0.0791* 0.0088	-0.0395 0.1913	-0.0333 0.2849	0.0533 0.0774	-0.0599* 0.0473	1.0000

*Nivel de significancia de 0.005
Fuente: Cálculos propios, base única de afiliación- Ministerio de la Protección Social. Departamento Nacional de Planeación. Departamento Nacional de Estadísticas. Ministerio de Desarrollo Económico.

más bajas. Esto a pesar de las diferencias en la capacidad instalada de los municipios. Caso similar se da en el tamaño de mercado, donde se observa que en la media en que crece el mercado disminuye la tasa de afiliación.

Lo anterior, hace suponer que existen factores adicionales que afectan los resultados de eficiencia de los municipios, por lo que se consideraron factores de orden territorial de procesos y de mercado.

La Tabla 67 presenta la correlación entre el nivel de afiliación efectiva logrado por el municipio y algunas variables de orden territorial. Como se observa, las relaciones significativas se dan entre ruralidad, población DANE y el Índice de Desarrollo Municipal. De acuerdo con los signos, puede establecerse que los mejores resultados se dan en municipio pequeños con alto nivel de ruralidad y bajo nivel de desarrollo, lo que hace suponer que son municipios con baja movilidad población. No existe una correlación significativa con la dispersión geográfica y el nivel de pobreza del municipio.

Otra variable de tipo territorial considerada fue el departamento al que pertenece el municipio. Los test estadísticos muestran diferencias significativas entre los grupos, por lo que se puede afirmar que es una variable que afecta el nivel de afiliación efectiva en el municipio.

La Tabla 68 presenta, los promedios y el rango de afiliación efectiva de los municipios en el departamento y el comportamiento departamental en su agregado. Como se observa, existen diferencias notorias entre el promedio de las tasas de afiliación efectiva de los municipios por departamento y el agregado poblacional, lo que indica que el comportamiento de los municipios no es homogéneo al interior de los departamentos, hecho que se enfatiza en los rangos de afiliación municipal.

Nótese que los departamentos del Choco y La Guajira, presentan la afiliación efectiva agregada más baja de todo el país, estando por abajo de 50%. No obstante, la suma del peso diferencial tan sólo representa 9% de la población faltante por afiliación. Estos se encuentran seguidos por Atlántico, San Andrés, Córdoba, Valle del Cauca, Magdalena, Casanare cuyas tasas de afiliación son inferiores a 60%. Las dificultades identificadas en estos departamentos respecto a la afiliación efectiva están asociadas a déficits importantes en la capacidad de respuesta de las entidades territoriales municipales y débiles procesos departamentales en apoyo a los municipios.

Los departamentos del **Choco y La Guajira**, presentan la **afiliación efectiva** agregada **más baja de todo el país.**

De otro lado, se deben destacar los casos de Atlántico y Valle que suman 20% de los cupos no asignados, que sumandos con Antioquia, Bogotá, Cundinamarca, Córdoba y Santander suman acumulan 51% de los cupos disponibles. Estos departamentos tienen como elemento común su alta tasa de migración –véase apartado 4.4.2-

Se evaluó la posible relación entre el orden público y la tasa de afiliación efectiva. Como variables de orden público fueron tomadas: asesinatos de autoridades, masacres y actos terroristas, cabe mencionar que no se cuantificó el número de víctimas, sino si se presentó o no el evento, así mismo, la medida seleccionada fue el acumulado de eventos durante los años 2004 al 2007. Las siguientes tablas presentan las tasas promedio por tipo de variable. Como se observa los niveles de afiliación efectiva son más altos en los municipios que no han sufrido eventos de esta naturaleza, no obstante las pruebas estadísticas no permiten establecer que las diferencias sean significativas.

La Tabla 70 muestra la relación entre la afiliación efectiva y las variables de proceso y mercado seleccionadas. Como se observa, el número de contratos y el número de EPS-S tiene una relación significativa e inversa, es decir que a menor número de contratos y de EPS, mayor es la tasa de afiliación efectiva lograda en el municipio. El cargue de contratos presenta una correlación significativa y positiva, es decir entre mayor sea el número de contratos registrados en el aplicativo de FIDUFOSYGA mayor es la tasa de afiliación efectiva lograda. Es de destacar que el nivel de cofinanciación del FOSYGA no afecta la tasa de afiliación, a pesar de que se ha utilizado este mecanismo como incentivo para incrementar este indicador.

Un tercer grupo de variables observadas fueron las medidas administrativas tomadas sobre los municipios, la descentralización en salud y el giro directo. Como se observa en la Tabla 71, de los 68 municipios que se encuentran en giro directo 57 son no descentralizados, es decir 87%, lo que haría suponer que son más susceptibles de esta medida este tipo de municipios.

Tabla 68. Afiliación efectiva por departamentos. 2007

DEPTO	Municipios				Agregados Departamental				
	Número	Promedio afiliación efectiva %	Mínimo %	Máximo %	Cupos Totales Contratados	Afiliados BDUA	Cupos – BDUA	BDUA/ Cupos %	Peso diferencial %
Choco	30	35.8	1.4	71.1	399,492	116,253	283,239	29.1	3.9
La Guajira	15	42.6	23.5	64.8	556,825	236,914	319,911	42.5	4.4
Atlántico	23	65.3	41.7	88.0	1,087,152	571,876	515,276	52.6	7.0
San Andrés	2	58.2	54.2	62.3	26,728	14,691	12,037	55.0	0.2
Córdoba	28	57.6	13.5	87.5	867,983	498,747	369,236	57.5	5.1
Valle del Cauca	42	61.9	38.8	89.1	1,655,654	974,691	680,963	58.9	9.3
Magdalena	30	68.1	45.8	90.0	686,172	406,338	279,834	59.2	3.8
Casanare	19	64.4	32.4	80.6	247,180	147,519	99,661	59.7	1.4
Sucre	26	63.0	32.9	91.5	585,149	359,073	226,076	61.4	3.1
Cundinamarca	116	67.3	11.2	89.6	1,137,192	699,924	437,268	61.5	6.0
Cesar	25	60.8	1.8	88.7	755,215	465,356	289,859	61.6	4.0
Antioquia	125	69.7	9.8	93.0	2,575,882	1,620,361	955,521	62.9	13.1
Santander	87	78.1	44.4	92.8	1,049,692	699,744	349,948	66.7	4.8
Putumayo	13	72.9	38.3	90.9	249,974	169,502	80,472	67.8	1.1
Huila	37	80.2	17.6	93.6	724,850	491,831	233,019	67.9	3.2
Guainía	2	71.4	56.0	86.7	37,372	25,721	11,651	68.8	0.2
Vichada	4	74.1	64.7	85.6	50,445	34,941	15,504	69.3	0.2
Tolima	47	75.2	48.3	91.6	603,217	419,325	183,892	69.5	2.5
Arauca	7	69.6	54.9	89.8	171,522	120,647	50,875	70.3	0.7
Caldas	27	73.6	31.4	87.5	535,350	378,382	156,968	70.7	2.1
Bogotá	1	72.2	72.2	72.2	1,708,670	1,233,134	475,536	72.2	6.5
Cauca	41	75.5	31.4	97.1	747,884	540,907	206,977	72.3	2.8
Meta	29	79.7	48.3	106.9	367,834	271,499	96,335	73.8	1.3
Boyacá	123	76.9	55.5	91.2	873,776	655,639	218,137	75.0	3.0
Nte. Santander	40	84.2	55.5	100.1	746,921	561,425	185,496	75.2	2.5
Risaralda	14	82.8	67.9	91.6	350,034	272,103	77,931	77.7	1.1
Caquetá	16	74.9	48.0	93.8	236,013	184,603	51,410	78.2	0.7
Bolívar	45	78.3	42.9	98.8	1,176,102	932,054	244,048	79.2	3.3
Guaviare	4	82.0	73.7	96.8	74,840	62,010	12,830	82.9	0.2
Nariño	64	84.2	54.5	100.1	996,984	838,497	158,487	84.1	2.2
Amazonas	3	79.5	59.4	97.0	40,569	34,363	6,206	84.7	0.1
Quindío	12	88.5	76.7	98.8	257,666	233,281	24,385	90.5	0.3
Vaupés	4	92.7	82.4	98.1	26,473	24,703	1,770	93.3	0.0
TOTAL	1101	72.0	1.4	106.9	21,606,812	14,296,054	7,310,758	66.2	100.0

Fuente: Bases de Contratación Régimen Subsidiado. Base Única de Afiliación. Ministerio de la Protección Social.

La Tabla 72 muestra que el promedio de afiliación efectiva de los municipios descentralizados se encuentra tres puntos porcentuales por encima de los no descentralizados. La aplicación del test Kruskal-Wallis permite rechazar la hipótesis de igual de medias, por lo que es posible inferir que los municipios descentralizados cuentan con mayor capacidad de gestión en la operación del Régimen Subsidiado.

Tabla 69. Correlación entre afiliación efectiva y orden público. Acumulado de los años 2004 - 2007

Municipios	Condición	Asesinatos Autoridades	Masacres	Actos Terrorismo	Orden Público Permanente
Cantidad	Sin evento	1,025	993	717	1,082
	Con evento	76	108	384	19
Promedio de afiliación efectiva	Sin evento	72.1%	72.4%	72.6%	72.0%
	Con evento	70.6%	68.3%	70.8%	70.8%

Fuente: Observatorio derechos humanos. Presidencia de la República. Cálculos propios.

Tabla 70. Correlación entre afiliación efectiva y variables de procesos y mercado

	Afiliación Efectiva	Número de contratos	Cargue de contratos	Cofinanciación FOSYGA	Número de EPS	Índice de concentración de mercado
Afiliación Efectiva	1.0000					
Número de contratos	-0.2140* 0.0000	1.0000				
Cargue de contratos	0.1710* 0.0000	-0.0057 0.8492	1.0000			
Cofinanciación FOSYGA	-0.0443 0.1421	0.1123* 0.0002	-0.1757* 0.0000	1.0000		
Número de EPS	-0.2326* 0.0000	0.8004* 0.0000	0.0023 0.9389	0.1216* 0.0001	1.0000	
Índice de concentración de mercado	0.1720* 0.0000	-0.6231* 0.0000	-0.0138 0.6481	-0.0946* 0.0017	-0.7954* 0.0000	1.0000

*Nivel de significancia de 0.005
Fuente: Cálculos propios, base única de afiliación, bases de contratación - Ministerio de la Protección Social

Tabla 71.Municipios Descentralizados y en Giro Directo. 2007

Descentralizados	Giro Directo		Total general
	No	Si	
No	572	57	629
SI	461	11	472
Total general	1033	68	1101

Fuente: Base de Giro Directo. Ministerio de la Protección Social

Tabla 72. Registro en BDUA municipios descentralizados. 2007

Descentralizados	No. Municipios	Promedio	Mínimo	Máximo
NO	629	70.9%	1.4%	100.1%
SI	472	73.3%	1.8%	106.9%
Total general	1,101	72.0%	1.4%	106.9%

Fuente: Base Única de Afiliación. Ministerio de la Protección Social

En el caso de los municipios que se encuentran en giro directo las diferencias alcanzan a ser de 18 puntos porcentuales entre los municipios que tienen la medida y los que no. Lo que muestra un claro desincentivo por parte de la administración local en el desarrollo de sus funciones de afiliación y registro en la BDUA. El detalle del fenómeno de giro directo se presenta en el capítulo 9, donde se expone cómo la medida no contó con los incentivos suficientes para lograr mayores niveles eficiencia.

A partir de los procesos que están a cargo de la entidad territorial, es posible constituir un conjunto de indicadores de eficiencia técnica que permitan profundizar sobre la capacidad de respuesta de estas entidades, a saber:

- **La identificación de potenciales beneficiarios:** cabe señalar que los problemas estructurales y operativos del proceso fueron descritos en el capítulo 4, por lo que en este capítulo no se profundizará al respecto. Se consideran como indicadores trazadores del proceso: la oportunidad y calidad de la base SISBEN y la actualización de la base de priorizados. En la actualidad no se lleva un registro sistemático que permita adelantar una medida homogénea nacional. No obstante, se recuerda que la Tabla 63 indica que el subproceso de "Actualización de bases de potenciales beneficiarios" es el tercero de mayor brecha.
- **Afiliación:** Las problemáticas asociadas al proceso fueron presentadas en el capítulo 4. En la actualidad no existe información estadística periódica consolidada al respecto. Se sugiere como indicador critico de seguimiento la tasa de población carnetizada.
- **Contratación:** En el capítulo 5, se presenta en detalle el análisis asociado al proceso y analiza el comportamiento del cargue de contratos, indicador critico.
- **Gestión de la información:** Los indicadores sobre flujo de información de afiliados, están asociados al nivel de glosas que presenta la entidad territorial en base de datos, la calidad de la información y su oportunidad en la actualización de novedades. Este proceso será analizado con mayor detalle en el siguiente capítulo.
- **Gestión financiera:** Como en el caso del proceso de afiliación, existe muy poca información estadística que permita establecer la eficiencia técnica de la entidad territorial en el proceso, más allá de los recursos no girados por glosas en la BDUA. La evaluación integral de este proceso, se presenta en el capítulo 9.

7.4 Alternativas de intervención

Una de las principales características de la operación del Régimen Subsidiado es su homogeneidad en el territorio nacional, es decir, se asume que las entidades territoriales cuentan con una capacidad instalada acorde a las exigencias de los procesos del subsidiado y que ésta les permite adoptar las modificaciones reglamentarias. Elemento fundamental que no se asume para el manejo de los recursos destinados a la compra de servicios de la población pobre no asegurada, a pesar de que este proceso involucra menos de 5 millones de personas, menos de 1 billón de pesos, una menor carga operativa y complejidad del proceso.

Por lo anterior, se considera prioritario para el desarrollo del régimen, la incorporación de un mecanismo de evaluación de la gestión de las entidades territoriales de acuerdo con unos estándares mínimos requeridos para operar de manera eficiente el Régimen Subsidiado. Su formulación daría respuesta a lo exigido en:

> *Ley 1176 de 2007. Artículo 26. Competencias y responsabilidades diferenciadas. En el marco del actual esquema de competencias de las entidades territoriales y con el objeto de tener en cuenta la heterogeneidad de éstas, en cuanto a sus capacidades administrativas, fiscales y técnicas, los Ministerios podrán establecer, de acuerdo con las políticas y las particularidades de cada servicio, los estándares técnicos y administrativos para que cada entidad territorial pueda asumir con eficiencia las competencias que le asigne la ley, de manera diferenciada según sus capacidades. Con base en ello los Ministerios, conjuntamente con las entidades territoriales podrán realizar un análisis de las capacidades relacionadas con su sector.*

Tabla 73. Registro en BDUA municipios en Giro Directo. 2007

Giro Directo	No. Municipios	Promedio %	Mínimo %	Máximo %
NO	1,033	73.0	1.8	106.9
SI	68	55.5	1.4	98.7
Total general	1,101	72.0	1.4	106.9

Fuente: Bases estadísticas. Cálculos propios

Se considera prioritario para el desarrollo del Régimen Subsidiado, **la incorporación de un mecanismo de evaluación de la gestión de las entidades** territoriales de acuerdo con unos **estándares mínimos.**

Con base en estos estándares y en el análisis conjunto de capacidades, las entidades territoriales podrán acordar con el Ministerio la prestación en forma conjunta o asociada de aquellas funciones de los servicios a su cargo para las cuales no tengan la capacidad requerida.

***Parágrafo:** Los ministerios podrán establecer estímulos fiscales para los municipios, distritos y departamentos que se asocien y/o establezcan alianzas estratégicas para la prestación de un servicio determinado que sea de su competencia, previa evaluación del cumplimiento de metas y estándares de eficiencia, calidad y coberturas para cada sector, conforme al reglamento que expida el Gobierno Nacional.*

En la actualidad, la metodología de evaluación, aplicada por el Ministerio de la Protección Social, de la capacidad de gestión de los municipios descentralizados para la atención y manejo de los recursos para la la atención de población pobre no asegurada involucra los aspectos señalados en la Tabla 74, los cuales son ajustados cada año. Para mayor detalle véase Anexo 5.

Como se observa, la metodología aborda aspectos específicos de la operación del Régimen Subsidiado, no obstante deja por fuera:

- Oportunidad y calidad de la base de SISBEN
- Actualización de la base de priorizados
- La sostenibilidad de los recursos propios involucrados en el financiamiento del Régimen Subsidiado.
- Oportunidad en el pago a las EPS

De otro lado, no considera factores en el cargue de base de datos por concepto de migración, ni da alternativas de mejoramiento frente a brechas, que le sirvan de indicador de ajuste a la administración municipal.

Así la implementación de un sistema de evaluación puede retomar la base metodológica utilizada actualmente, incorporando los elementos anteriores, no obstante, los efectos sobre el municipio serían diferentes, ya que por la naturaleza de la asignación del subsidio la entidad territorial deberá continuar el proceso de sisbenización. Los demás procesos deberían ser asumidos por las entidades territoriales departamentales. El manejo de información no se vería afectado de acuerdo con las consideraciones presentadas en el siguiente capítulo.

Tabla 74. Criterios de evaluación de la capacidad de gestión de los municipios descentralizados para el periodo 2008

Área	Indicador
Dirección de salud. Organización de la dirección local de salud.	1.1 Desempeño de la función de dirección de acuerdo con las competencias asignadas en la ley.
	1.2 Aplicación y flujo de los recursos para el desarrollo de las competencias de aseguramiento, salud pública colectiva y prestación de servicios a la población pobre no afiliada al Régimen Subsidiado de conformidad con lo estipulado en el artículo 13, literal b, de la Ley 1122 de 2007.
	1.3 Gestión del municipio en la selección y afiliación en el aseguramiento de la población pobre
	1.4 El municipio formula y realiza seguimiento y evaluación al Plan de Salud Territorial
Prestación de servicios	2.1 El municipio ha organizado y gestionado la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda en forma articulada con la red departamental
	2.2 Ejecución de los recursos destinados a la prestación de servicios a la población pobre no afiliada al Régimen Subsidiado

8. Flujo de información en el Régimen Subsidiado

Los capítulos anteriores mostraron cómo las asimetrías y deficiencias en la gestión de información del Régimen Subsidiado determinan negativamente las siguientes problemáticas de la operación: la afiliación efectiva de la población, la transitividad entre regímenes, el oportunismo entre los agentes, la competitividad de los mercados, la ineficiencia de los actores, los problemas en la gestión presupuestal, entre otras.

Al respecto, se presentaron algunas causas asociadas a estas deficiencias en la gestión de la información por lo que en este capítulo no se retomarán. Su objetivo es analizar las condiciones previstas para la generación y flujo de información asociadas a la afiliación, sus principales deficiencias y presentar una alternativa de intervención, que permita superar las dificultades señaladas.

Como marco de referencia para el análisis se tomarán las recomendaciones presentadas por la Organización Mundial de Salud OMS a través del *"Framework and Standards for Country Health Information Systems",* el cual incluye entre sus objetivos normalizar y servir como punto de referencia para las evaluaciones de sistemas de información en salud.

Por lo anterior, la evaluación inicia con una breve reseña sobre algunas consideraciones sobre los sistemas de información y los principales componentes que se destacan en el marco de referencia seleccionado.

8.1 Consideraciones sobre los sistemas de información en salud

La información constituye el insumo básico del conocimiento que se tiene sobre un fenómeno o evento específico, de allí la importancia frente a su calidad, oportunidad y simetría para la toma de decisiones de los agentes.

En la política pública, especialmente en el desarrollo de programas sociales, la información resulta esencial para los reguladores, ya que les permite identificar problemas y necesidades, diseñar programas, asignar recursos, hacer seguimiento de los progresos y evaluar el impacto de las intervenciones. Hoy en día, los países se enfrentan a demandas sin precedentes de información fiable y oportuna del estado de salud de su población así como de la gestión y efectos de sus intervenciones; esto como consecuencia de los procesos de reforma y descentralización.

Un sistema de seguridad social, basado en el aseguramiento con operaciones de mercado, tiene como exigencias adicionales: i) frente al seguro, generar información específica que permita establecer primas y planes de beneficio, así como prevenir acciones oportunistas –selección adversa y abuso moral[39]- por parte de los agentes. ii) frente al mercado, dar las señales necesarias a los agentes para incentivar la competencia con el fin de obtener resultados sociales más eficientes, al controlar la discriminación de precios y promover la calidad.

39. Ibid 23

La información es el insumo básico del conocimiento que se tiene sobre un **fenómeno o evento específico**, de allí la **importancia frente a su calidad, oportunidad y simetría** para la toma de **decisiones**.

8.1.1 Principales problemáticas de los sistemas de información en salud

La conformación de un sistema de información en salud alberga una gran complejidad y las dificultades que los afectan son de diferente orden. A continuación se presentan las problemáticas más comunes señaladas por la OMS para los países en desarrollo:

- La irregularidad y fragmentación de los sistemas, como resultado de los servicios administrativos, económicos, jurídicos o de grupos de presión.
- El desarrollo de reformas de salud y descentralización, sin considerar las nuevas necesidades de información y de reestructuración de sistemas de información que permitan recopilar y utilizar la información para la toma de decisiones a nivel local, de distrito, provincial y nacional. Lo que a su vez, impulsa la necesidad de evaluar cuidadosamente lo que se requiere para la recolección de datos, procesamiento, análisis y difusión.
- Las reformas también implican grandes retos en el logro de la normalización y la garantía de la calidad de la información, desafíos que deben abordarse en el nivel central.
- El rápido crecimiento del sector privado en casi todos los países, tiene implicaciones normativas, reglamentarias y operacionales. Por lo anterior, resulta esencial garantizar que las entidades no estatales prestadoras de servicios de salud estén incluidos en el sistema de información sanitaria. Al mismo tiempo, que el sistema de información ofrezca una herramienta importante para garantizar la supervisión.
- Otros conductores de cambio fuera el sector de la salud son los enfoques de intervenciones multidimensionales, como parte de los esfuerzos para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio y otros objetivos de desarrollo nacional.

8.1.2 Principales determinantes en la eficiencia de un sistema de información en salud

La eficiencia de los sistemas de información en salud se mide en términos de disponibilidad de datos, la calidad y el uso. Tiene una amplia gama de posibles "factores determinantes de los resultados", dentro de los que se destacan:

- *Motivar a los recolectores de datos*. Lo anterior sigue siendo un reto, a pesar de la capacitación sobre la recolección de datos de registros y cuestionarios. Las actitudes negativas normalmente están justificadas en la percepción de que es una actividad inútil o una actividad perjudicial frente a la calidad en la atención de pacientes –esto en el caso de personal de salud-.

- *Mejorar la capacidad de uso de información.* A los conocimientos y habilidades necesarias para el procesamiento de datos, análisis, interpretación y la resolución de problemas, por lo general, no se les presta la debida atención, afectando la capacidad de uso información.
- *Percepciones, actitudes y valores de los altos directivos y otros miembros de la organización en relación con la información sanitaria.* Recolectores de datos y usuarios trabajan en entornos específicos con culturas organizacionales y se ven influidos por ellos. Las percepciones y actitudes del personal directivo superior hacia el sistema de información sanitaria tendrá una influencia determinante en el rendimiento del mismo. Por lo tanto, es crucial examinar las percepciones, actitudes y valores de los altos directivos y otros miembros de la organización en relación con la información.
- *Entorno jurídico e institucional.* La coordinación entre los diferentes organismos frente a la producción de los datos, así como el intercambio y la difusión de datos estadísticos de todos, dependerá del entorno jurídico e institucional. La eficacia del sistema de información también depende de las decisiones de los encargados de formular políticas y los donantes, y, en las estructuras del sector de la salud, de las funciones y procedimientos.
- L*a determinación de qué información es relevante* se establecerá de acuerdo con el uso que de ella hagan los diferentes actores, cuál es su fiabilidad y la oportunidad con que se requiere.

8.1.3 Componentes de un sistema de información en salud

De acuerdo con el marco de referencia seleccionado, los sistemas de información en salud cuentan con seis componentes que, a su vez, pueden subdividirse en insumos, procesos y productos, tal y como se observa en el Diagrama 20.

Los insumos recogen el conjunto de requisitos previos necesarios para que un sistema de información en salud sea plenamente funcional.

Los procesos se refieren a cómo los indicadores y las fuentes de datos son seleccionados, y cómo los datos son recaudados y administrados.

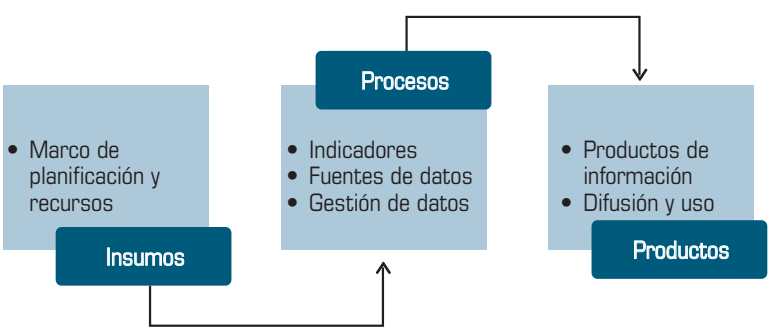
Por último, los productos incluyen las salidas del procesamiento, así como la difusión y utilización de la información.

8.2 Producción de información en la operación del Régimen Subsidiado

El Diagrama 21 presenta los actores y relaciones que intervienen en la operación del Régimen Subsidiado, dados los procesos y mecanismos actualmente operantes. Cada relación implica un flujo de información con características particulares, determinadas por los objetivos y tipo de transacciones que se llevan a cabo entre los actores. Sobre cada uno de estos, surgen los indicadores del sistema, los cuales pueden ser clasificados como de política o de eficiencia técnica del sistema. Por el alcance del análisis de este capítulo sólo nos concentraremos en los segundos.

Como se observa, el eje central de la operación está en las relaciones entidad territorial municipal, EPS, IPS y población asegurada. En estas se genera la totalidad de la información necesaria para el régimen. Los demás actores emergen como receptores o coordinadores, pero no como generadores de información primaria.

Diagrama 20. Componentes de un sistema de información en salud



Fuente: Adaptado del Framework and Standards for Country Health Information Systems. Second edition. Health metrics network. World Health Organization

A continuación se describe el objetivo de las relaciones funcionales del régimen, siguiendo la secuencia general de la operación.

En la relación entidad territorial municipal – población, los objetivos de cada actor se centran en establecer la condición de beneficiario, para lo cual se aplican los instrumentos de focalización y priorización, siendo este el punto inicial de la operación del subsidiado. Este proceso cuenta con dos relaciones funcionales de apoyo: entidad territorial departamental y DNP; los cuales pretenden consolidar la información de la población susceptible de un subsidio e identificar y corregir los problemas de calidad de la información y movilidad poblacional.

La siguiente relación funcional que surge es la de entidad territorial municipal – MPS – DNP, cuyo objetivo en esta instancia es establecer la capacidad de afiliación del municipio en el Régimen Subsidiado a partir de la necesidad de cobertura y la restricción presupuestal. Para lo anterior, los agentes centrales hacen uso de la información de población con clasificación SISBEN, afiliados y recursos disponibles.

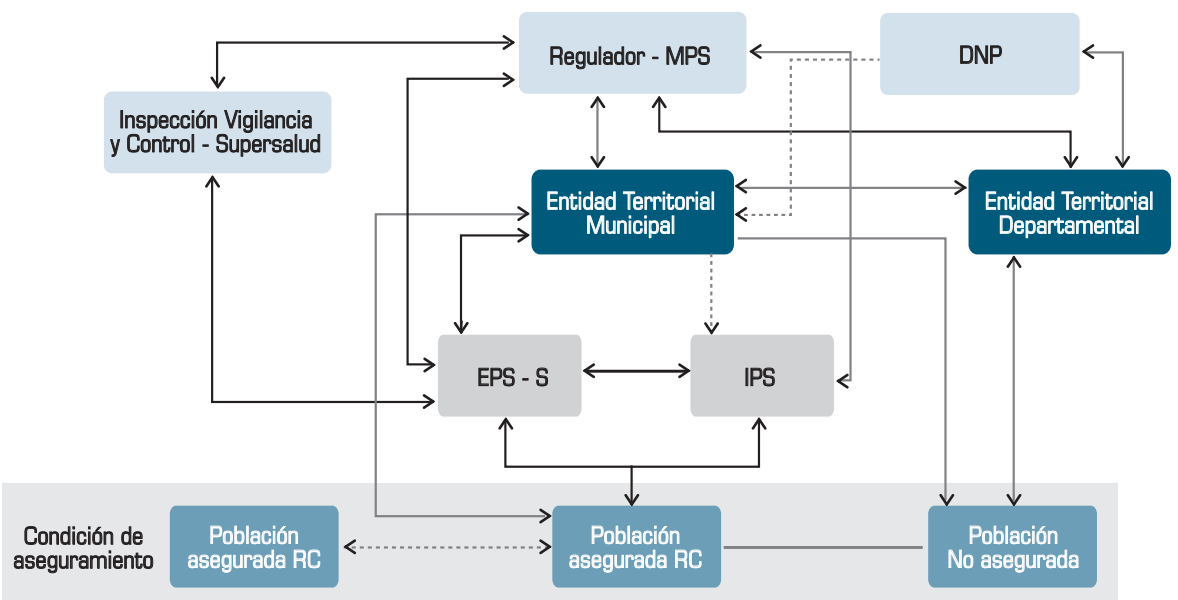
A partir de la disponibilidad de recursos, se activa nuevamente la relación entidad territorial municipal – Población - EPS, donde el objetivo es lograr una afiliación efectiva de la población potencial beneficiaria al subsidio, para lo cual se convoca a la población priorizada y se adelantan los procesos de libre de elección y suscripción de contratos que incluye la entrega de la base de datos de la población afiliada a la EPS-S. Este proceso cuenta con dos relaciones funcionales de apoyo: entidad territorial departamental y MPS –FIDUFOSYGA-; los cuales buscan consolidar la información de los contratos suscritos velando por el cumplimiento de los requisitos establecidos y activando la afiliación de la población cobijada en el contrato.

Una vez suscritos los contratos, se activan las relaciones Población – EPS-S - IPS, donde el objetivo es lograr el acceso a los servicios de salud de la población asegurada. Lo anterior, implica una relación de agencia entre la población y la EPS-S y una de mercado entre las EPS-S e IPS. Esta última se puede ver afectada por la influencia de la entidad territorial municipal agenciando los intereses de su red prestadora pública.

Sobre el desempeño de las relaciones anteriores se da la relación contractual entidad territorial municipal - EPS-S. En esta se presentan tres elementos trazadores en la operación del subsidiado: i) el reporte de la condición de afiliación de la población, el desempeño de la EPS-S con la IPS y el giro de recursos a la EPS-S.

Por último, se encuentra la relación Regulador – MPS con las EPS-S cuyos reportes de consumo de servicios y precios pagados a las IPS constituyen la información base

Diagrama 21. Relaciones funcionales en la operación del Régimen Subsidiado



para establecer el valor de la unidad pago por capitación del régimen.

Lo anterior muestra que los flujos de información en la operación del Régimen Subsidiado son abundantes, complejos, que se encuentran estrechamente interrelacionados y que, como se verá más adelante, en algunos casos son redundantes. De otro lado, la información que debería fluir en el sistema de información es de tres tipos: condición de afiliación del individuo, consumo o uso de servicios y recursos financieros ocupados. Se precisa que la información de condición de afiliación constituye el elemento de base de toda la operación por lo que la evaluación se concentrara en este aspecto.

8.2.1 Flujo de información de la condición de afiliación

A partir de lo anterior es claro que la información referente a la condición o estatus de afiliación se da a partir de tres procesos: i) focalización, ii) priorización y afiliación y, iii) la gestión del aseguramiento a través del manejo de novedades. El Diagrama 22 presenta el ciclo adelantado en cada uno de estos procesos.

- **Focalización**

Como se observa en el Diagrama 22, este proceso parte de la aplicación de la encuesta SISBEN, la cual se ha dado principalmente por demanda durante los tres últimos años, es decir, por solicitud de la población. Una vez la persona ha hecho la solicitud de que se le aplique la encuesta SISBEN la entidad territorial cuenta con un tiempo máximo de dos meses para aplicarla.

La aplicación de la encuesta SISBEN es hecha por el personal designado en la entidad territorial, por lo que el perfil y competencias de los encuestadores son heterogéneos. Una vez diligenciada la encuesta esta debe ser registrada y consolidada en la base SISBEN, para luego iniciar una fase de depuración y validación que implica el tránsito de la base municipal por el departamento hasta llegar a la nación.

Una vez las bases municipales llegan al Departamento Nacional de Planeación (DNP), éste inicia un proceso de consolidación, depuración de información por calidad, identificación de multisisbenizados e identificación de variables sintomáticas[40]. Finalizado este proceso, la base

40. Variables Sintomáticas: las que al comparar la información de dos cortes de la base del SISBEN, presentan cambios significativos, que hacen que se modifique el puntaje y el nivel y por lo tanto se requiere de una justificación o soporte para su validación. Algunos ejemplos en zona urbana son: cambios en seguridad social, estrato de energía eléctrica, zona, entre otros; en zona rural: ducha, teléfono, combustible con el que cocinan, entre otros.

La información que debería fluir en el sistema de **información es de tres tipos**: condición de **afiliación del individuo**, consumo o **uso de servicios** y **recursos financieros ocupados.**

SISBEN validada es enviada a los departamentos para que estos la envíen a los municipios y estos puedan dar inicio a la asignación de subsidios manejados en los diferentes programas sociales.

El tiempo total del ciclo de este proceso es de cuatro meses, dos de los cuales se ocupan tan sólo en la depuración y validación de la base a nivel nacional.

- **Priorización y afiliación**

El proceso de priorización parte de la base SISBEN depurada y de los listados censales entregados por los diferentes responsables de su elaboración de acuerdo con el tipo de población especial. Para la conformación de la base de priorizados la entidad territorial deberá juntarlos y aplicar los criterios de priorización definidos en la reglamentación vigente. De acuerdo con la normatividad vigente las entidades territoriales deberían enviar las bases de datos de priorizados al Ministerio de la Protección Social para validar la condición de afiliación de la población.

A partir de la base de priorizados se realizan los procesos de libre elección, que consisten en una convocatoria a la población priorizada para que se gestione su afiliación. Sobre la población que se presente al evento y se afilie se conforma la base de población afiliada que es elaborada por la EPS-S y entregada a la entidad territorial para que ésta consolide la base municipal y perfeccione el proceso de contratación ya descrito en el capítulo 5.

La base de población afiliada es enviada a las direcciones departamentales de salud que consolidan una base departamental y estas a su vez remiten dicha consolidación a la nación. El proceso en la nación busca alimentar la base única de afiliados BDUA por lo que una vez se recibe la base departamental se da paso a un proceso de validación de información, buscando que los registros que ingresen tengan unos parámetros mínimos de calidad y que no se encuentren ya registrados como afiliados.

El proceso de alistamiento de información para la priorización tarda en promedio tres meses y los ciclos de envío de población afiliada dos meses.

- **Reporte de novedades**

Las novedades de un afiliado frente a la BDUA consisten en el registro de cambios en el estatus de la población, como son: cambios en el documento de identidad, dirección, cambios de régimen cuando son reportados por la población, nacimientos y muertes, entre otros.

Así mismo, se presentan nuevos ingresos de población afiliada por concepto de reemplazo de cupos, muerte de afiliados y pérdidas de calidad de beneficiario.

Esta información es reportada por la EPS-S a la entidad territorial bimensualmente para que la entidad territorial actualice su base de datos municipal y genere nuevamente el ciclo de envío al departamento para conformar una base departamental que se envía a la nación para su validación. Como en el caso anterior, el tiempo de ciclo desde la consolidación municipal hasta la recepción nacional es como mínimo de dos meses.

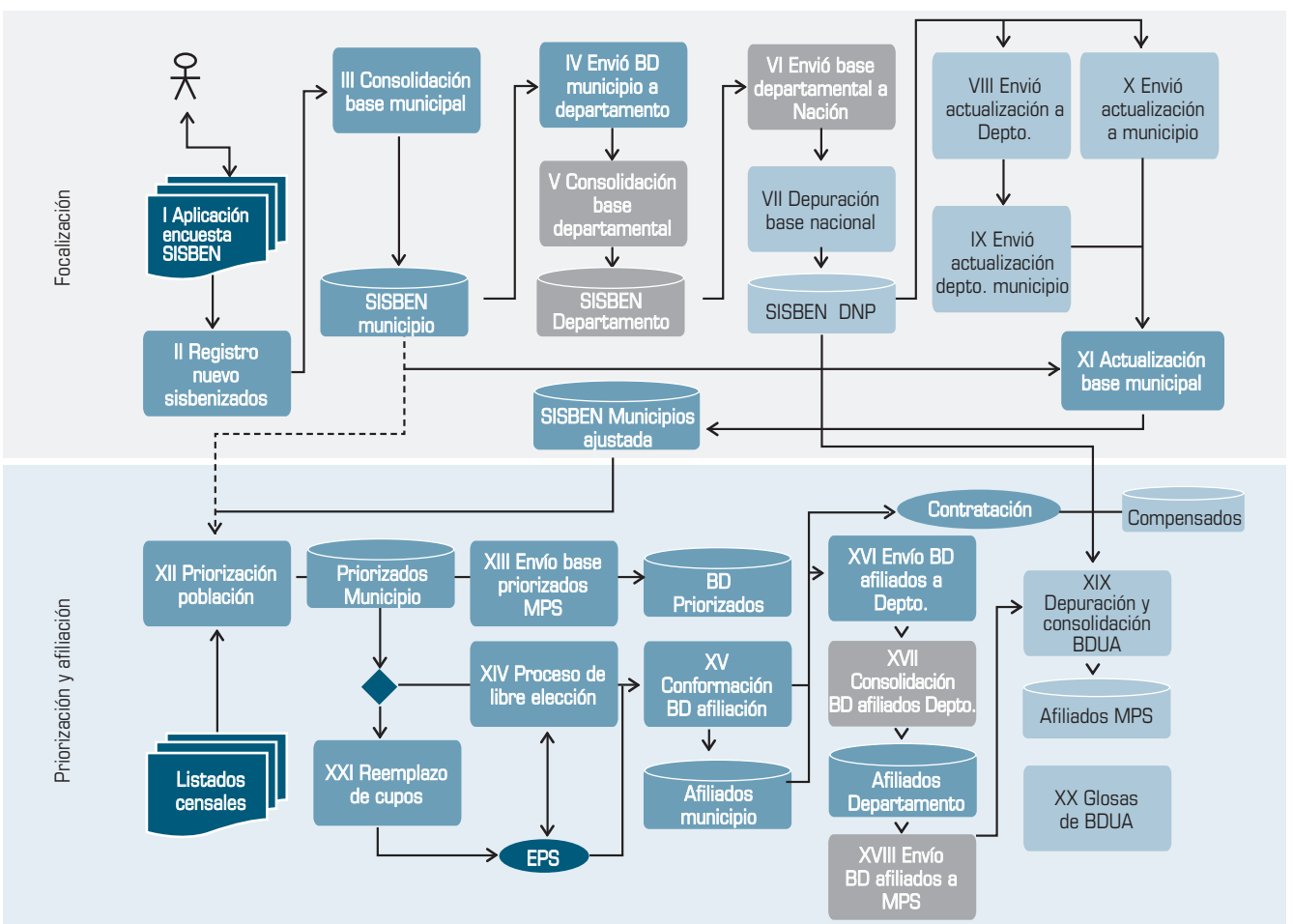
8.3 Problemáticas

De lo anterior, se pueden establecer tres grandes problemáticas asociados al proceso de captura de información, tiempos de ciclo y articulación de procesos presentes en los procesos que determinan la afiliación y su manejo. Por supuesto, aislándonos de las problemáticas asociadas a la capacidad tecnológica y de comunicaciones de las entidades territoriales, tema que es tratado en el capítulo 7.

8.3.1 Focalización

La focalización por ser el primer paso para la asignación del subsidio constituye un factor crítico en el flujo de información del régimen. Al respecto, la evaluación muestras las siguientes dificultades:

Diagrama 22. Flujos de información de afiliación en la operación Régimen Subsidiado



- La captura inicial de los datos de identificación y demás de un potencial beneficiario presenta fallas importantes que están asociadas a: cualificación del encuestador, débiles procesos de control sobre la calidad de la encuesta aplicada.
- El tiempo de ciclo es muy extenso, suficiente para que se presente movilidad poblacional y cambios en el estatus socioeconómico de la población.
- No existe un procedimiento que garantice que la entidad territorial haga uso de la base SISBEN depurada y certificada por el Departamento Nacional de Planeación, por lo que es posible que la entidad territorial trabaje con la base de información en bruto, ignorando las validaciones necesarias para garantizar la calidad de la información y controlar la multisisbenización.

8.3.2 Priorización y afiliación

En el caso del proceso de priorización es claro que absorbe las problemáticas del proceso de focalización y cuenta como dificultades propias las siguientes:

- Los listados censales no cuentan con un formato estándar de presentación de la información ni unos parámetros mínimos de calidad en el reporte.
- La información del listado censal municipal presenta problemas de concordancia con las estadísticas nacionales de la misma población especial. Por lo anterior, aparecen diferencias en los resultados de evaluación de cobertura del Régimen Subsidiado.
- Existe población sisbenizada que también se encuentra registrada en los listados censales, como es el caso de indígenas y desplazados, y no existe un procedimiento específico para liberar estas duplicidades de la base de priorizados. Así mismo, al no contar con un listado censal nacional la asignación de cupos es sobredimensionada por cuenta de estas duplicidades.
- El proceso de consolidación departamental incrementa los tiempos del ciclo de envío de información, donde los valores agregados al proceso en cuanto a acciones de depuración de la bases no se compadecen frente a la pérdida de oportunidad de la información.
- Los tiempos de ciclo entre el Régimen Subsidiado y Contributivo no son comparables, lo que impacta directamente en la detección, seguimiento y resolución de conflictos por multiafiliación entre regímenes.
- El ingreso del registro del afiliado está sujeto al correcto registro y vigencia de un contrato entre la entidad territorial y la EPS´S, el cual tiene problemáticas en su suscripción como ya se mencionó en el capítulo 5.

Los **listados censales** no cuentan con un **formato estándar de presentación** de la información ni unos **parámetros mínimos de calidad** en el reporte.

8.3.3 Reporte de novedades

Como en el caso del proceso de priorización y afiliación, el de reporte de novedades se ve afectado por las problemáticas de los anteriores y tiene como propias las siguientes dificultades:

- No existe corresponsabilidad de los beneficiarios en su registro de información, por lo que se presentan cambios sobre los cuales la EPS´S y la entidad territorial no tienen capacidad para registrarlos.
- Al tener tiempos de ciclo tan extensos el registro de recién nacidos se ve afectado y por tanto los pagos de UPC-S asociados a estos.
- Existen fuertes incentivos para no reportar muertes por parte de las EPS-S y en el seguimiento la información oficial suministrada por la Registaduría Nacional llega con dos años de retraso.
- No se maneja como novedad en la BDUA la carnetización, por lo que se cuenta con población carnetizada no registrada en BDUA y viceversa. Lo anterior afecta de manera directa los criterios para el giro de recursos de la nación a la entidad territorial y de la entidad territorial a la EPS´S.
- No existe retroalimentación entre las bases BDUA y SISBEN para efectos de novedades de nacimientos y muertes, y por lo tanto, no se articulan los parámetros de seguimiento a las metas de cobertura.

8.4 Alternativas de intervención

Resulta claro que las intervenciones deben apuntar a superar los problemas de captura de información en las fuentes primarias – SISBEN y listados censales-, disminuir los tiempos de ciclo para la depuración y la validación de la información y articular los procesos de manera tal que no se conviertan en barreras para lograr el registro y seguimiento efectivo de la población en el SGSSS. Por lo que se sugiere adelantar el siguiente conjunto de acciones:

- Fijar como único parámetro de ingreso la base SISBEN validada y certificada por el Departamento Nacional de Planeación.
- Establecer una estructura única de manejo de información para los listados censales y mecanismo de reporte de información.
- Centralizar la recepción de los listados censales y depurarlos frente a los listados de población con encuesta SISBEN.

Frente a los tiempos de ciclo de información, el Departamento Nacional de Planeación se encuentra en proceso de implantación de la nueva plataforma tecnológica SisbeNet que introduce el concepto de trabajo en red con el fin de agilizar y mejorar intercambio de información en los niveles central, municipal y departamental con el propósito de reducir los tiempos de procesamiento de la base de datos y entregar a los usuarios información de manera eficiente y oportuna.

Respecto de la BDUA se recomienda modificar el flujo de información permitiendo que las EPS-S puedan reportar directamente la información de afiliación y los municipios tengan como labor principal auditar la veracidad de dicha información a través del proceso de interventoría. De manera tal que se armonicen los tiempos de reporte del Régimen Subsidiado y Contributivo.

Respecto a la articulación de procesos, es clara la necesidad de mantener información depurada sobre la condición de afiliación de la población previo a los procesos de priorización y afiliación de manera tal que no se presenten glosas por este motivo.

Finalmente, un hecho relevante para destacar es la precepción por parte de los actores de que los problemas de información del Régimen Subsidiado se circunscriben a un problema de "base de datos", lo que encierra una visión reduccionista del alcance y origen de la problemática, y lo enmarca en un problema de procesamiento. De allí que surjan iniciativas como levantar todos los criterios de glosa impuestos a la información sin prever el tipo de consecuencias que una decisión de esta naturaleza tendría en el Sistema.

9. El proceso financiero del Régimen Subsidiado

El objetivo del presente capítulo es evaluar el proceso financiero del Régimen Subsidiado y, a la luz de dicha evaluación, proponer mecanismos de ajuste que permitan lograr una mayor eficiencia del flujo de recursos con el fin de dar mayores garantías en el acceso de la población beneficiaria del subsidio a los servicios de salud y de consolidar una capacidad de financiación acorde con la política de universalización.

Para efectos de esta evaluación el proceso financiero es visto como un elemento transversal en la operación del Régimen Subsidiado, que involucra y exige la articulación de diferentes actores como son: nación, entidad territorial municipal, EPS-S e IPS. Visto como proceso, el análisis supera la dinámica de los recursos y aborda temas como los procedimientos dispuestos e incentivos generados.

Así mismo, se debe resaltar que la eficiencia del flujo de recursos es comprendida como la combinación de capacidad de financiación generada y eficiencia operativa en la gestión de la misma, aspectos que ganan especial relevancia frente a la política de cobertura universal.

Debido a lo complejo de la arquitectura financiera del Régimen, la evaluación partirá de una definición de las fuentes de financiamiento (apartado 9.1) y del proceso previsto para el flujo de recursos (apartado 9.2). Posteriormente, se presentará la evolución macro de las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado en el período 2004-2007 y sus respectivas problemáticas a la luz de la demanda de recursos derivada de la política de cobertura universal y la meta de alcanzarla el 31 de diciembre de 2009. En el apartado 9.4 se evalúa la eficiencia operativa del proceso financiero, en el marco de las competencias y tiempos establecidos por ley para los efectos, identificando las problemáticas que enfrenta dicho proceso. El capítulo concluye con las alternativas de intervención propuestas a la luz de las problemáticas identificadas.

9.1 Fuentes de financiación del Régimen Subsidiado

La Ley 1122 de 2007 define los recursos del Régimen Subsidiado. En particular en su artículo 11, el cual modifica el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, clasifica las fuentes de financiación en tres categorías así:

i) De las entidades territoriales
ii) Del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA
iii) Otras

En la primera, se incluyen los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud (SGP); los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación; las demás rentas cedidas; otros recursos propios de las entidades territoriales y los demás que asignen las entidades territoriales al Régimen Subsidiado. Todos los anteriores, con excepción del SGP se contabilizarán como esfuerzo propio territorial, precisándose que los recursos propios y los demás que asignen las entidades territoriales al Régimen Subsidiado, diferentes a los que deben destinar por ley, deberán estar garantizados de manera permanente.

El Gobierno Nacional **garantizará** los **recursos** necesarios para cumplir con el **proceso de universalización.**

- Artículo 11, Ley 1122 de 2007 -

En línea con la Ley 1122, los recursos del SGP que se destinan a Régimen Subsidiado deben aumentar progresivamente su participación dentro del SGP total, siendo equivalentes a 56% de dicho total en 2007, 61% en 2008, y 65% de 2009 en adelante. Nótese que el aumento progresivo de la participación del SGP para Régimen Subsidiado se detiene en 2009, situación consistente con el plazo establecido en esta misma Ley para el logro de la universalización en la cobertura del Régimen Subsidiado, es decir 31 de diciembre de 2009.

En cuanto a las rentas cedidas, la Ley 1122 señala que, sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, a partir del año 2009, se asignará por lo menos 25% del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital a la financiación del Régimen Subsidiado, aclarando que, en caso que a la entrada en vigencia de dicha ley el porcentaje asignado de rentas cedidas fuese superior a 25% se debe mantener dicho mayor porcentaje. Así mismo, se precisa que para los años 2007 y 2008 se debe mantener en pesos constantes el monto de los recursos de rentas cedidas asignados al Régimen Subsidiado en la vigencia 2006.

La financiación del FOSYGA se sintetiza en tres rubros:

- Uno punto cinco puntos de la cotización del Régimen Contributivo y de los regímenes especiales y de excepción.
- Un monto por lo menos igual en pesos constantes más un punto anual adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007 cuyo monto fue de doscientos ochenta y seis mil novecientos cincuenta y tres millones de pesos ($286.953.000.000,00) que aportará el Gobierno Nacional, precisándose en el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007 que modificó el artículo 214 de la Ley 100 de 1993 que:

  "En todo caso el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población de SISBEN I, II y III en los términos establecidos en la presente ley"

- El monto de las cajas de compensación familiar (CCF) asociado al artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

Finalmente, las otras fuentes de financiación del Régimen Subsidiado que la Ley 1122 menciona son:

- Los recursos que sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones.

- Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el Régimen Subsidiado.
- 15% de los recursos adicionales que a partir de 2007 reciban los municipios, distritos y departamentos como participación y transferencias por concepto de impuesto de rentas sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana.
- Los recursos que aporten los afiliados que tienen derecho a subsidio parcial y que quieran optar al subsidio pleno o al POS del Régimen Contributivo, una vez sea reglamentado este aspecto.

9.2 Proceso previsto para el flujo financiero

El proceso previsto en la ley para el flujo financiero del Régimen Subsidiado (Ley 715 de 2001, Decreto 050 de 2003, Decreto 3260 de 2004, Ley 1122 de 2007) consta de las siguientes fases secuenciales:

1. Inicia con una planeación financiera en la cual las fuentes de financiación SGP y FOSYGA son incorporadas en los proyectos de presupuesto de la Nación y del FOSYGA (no más allá de **septiembre** del año anterior a la vigencia contractual a financiar).
2. Una vez estos presupuestos son aprobados, dichas fuentes son apropiadas y deben ser asignadas a los municipios desde la nación. En el caso de los recursos del SGP, el Departamento Nacional de Planeación (DNP) debe asignar los recursos en **octubre**, mientras que en el caso de recursos FOSYGA el Ministerio de la Protección Social (MPS) debe hacer lo propio a más tardar en la última sesión del año del CNSSS.
3. Los municipios adelantan su planeación financiera y elaboran sus respectivos proyectos de presupuesto incorporando recursos propios para la financiación del Régimen Subsidiado, así como los recursos asignados del SGP y el FOSYGA (no más allá de **octubre**). Se precisa que una vez el presupuesto del municipio es aprobado, la entidad territorial cuenta con las apropiaciones presupuestales que viabilizan la suscripción de contratos de afiliación con las EPS-S para la vigencia contractual definida como la anualidad comprendida entre el 01 de abril y el 31 de marzo del año siguiente.
4. Se efectúa el primer giro del SGP a los municipios en el mes de **enero**. Se precisa que de allí en adelante el SGP se gira con periodicidad mensual, de manera que el último giro que financia la vigencia contractual se realiza en diciembre.
5. En caso que los municipios hayan suscrito contratos de afiliación por plazo superior a un año se efectúa el primer giro del FOSYGA en el mes de febrero. En caso que el municipio celebre contratos por la vigencia contractual, el primer giro del FOSYGA se efectúa en abril. Se precisa que el FOSYGA se gira trimestralmente y los tres giros restantes se hacen en julio, octubre y enero para ambos casos.
6. Los municipios comprometen recursos, hasta por el monto apropiado, mediante la celebración de contratos de afiliación al Régimen Subsidiado entre la respectiva entidad territorial y las EPS-S por la vigencia contractual abril–marzo (no más allá de marzo). Se precisa que una condición para la celebración del contrato de aseguramiento es que la EPS-S tenga a su vez contratada la prestación con su red prestadora (véase capítulo 5).
7. Se adelanta el primer pago del municipio a la EPS-S, en el marco del contrato de aseguramiento, en el mes de abril. Se precisa que de allí en adelante el municipio gira a las EPS-S de manera bimestral en los meses de junio, agosto, octubre, diciembre y febrero.
8. Se realiza, en abril, el primer pago de la EPS-S a las IPS de su red prestadora con las que tenga contratos de capitación (véase capítulo 5). Estos pagos tienen periodicidad mensual y finalizan en marzo.
9. El primer pago de la EPS-S a las IPS con las que tenga contratos bajo modalidades diferentes a la cápita se efectúa en junio. Dichos pagos se realizan con periodicidad mensual, de manera que el último pago correspondiente a la vigencia contractual se realiza en mayo del año siguiente, es decir dos meses después de finalizado el contrato.

El proceso previsto que soporta el flujo financiero de **una vigencia contractual abarca los 21 meses** comprendidos **entre septiembre** del año $_{t-1}$ **y mayo** del año $_{t+1}$.

Sintetizando, el proceso previsto que soporta el flujo financiero de una vigencia contractual abarca los 21 meses comprendidos entre septiembre del año t-1 y mayo del año t+1, iniciando con la planeación financiera a nivel nación y finalizando con el último pago de la EPS-S a la IPS.

Vale la pena aclarar que el proceso financiero previamente descrito puede, bajo medidas de contingencia ante mora en los pagos, variar en términos de los actores involucrados en los flujos en el caso de los numerales 4,5,7 y 8. En este sentido

se precisa que están definidas dos medidas correctivas ante mora en los pagos entre actores del Régimen Subsidiado:

i) **Municipio como objeto de la medida de giro directo.** Se aplica a los municipios que, a pesar de haber recibido los recursos SGP y FOSYGA, reporten mora de 20 días en el pago de sus obligaciones con al menos una de las EPS-S (Decretos 050 de 2003 y 3260 de 2004). La medida determina el giro de recursos (tanto SGP como FOSYGA) directamente desde la nación a cada una de las EPS-S que operen en el respectivo municipio, constituyendo una contingencia frente a lo expuesto en los numerales 4, 5 y 7. Aún bajo esta medida, se mantiene la competencia municipal de planeación y gestión financiera y presupuestal como se señala en la Resolución 3042 de 2007, artículo 7, parágrafo 2, que establece:

"De conformidad con lo establecido en el artículo 64 de la Ley 715 de 2001, el parágrafo 1º del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 y los Decretos 3260 de 2004 y 1054 de 2007, y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, cuando proceda el giro directo a las EPS-S de los recursos del Sistema General de Participaciones y del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, las entidades territoriales procederán a presupuestar y contabilizar estos recursos sin situación de fondos".

ii) **EPS-S como objeto de la medida de giro directo.** Procede cuando existan contratos de capitación entre la EPS-S y las IPS y la aseguradora, a pesar de haber recibido los recursos girados por el municipio, no realice el pago de las cuentas debidamente aceptadas por concepto de prestación de servicios de salud a cualquiera de las IPS que hacen parte de su red de prestación de servicios, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en la cual debe efectuarse el pago (Decreto 3260 de 2004, artículo 6). La medida sólo procede en municipios que se encuentren al día en sus obligaciones con las EPS-S y determina el giro desde el municipio hacia la IPS con cargo a las UPC que el municipio deba pagar a la respectiva aseguradora, constituyendo así una contingencia frente a lo expuesto en los numerales 7 y 8.

En términos del proceso financiero previsto, descrito previamente, a continuación, en el apartado 9.3 se analizará la evolución del monto total de recursos comprometidos en la suscripción de contratos de afiliación al Régimen Subsidiado en las últimas vigencias, entendido como la restricción presupuestal interanual que enfrentó la capacidad de afiliación del Régimen Subsidiado y por ende la política de ampliación de cobertura. Por su parte, el apartado 9.4 incluirá el análisis de eficiencia operativa del flujo de recursos a lo largo de todo el proceso que se debe surtir para la operación del Régimen Subsidiado en el marco de una vigencia contractual. Igualmente y de manera general, se aclara que los flujos previstos están sujetos a la acreditación de condiciones para giro y que las mismas también serán analizadas en el apartado 9.4.

9.3 Evolución reciente y perspectivas de la capacidad de financiación del Régimen Subsidiado

En esta sección se analizará la evolución de la financiación del Régimen Subsidiado para el periodo 2004 – 2007. En este periódo, y en línea con la política de alcanzar la cobertura universal, se presentaron elevados crecimientos de la capacidad de afiliación del régimen, a la vez que se cuenta con el mayor acervo de información financiera. El nivel de desagregación de las fuentes de financiación se determinó con base en la posibilidad de tener continuidad en la información a nivel municipal. En tal sentido, se presentará el análisis para cuatro grandes fuentes de financiación: i) SGP, ii) FOSYGA, iii) CCF, y iv) Esfuerzo Territorial[41].

9.3.1 Evolución macro de las fuentes de financiación

Hechas estas precisiones se observa que, en línea con el incremento de la cobertura de la población asegurada mediante subsidios a la demanda, los recursos destinados a financiar el Régimen Subsidiado han aumentado considerablemente desde niveles de $2,6 billones, en 2004, a $4,7 billones en 2007, estimándose en $5,7 billones el monto total a comprometerse en contratos de aseguramiento de la vigencia contractual 2008.

Como se observa en la Tabla 75, los recursos que financian el Régimen Subsidiado vienen creciendo a tasas cercanas a 20% anual. Este incremento responde a un factor precio, incremento de la UPC (véase Tabla 76) y un efecto cantidad que se asocia a las ampliaciones de cobertura, el cual se captura al calcular la tasa de crecimiento en la capacidad de afiliación. De manera interesante se observa que el mayor incremento en el monto de recursos comprometidos para la suscripción de contratos de afiliación al Régimen Subsidiado no se presentó ni en 2004 ni en 2005, años en los cuales se reportaron los mayores crecimientos

41. Incluyendo los recursos de gremios como la Federación Nacional de Cafeteros.

de la capacidad de afiliación[42], sino en 2006. Lo anterior obedece a que el grueso de la ampliación de cobertura de 2005 se dio a finales de la vigencia y su efecto pleno en el costo se dio sólo hasta 2006.

En términos de la participación de las fuentes de financiación, se observa que el SGP es la de mayor aporte (consistentemente mayor a 47%), seguida del FOSYGA (mayor a 32% durante todo el periodo de estudio) y, en tercer lugar, se encuentra la confluencia de recursos territoriales -entre 6% y 15%-, siendo marginal la participación de las CCF, como se observa en la Tabla 77.

En cuanto al crecimiento por fuente de los recursos comprometidos, la de mayor dinamismo ha sido el esfuerzo territorial. En efecto, como se observa en la Tabla 75, los recursos de esfuerzo territorial reportaron crecimientos superiores a 80% en 2005 y en 2006, reduciendo notablemente su ritmo de expansión para 2007, aunque aún continuaba siendo la fuente de mayor crecimiento.

42. Estimando la capacidad de afiliación en términos de cupos de subsidios plenos, es decir, convirtiendo los cupos de subsidios parciales a plenos usando la tasa implícita de las respectivas UPC parcial y plena.

Tabla 75. Cofinanciación del Régimen Subsidiado*

Fuente	2004	2005	2006	2007	2008 py	Tasas de variación anual			
						2005 %	2006%	2007%	2008 % py
SGP	1.541.434	1.685.966	1.870.414	2.274.856	2.725.468	9,4	10,9	21,6	19,8
FOSYGA	843.775	1.051.310	1.423.914	1.676.242	2.406.385	24,6	35,4	17,7	43,6
CCF	45.393	48.879	54.168	54.744	54.662	7,7	10,8	1,1	-0,1
Esfuerzo Territorial	171.336	311.374	571.923	706.323	566.514	81,7	83,7	23,5	-19,8
TOTAL	2.601.938	3.097.528	3.920.419	4.712.165	5.753.030	19,0	26,6	20,2	22,1

* Valor nominal comprometido en contratos de aseguramiento por vigencia contractual, $ millones. 2008 proyectado (py) a partir de montos apropiados
Fuente: Cálculos propios a partir de base de datos de contratos del Régimen Subsidiado - Aplicativo de contratación, Ministerio de la Protección Social -Consorcio FIDUFOSYGA 2005.
py: proyectado

Tabla 76. Tasas de variación anual de variables precio y cantidad del Régimen Subsidiado

Variables	2003 %	2004 %	2005 %	2006 %	2007 %	2008 % py
UPC*	7,0	7,0	6,0	5,8	5,5	8,0
Capacidad de afiliación	3,7	22,0	19,8	9,6	9,9	12,3
Costo Total	9,0	21,0	19,0	26,6	20,2	22,1

Fuente: Cálculos propios a partir de información en la base de datos de contratos del Régimen Subsidiado – Aplicativo de contratación Ministerio Protección Social (2003-2005) Consorcio FIDUFOSYGA 2005-2008
*Fuente: U. Giedion (2008) para los años 2003-2007. Estimaciones propias para 2008 a partir de información del aplicativo de contratos del Régimen Subsidiado
py: proyectado

Tabla 77. Cofinanciación % por fuente del Régimen Subsidiado

Fuente	2004 %	2005 %	2006 %	2007 %	2008 % py
SGP	59,2	54,4	47,7	48,3	47,4
FOSYGA	32,4	33,9	36,3	35,6	41,8
CCF	1,7	1,6	1,4	1,2	1,0
Esfuerzo Territorial	6,6	10,1	14,6	15,0	9,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0%

Fuente: Cálculos propios a partir de base de datos de contratos del Régimen Subsidiado - Aplicativo de contratación, Ministerio de la Protección Social -Consorcio FIDUFOSYGA 2005.
py: proyectado

Al incluir en el análisis las proyecciones financieras de 2008 se observa un panorama completamente diferente, en el sentido en que el esfuerzo propio decrece y el FOSYGA se dinamiza considerablemente, estimándose una tasa de crecimiento no observada en el pasado para dicha fuente de financiación (43,6%). Como consecuencia de esta dinámica, 2008 será el primer año, desde 2005, en el cual el esfuerzo territorial aporta no más de 10% de la financiación del Régimen Subsidiado y en el que la participación conjunta del SGP y el FOSYGA vuelve a ubicarse en niveles bastante cercanos al 90%. Como se verá en la sección de problemáticas, la disminución del esfuerzo territorial compensado por el significativo incremento del FOSYGA en 2008, son consecuencia, en parte, de la coyuntura en la cual se financiaron algunas ampliaciones de cobertura de las vigencias 2004 y 2005.

En línea con esta evolución, los recursos de esfuerzo territorial pasaron de $0,17 billones, en 2004, a un máximo de $0,71 billones en 2007, es decir, más que se multiplicaron por cuatro en un lapso de tres años. Para 2008 se proyecta que disminuyan a $0,57 billones. Por su parte, los recursos del FOSYGA se duplicaron entre 2004 ($0,84 billones) y 2007 ($1,68 billones) alcanzando, para la vigencia contractual 2008, una apropiación récord de $2,41 billones y una participación también récord de alrededor de 42% en el financiamiento estimado del Régimen Subsidiado. El SGP reporta una tendencia creciente con menor volatilidad que las anteriores fuentes, aumentando desde montos de $1,54 billones, en 2004, a $ 2,27 billones, en 2007 y a una asignación de $2,73 billones en 2008. Es decir, en los últimos cuatro años no ha alcanzado a duplicarse. Las CCF han aportado de manera consistente un

Tabla 78. Cofinanciación de las ampliaciones de cobertura del Régimen Subsidiado*

Fuente	2004	2005	2006	2007
SGP	52.663	58.614	74.341	5.274
FOSYGA	161.782	97.355	67.878	161.315
CCF	7.377	661	927	659
Esfuerzo Territorial	107.822	109.177	30.250	23.254
TOTAL	329.644	265.807	173.395	190.502

* Valor nominal comprometido en contratos de aseguramiento por vigencia contractual, $ millones
Fuente: Cálculos propios a partir de base de datos de contratos del Régimen Subsidiado - Aplicativo de contratación, Ministerio de la Protección Social -Consorcio FIDUFOSYGA 2005.

Tabla 79. Porcentaje de cofinanciación de FOSYGA para ampliación de cobertura según categoría municipal y déficit de cobertura

Categoría	2004			2005			2006			2007			2008		
	% Déficit de Cobertura			% Déficit de Cobertura			% Déficit de Cobertura			% Déficit de Cobertura			% Déficit de Cobertura		
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
E	25	15	5	55	40	25	55	40	25	65	45	35	75	55	45
1	25	15	5	55	40	25	55	40	25	65	45	35	75	55	45
2	45	20	10	60	45	30	60	45	30	70	55	40	80	65	50
3	45	20	10	60	45	30	60	45	30	70	55	40	80	65	50
4	60	40	20	65	50	35	65	50	40	75	60	50	85	70	60
5	60	40	20	65	50	35	65	50	40	75	60	50	85	70	60
6	60	40	20	65	50	35	65	50	40	75	60	50	85	70	60

Fuente: Acuerdos del CNSSS: 262/04, 301/05, 341/06, 358/07 y 384/08
La Tabla muestra el % de cofinanciación del FOSYGA para ampliaciones de cobertura aprobado por el CNSSS para las vigencias reportadas. Se precisa que el % de cofinanciación depende de la categoría municipal y el déficit de cobertura. Los rangos de déficit de cobertura que se consideraron en los respectivos actos administrativos fueron: En el Acuerdo 262/04 se definió el déficit de cobertura alto como >45% y el bajo como <25%); en los Acuerdos 301/05 y 341/06 se definió el déficit de cobertura alto como >37% y el bajo como <17%; en el Acuerdo 358/07 se definió el déficit de cobertura alto como >28% y el bajo como < 6%; y en el Acuerdo 384/08 se definió el déficit de cobertura alto como >28,5% y el bajo como <11,5%.

monto que ronda los $0,05 billones durante cada uno de los últimos 5 años.

De lo anterior, se podría inferir que el esfuerzo territorial fue un importante financiador de las ampliaciones de cobertura de los años 2004 y 2005. En efecto, como se observa en la Tabla 78, en cada uno de estos dos años los recursos de esfuerzo territorial destinados a ampliación de cobertura de la afiliación al Régimen Subsidiado superaron los $100 mil millones (mm), a la vez que cofinanciaron al menos 1/3 de la ampliación total. Más aún, en 2005 el esfuerzo territorial confluyó con más recursos para ampliación de cobertura que cualquier otra fuente, reportando una cofinanciación más alta frente a la referencial que se infiere de la cofinanciación FOSYGA para ampliación de cobertura aprobada por el CNSSS para dicha vigencia.

En 2006 y 2007 los recursos de esfuerzo territorial destinados a ampliación del Régimen Subsidiado disminuyeron considerablemente hasta $23 mm en 2007, es decir alrededor de la quinta parte de los reportados en 2005 (véase tabla 77). Así mismo, el porcentaje promedio de cofinanciación del esfuerzo propio de 2007 fue claramente inferior al implícito en la tabla de cofinanciación para la asignación de recursos FOSYGA para ampliación de dicha vigencia (véase tabla 79).

Durante lo corrido de la vigencia contractual 2008 se agudizó esta tendencia descendente, de manera que en el primer semestre (abril – septiembre / 2008) los recursos de esfuerzo propio comprometidos en contratos de ampliación de cobertura del Régimen Subsidiado fueron tan sólo $4 mm. Esta tendencia descendente es consistente (y

La capacidad de **aporte de las entidades territoriales** para ampliación podría haber tenido **un pico en las vigencias 2004 y 2005.**

complementaria) con la tendencia creciente del porcentaje de cofinanciación FOSYGA para ampliación de cobertura que se infiere de las tablas de cofinanciación de las vigencias 2004-2008 (Tabla 78). Esta tendencia creciente en la cofinanciación del FOSYGA para ampliaciones de cobertura denota que la capacidad de aporte de las entidades territoriales para ampliación podría haber tenido un pico en las vigencias 2004 y 2005 y en la actualidad, a pesar de las más favorables condiciones de cofinanciación, no se logran jalonar significativamente recursos de esfuerzo propio territorial, de manera que, hasta que se alcance la cobertura universal, la cofinanciación de la nación tendrá que seguir siendo creciente.

9.3.2 Análisis de la evolución en la capacidad de afiliación por categoría municipal

A pesar del criterio de asignación de recursos FOSYGA para cofinanciación de ampliación de cobertura de manera inversa a la categoría municipal (Tabla 79), los municipios de categoría 6, es decir a los que se les aprueban mayores porcentajes de cofinanciación del FOSYGA, son los que de manera consistente reportan los más bajos crecimientos en la capacidad de afiliación. En particular, la variación acumulada en la capacidad de afiliación durante el período

Tabla 80. Tasas de variación de la capacidad de afiliación del Régimen Subsidiado por años y períodos específicos*

Categoría municipal	% 2003	% 2004	% 2005	% 2006	% 2007	% 2002-2007	% 2003-2007	% 2004-2007
E	6	20	29	6	3	81	71	42
1	6	31	16	30	13	136	122	70
2	5	32	28	10	13	122	111	60
3	5	33	13	10	15	100	91	43
4	6	27	32	9	16	122	111	67
5	4	21	22	16	13	103	95	61
6	2	19	16	7	10	67	63	36
Total	4	22	20	10	10	83	76	44

*A partir de la capacidad de afiliación expresada en términos de afiliados plenos, estimando los parciales en plenos equivalentes con la tasa de conversión implícita de las respectivas UPC.
Fuente: Cálculos propios a partir de base de datos de contratos del Régimen Subsidiado - Aplicativo de contratación, Ministerio de la Protección Social -Consorcio FIDUFOSYGA 2005

2002-2007 en los municipios categoría 6 (66,6%) fue inferior al promedio nacional (82,6%) y al de todas las demás categorías municipales (Tabla 79).

Lo anterior podría estar indicando que la capacidad de aporte de recursos propios de los municipios categoría 6 es inelástica al estímulo de un mayor porcentaje de cofinanciación de recursos FOSYGA. En otras palabras, la confluencia de recursos de las diferentes fuentes de financiación del Régimen Subsidiado en las últimas 5 vigencias parece evidenciar una inelasticidad de los municipios categoría 6 al diseño de políticas tendientes a jalonar recursos de los entes territoriales con menor capacidad de generación de ingresos. Así mismo, todas las categorías, excepto la especial (E) y la 6, por lo menos duplicaron la capacidad de afiliación entre 2002 y 2007. A la luz de resultados de política de este estilo, es decir cuando son los municipios de las dos categorías extremas los únicos que reportan ampliaciones de cobertura inferiores al promedio, vale la pena analizar hasta qué punto las categorías municipales capturan diferencias estructurales frente a la capacidad de operación del Régimen Subsidiado, requiriéndose contar con un instrumento propio del sector que las mida o certifique y que a la vez, permita implementar una política más elástica.

Tabla 81. Cofinanciación porcentual del Régimen Subsidiado por fuente

Año	Fuente	Categoría municipal							Total %
		E	1	2	3	4	5	6	
2004	SGP	60	59	61	59	57	59	59	59
	FOSYGA	29	28	29	29	32	34	35	32
	CCF	2	4	2	2	3	2	1	2
	Esfuerzo Territorial	9	9	9	10	8	6	5	7
	TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2005	SGP	52	52	51	51	50	56	56	54
	FOSYGA	32	32	34	32	34	35	35	34
	CCF	2	3	1	2	3	1	1	2
	Esfuerzo Territorial	15	13	14	15	13	8	7	10
	TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2006	SGP	44	43	43	47	44	48	51	48
	FOSYGA	34	39	39	32	35	38	36	36
	CCF	2	2	1	3	2	1	1	1
	Esfuerzo Territorial	20	16	17	18	19	13	12	15
	TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2007	SGP	49	40	47	44	47	48	50	48
	FOSYGA	28	40	36	37	32	38	37	36
	CCF	1	2	1	2	2	1	1	1
	Esfuerzo Territorial	22	18	16	17	19	13	12	15
	TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2008[1/]	SGP	47	46	44	45	49	49	51	49
	FOSYGA	39	42	44	42	31	40	38	39
	CCF	0	2	1	2	2	1	1	1
	Esfuerzo Territorial	14	11	11	11	18	11	10	11
	TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

1/ Corresponde a los recursos de continuidad y no incluye los de ampliación
Fuente: Cálculos propios a partir de base de datos de contratos del Régimen Subsidiado - Aplicativo de contratación, Ministerio de la Protección Social -Consorcio FIDUFOSYGA 2005.

En cuanto al peso relativo de las diferentes fuentes de financiación, por categoría municipal, se mantiene al interior de todas las categorías el patrón nacional de una financiación mayoritaria de las fuentes SGP y FOSYGA (superior a 80% en la suma). En particular, el SGP mostró, de manera consistente, tener el mayor peso relativo en el financiamiento del Régimen Subsidiado en todas las categorías municipales y para todos los años reportados. La categoría 6 reportó las más altas participaciones del SGP para los años 2005-2008 y durante toda la muestra dicha fuente aportó por lo menos la mitad de la cofinanciación. FOSYGA es la segunda fuente de mayor financiación del Régimen Subsidiado y los municipios de más alta dependencia relativa de esta fuente fueron, al inicio de la muestra, los de categorías 5 y 6 (años 2004 y 2005), mientras que más recientemente se observa una mayor cofinanciación de este recurso en los municipios categorías 1 y 2 (Tabla 80).

La participación relativa de los recursos de esfuerzo territorial reporta la mayor variabilidad a lo largo de los años con información desagregada por fuentes y categoría municipal, pareciendo existir un mayor nivel de complementariedad de estos recursos con aquellos del FOSYGA, más que con los del SGP. En particular, a partir del análisis de la información del esfuerzo territorial por categoría municipal consignada en la Tabla 81 se encuentra que:

- La máxima participación, para todas las categorías municipales, se alcanzó en 2007 (entre 11,8% en categoría 6 y 22,0% en categoría E, con promedio nacional de 15%).
- Dicha participación cae en 2008 nivelándose, en todas las categorías municipales excepto la E y la 4, en torno al 10%.
- Los municipios categoría E reportan la mayor cofinanciación en el período 2002-2007.
- Los municipios categorías 5 y 6 reportan, de manera consistente, una cofinanciación inferior al promedio nacional.
- Los municipios categorías 1-4 se alternan los puestos intermedios en el ordenamiento relativo del porcentaje promedio de cofinanciación del esfuerzo territorial, aunque desde 2006 sobresale la cofinanciación alcanzada en los municipios categoría 4, siendo la segunda más alta de la muestra en 2006 y 2007.
- De acuerdo con la proyección de recursos a comprometer para asegurar la continuidad de la afiliación al Régimen Subsidiado en la vigencia contractual 2008, el esfuerzo territorial de los municipios categoría 4 supera, por primera vez en la muestra, al de los municipios de categoría E. Sin embargo, de excluirse del análisis tres municipios de categoría 4 que se caracterizan por la alta dependencia de sus recaudos de las regalías: Arauca, Maicao y Riohacha[43], la cofinanciación promedio de los recursos propios en la categoría 4 cae de 17,9% a 10,0%, participación inferior a la de los municipios categoría E (14,4%). En consecuencia, de excluirse los mencionados tres municipios, la categoría 4 también se nivela en un porcentaje de cofinanciación del esfuerzo territorial de alrededor de 10%.

¿Hasta qué punto las categorías municipales capturan diferencias estructurales frente a la capacidad de operación del Régimen Subsidiado? ¿Se **requiere** contar con **un instrumento propio** del sector?

Lo anterior ratifica que los municipios categoría especial (E) efectivamente tienen una mayor capacidad estructural de generación de recursos propios, toda vez que son los que históricamente reportan la mayor cofinanciación promedio del Régimen Subsidiado. Así mismo, que de manera coyuntural fuentes agotables de recursos como la explotación de recursos minerales pueden brindar cierta holgura a la financiación del Régimen Subsidiado, pero evidentemente sin asegurar criterios de sostenibilidad, en los términos de lo estipulado en la Ley 1122 de 2007 cuando en su artículo 11 establece que:

> *"los recursos propios y los demás que asignen las entidades territoriales al Régimen Subsidiado, diferentes a los que deben destinar por ley, deberán estar garantizados de manera permanente"*

43. Los pesos relativos del esfuerzo territorial en la cofinanciación de la continuidad de 2008 en estos tres municipios se proyectan en: Arauca 41%, Maicao 29%, Riohacha 28%.

9.3.3 Capacidad de financiación asociada a la cobertura universal

El cumplimiento de la meta de universalización en el Régimen Subsidiado implica, a la luz de la Ley 1122 de 2007, que el 31 de diciembre de 2009 debe estar afiliada el 100% de la población objetivo para los respectivos subsidios. Con base en la información actualmente disponible de SISBEN, de reportes de población indígena y Régimen Contributivo[44], lo anterior implica la necesidad de financiamiento para una capacidad de afiliación de alrededor de 25,9 millones de cupos plenos equivalentes para la vigencia 2010. Proyectando incrementos de la UPC plena de 6,5%, en 2009, y 5,0% en 2010, dicha necesidad de financiación ascendería a aproximadamente $7,5 billones en 2010, año que sería la primera vigencia con impacto pleno en el costo de la cobertura universal (Tabla 82).

44. Para efectos de no incluir dentro de la población objetivo aquellos que siendo SISBEN I, II, o III se encuentren en el Régimen Contributivo.

En línea con la normativa relativa a las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado[45] y tomando como línea base la información de 2008, se proyecta para 2010 una estructura de financiación de dicha necesidad en la cual el SGP y el FOSYGA concurrirían con montos de alrededor de $3,3

45. La normativa vigente estipula que las fuentes que financian el Régimen Subsidiado deben ser sostenibles en el tiempo y crecer en términos reales. En el caso del esfuerzo territorial la Ley 1122/07 establece que "los recursos propios y los demás que asignen las entidades territoriales al Régimen Subsidiado, diferentes a los que deben destinar por ley, deberán estar garantizados de manera permanente" (Artículo 11). Para los recursos FOSYGA, la Ley 1122/07 estipula que el gasto de los recursos de la subcuenta de solidaridad se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación causada. Además, al describir el componente de aporte de la nación en la subcuenta de solidaridad del FOSYGA se establece que "En todo caso el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población de SISBEN I, II y III en los términos establecidos en la presente ley" (Artículo 11). Por su parte, en cuanto a los recursos del SGP para Régimen Subsidiado, la Ley 1122 evidencia cómo aumenta su participación dentro del SGP total hasta 2009, en un contexto en que el SGP total debe crecer por encima de la inflación (Acto Legislativo 04 de 2007). Adicionalmente, la Ley 1122 establece que a partir de 2009 las entidades territoriales deben destinar por lo menos el 25% de sus rentas cedidas a la cofinanciación del Régimen Subsidiado.

Tabla 82. Proyección de la Necesidad Financiera del Régimen Subsidiado en 2010

	2008	2009	2010	Aclaraciones
Capacidad de afiliación expresada en cupos de subsidio pleno - inicio de vigencia	20.927.893	23.427.893	25.927.893	
Ampliación en la capacidad de afiliación expresada en cupos de subsidios plenos	2.500.000	2.500.000	263.750	Para 2008 y 2009 corresponde a las metas de gobierno relativas a asegurar la universalidad en la cobertura de subsidios plenos para población SISBEN I y II. La ampliación de 2010 es equivalente al crecimiento vegetativo de la población.
UPC plena - promedio ponderado - fin de vigencia	$255.984	$272.623	$286.255	
UPC plena - promedio ponderado de la vigencia	$252.783	$272.623	$286.255	
Incremento esperado UPC plena		6,5%	5,0%	
Costo de la continuidad ($ mm)	$5.288,03	$6.382,98	$7.417,77	
Costo de la ampliación ($ mm)	$465,00	$355,55	$75,50	Para 2008 corresponde al proyectado a partir de los montos apropiados y comprometidos por las diferentes fuentes a septiembre de 2008. Para 2009 corresponde al monto disponible una vez cubierta la continuidad.
COSTO ESTIMADO RÉGIMEN SUBSIDIADO ($ mm)	$5.753,03	$6.738,53	$7.493,27	

Fuente: Cálculos propios a partir de información de línea base de 2008 teniendo en cuenta las metas del plan de desarrollo (Ley 1151 - 2007) - Proyecciones poblacionales del DANE y el referente de meta de inflación del Banco de la República.

La financiación de la cobertura universal dependerá de que en 2009 y 2010 la **aplicación de recursos del FOSYGA** y el **esfuerzo territorial** crezcan a tasas muy elevadas con respecto a las demás fuentes.

billones cada uno, mientras que el esfuerzo territorial lo haría en $0,77 billones y las CCF en $0,06 billones (Tabla 82). Frente a la evolución de las fuentes de financiación presentada al inicio del apartado 9.3 y frente a la aplicación de fuentes con que se estima cerrará la vigencia contractual 2008, la proyección de fuentes para 2010 implica:

- La capacidad de financiación debe aumentar $1,74 billones y 30,2% con respecto a la estimada para 2008.
- Continuará la alta dependencia de las fuentes SGP y FOSYGA las cuales se estima aportarán el 89% de la financiación.
- Se anticipa una estructura de financiación en la cual la participación del SGP (44,8%) será la más baja de los últimos años, la del FOSYGA la más alta de la muestra (44,0%), la del esfuerzo propio rondará, al igual que en 2008, el 10% (10,3%) y las CCF continuarán con un aporte marginal e inferior al 1% (0,8%).
- Las fuentes sobre las que se debería presentar, en el marco de la ley, un mayor crecimiento son FOSYGA (37,1% entre 2008 y 2010) y el esfuerzo territorial (36,7%), mientras que los crecimientos del SGP (23,2%) y el recurso de las CCF (11,8%) serán inferiores al promedio (30,2%).
- La fuente de mayor variación absoluta será FOSYGA que debe aumentar su apropiación presupuestal en alrededor de $0,89 billones entre 2008 y 2010, pasando de $2,4 a $3,3 billones, frente a aumentos esperados de $0,63 del SGP y $0,21 billones del esfuerzo territorial.
- En conclusión, la financiación del Régimen Subsidiado en el primer año de cobertura universal dependerá mayoritariamente del SGP y del FOSYGA, pero además dependerá de que en los años 2009 y 2010 la aplicación de recursos del FOSYGA y el esfuerzo territorial crezcan a tasas muy elevadas con respecto a las demás fuentes.

9.3.4 Problemáticas de la capacidad de financiación del Régimen Subsidiado en el marco de la política de cobertura universal

A la luz de la evolución reciente de las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado y de las necesidades financieras asociadas al logro de la cobertura universal en la afiliación al Régimen Subsidiado para el 31 de diciembre de 2009 se evidencian dos grandes problemáticas:

- Vulnerabilidad de la capacidad de financiación ante un entorno macroeconómico desfavorable que impacta negativamente los recaudos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA.
- Vulnerabilidad de la capacidad de financiación ante la volatilidad e incertidumbre con respecto a los recursos del esfuerzo territorial.

Estas dos problemáticas llevan a que sea prioritaria la implementación de medidas tendientes a disminuir la vulnerabilidad financiera del Régimen Subsidiado. La propuesta de aporte complementario al subsidio por parte de la población SISBEN II y III que se presentó en el capítulo 4

Tabla 83. Proyección de las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado a 2010*

Fuente	2008 py	2010 py	% Tasa de variación 2008-2010	Participación % 2010 py
SGP	2.725.468	3.358.532	23,2	44,8
FOSYGA	2.406.385	3.299.049	37,1	44,0
CCF	54.662	61.133	11,8	0,8
Esfuerzo Territorial	566.514	774.555	36,7	10,3
TOTAL	5.753.030	7.493.269	30,2%	100%

* Valor nominal comprometido en contratos de aseguramiento por vigencia contractual, $ millones.
Fuente: Cálculos propios a partir de la normativa que define la evolución de las fuentes de cofinanciación del Régimen Subsidiado (Ley 1122 de 2007) y el acto legislativo 004 de 2007 para el caso del SGP.
py: proyectado

Se deben adelantar las **gestiones** necesarias **para que desde la nación se apropien recursos** superiores en $0,45 billones a los que se tienen proyectados aplicar en 2010 para Régimen Subsidiado.

contribuiría, sin duda, a disminuir la vulnerabilidad financiera del Régimen Subsidiado.

- *Vulnerabilidad de la capacidad de financiación ante entorno macroeconómico desfavorable que impacta negativamente los recaudos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA.*

En línea con la proyección de fuentes de financiación anteriormente presentada, la cual incorporó lo estipulado en el Artículo 11 de la Ley 1122 de 2007 con respecto a que "en todo caso el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población de SISBEN I, II y III en los términos establecidos en la presente ley", se observaba que los recursos del FOSYGA debían ascender a alrededor de $3,3 billones en 2010, frente a niveles de $2,4 billones en 2008, para efectos de cerrar la cofinanciación asociada a la cobertura universal en dicha vigencia.

El incremento de $0,9 billones en la aplicación de recursos del FOSYGA para Régimen Subsidiado que cerraría las necesidades de financiamiento en 2010, tendría que presentarse en un contexto adverso que dificultaría tal nivel de apropiación de recursos. Dicho contexto adverso se sintetiza en los siguientes aspectos:

- Según la última ejecución de ingresos y gastos del FOSYGA, correspondiente a 2007, los uno punto cinco puntos (1.5) de la cotización del Régimen Contributivo y de los regímenes especiales y de excepción ($1,25 billones) es la principal fuente de ingresos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA, al representar 61% de los ingresos de la misma ($2,06 billones).
- Dada la desaceleración de la economía, que se refleja en proyecciones oficiales de crecimiento del PIB de alrededor de 3,0% en 2009, frente a tasas consistentemente mayores a 5% entre los años 2004-2007, es de esperar que la economía formal se impacte negativamente. En consecuencia, el recaudo por cotizaciones del Régimen Contributivo no reportará el dinamismo de años anteriores.
- En línea con una desaceleración económica en 2008 más aguda de la inicialmente estimada, a partir de julio de 2008 se presentaron recortes en el presupuesto de la nación tanto para 2008 como para 2009, disminuyendo el nivel de monto de recursos de línea base con el cual se harán los ejercicios de proyecto de presupuesto de 2010.
- La proyección de crecimiento necesario de FOSYGA para cerrar la cofinanciación del Régimen Subsidiado de 2010 (37,1% entre 2008 y 2010) es bastante superior a la del gasto público (19,5% entre 2008 y 2010 según el marco de gasto de mediano plazo vigente en octubre de 2008).
- El monto de aporte de la nación[46] incluido en el marco macrofiscal de mediano plazo para 2010 ($0,79 billones) es inferior en $0,45 billones al incorporado en la proyección de fuentes de financiación en condiciones de equilibrio financiero (Tabla 82). Lo anterior implica que se deben adelantar las gestiones necesarias para que desde la nación se apropien recursos superiores en $0,45 billones a los que se tienen proyectados aplicar en 2010 para el Régimen Subsidiado, en un contexto de recorte presupuestal y de desaceleración económica.

- *Vulnerabilidad de la capacidad de financiación ante la volatilidad e incertidumbre con respecto a los recursos del esfuerzo territorial.*

En línea con la descripción de la evolución de las fuentes de financiación y a pesar de lo estipulado en la Ley 1122 de 2007 con relación a los recursos propios, 2008 será el primer año en que el esfuerzo territorial reportará una caída, la cual será de alrededor de $140 mm (Tabla 74). Como se recordará, se estima en $566 mm el esfuerzo territorial de 2008, en tanto que en 2007 había alcanzado niveles de $706 mm. Esto sin duda impactará negativamente la senda de recursos de esfuerzo territorial esperados para las vigencias subsiguientes, en un contexto en que, a su vez, en el marco de la normativa vigente se espera que el esfuerzo territorial debería crecer alrededor de 37% en los próximos dos años.

46. Se precisa que en el marco macrofiscal de mediano plazo, dentro del presupuesto de inversión de la nación se incluye lo correspondiente al rubro aporte de la nación que a su vez se constituye en uno de los ingresos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA para financiación del Régimen Subsidiado.

Así, recientes evidencias y evoluciones del esfuerzo territorial visibilizan que esta fuente de financiación parece haber llegado a niveles de apropiación y compromiso de recursos en los cuales se dificulta su incremento al ritmo que demanda el dinamismo del Régimen Subsidiado en los años finales hacia la universalización de la cobertura. Entre dichas evidencias y evoluciones recientes se pueden mencionar:

- *La reducción del esfuerzo territorial en 2008 fue más severa que la explicada en la sustitución de fuente de los Acuerdos 261 y 267 de 2004 del CNSSS.* En efecto, los Acuerdos 261 de 2004 y 267 de 2004 del CNSSS autorizaron, en el marco de la Ley 715/01, procesos de ampliación de cobertura en los cuales las entidades territoriales debían asegurar la cofinanciación para las vigencias 2004-2007, con recursos específicos como los saldos acumulados de vigencias anteriores, de manera que la nación asumiría esa cofinanciación territorial a partir del 1 de abril de 2008. En cumplimiento de los mencionados Acuerdos, la asignación de recursos de continuidad del FOSYGA para la vigencia contractual 2008 incluyó una sustitución de fuente por alrededor de $102mm. No obstante, como se recordará, la caída estimada del esfuerzo propio para la actual vigencia contractual es de $140 mm.
- *Desde mediados de 2007, algunas entidades territoriales vienen argumentando una situación de desfinanciamiento* por cuenta, entre otras, del uso, en vigencias anteriores, de recursos del SGP de oferta para financiar afiliación al Régimen Subsidiado. Dicho argumento ha sido expuesto de manera generalizada por varios municipios de alrededor de 20 departamentos del país. La masiva demanda de sustitución de fuente se tradujo en la presentación de esa problemática ante el CNSSS en marzo de 2008. En consecuencia, se expidió el Acuerdo 386 de 2008, mediante el cual se aprobó un período excepcional de contratación de afiliación al Régimen Subsidiado de 6 meses mientras se evaluaba la sostenibilidad financiera de los municipios que hubiesen transformado recursos del SGP de oferta en las vigencias 2005, 2006 y/o 2007, análisis que derivó en que en septiembre de 2008 se asignaran alrededor de $27 mm en 79 municipios del país (Acuerdo 399 de 2008), de los cuales 32 pertenecían a Huila y 24 a Antioquia, dos de los departamentos pioneros en avanzar hacia la cobertura universal.
- *Los recursos de esfuerzo territorial comprometidos en ampliación de cobertura en el primer semestre de la vigencia contractual 2008 fueron equivalentes a tan sólo el 1,4% del total.* En efecto, en los primeros seis meses de la vigencia contractual 2008 (abril-septiembre) sólo se comprometieron $4mm de esfuerzo territorial para ampliación de cobertura frente a $285 mm en la confluencia de todas las fuentes. Lo anterior se compara muy desfavorablemente con los montos de recursos propios comprometidos en vigencias contractuales anteriores que, como se recordará, superaron los $100 mm en 2004 y 2005 y en 2007 fueron de $23 mm (Tabla 77). De esta forma, en la actual vigencia contractual no se ha logrado jalonar cofinanciación territorial para ampliación de cobertura a pesar de que los porcentajes de cofinanciación del FOSYGA se establecieron como los más altos de la historia llegando hasta niveles de 85% en los municipios categoría 5 y 6 y con alto déficit de cobertura (Tabla 78). No obstante, a septiembre de 2008, la tasa implícita de cofinanciación entre FOSYGA y el esfuerzo territorial mostraba porcentajes de 97,5% en FOSYGA y solo 2,5% en el esfuerzo propio para el total del país. Como consecuencia del bajo jalonamiento de recursos territoriales, en lo corrido de la vigencia contractual 2008 han sido contratados tan sólo 55% de los cupos cofinanciados asignados de ampliación de cobertura con lo cual las proyecciones realizadas desde la nación distan de la real ejecución en los municipios, generándose imprecisiones en los procesos de planeación financiera tal y como se verá en el apartado 9.4.
- *En el mes de julio de 2008 se solicitó y fue aprobado por el CNSSS un reaforo en el FOSYGA, sustentado, desde la subcuenta de solidaridad, en necesidades para la cofinanciación del Régimen Subsidiado superiores a las inicialmente estimadas.* En efecto, para el caso de la subcuenta de solidaridad, en los rubros correspondientes a la financiación de la afiliación al Régimen Subsidiado, el reaforo fue de $61 mm, equivalentes al 2,5% de la apropiación presupuestal inicial de la subcuenta para tales fines ($2,35 billones).

Lo anterior permitiría inferir:

- Una posible llegada a límites en cuanto a la capacidad de financiación desde los municipios y departamentos.
- La dificultad, desde los municipios, de seguir cofinanciando en los mismos porcentajes por razones, por ejemplo, de orden de prioridades sectoriales

El **ejercicio de planeación** financiera de **algunas entidades** territoriales que transformaron recursos del SGP **no dimensionó** de manera precisa la **recomposición de fuentes** que implicaba tal iniciativa en aras de ser sostenible financieramente.

de los planes de desarrollo donde sectores diferentes a salud compiten por recursos escasos y finitos en los municipios.

Este cuadro sin duda constituye un contexto de vulnerabilidad de la capacidad de financiación ante la volatilidad e incertidumbre con respecto a los recursos del esfuerzo territorial. Así, cobra relevancia el evaluar hasta qué punto el cumplimiento de las exigentes metas, aún por alcanzarse, en términos de cobertura de afiliación en el Régimen Subsidiado, podría estar en riesgo de no corregirse la manera como se articula su financiación con los recursos propios.

9.3.5 Causas de las problemáticas identificadas con respecto al esfuerzo propio

El hecho de que la caída del esfuerzo propio en 2008 haya superado la atribuible a la coyuntura de sustitución de fuentes de los Acuerdos 261 y 267 evidencia la presencia de factores estructurales que están limitando la capacidad de aporte de los entes territoriales al Régimen Subsidiado. Entre estos factores estructurales podría citarse:

- Dependencia del esfuerzo territorial de recaudos muy volátiles o de libre destinación
- Deficiente planeación financiera, tanto a nivel nación como municipio

Con respecto a la dependencia del flujo de recursos propios de recaudos volátiles vale la pena mencionar que existen 25 impuestos locales, de los cuales en general sólo 5 cuentan con dinamismo en el recaudo: predial; industria y comercio; circulación y tránsito; vehículos y sobretasa a la gasolina; los dos últimos compartidos con los departamentos[47]. Así mismo, al revisar el aplicativo de contratos del Régimen Subsidiado se observa la inclusión de fuentes de financiación dentro del esfuerzo propio que se denominan: *saldos de liquidación de contratos de vigencias anteriores y saldos no comprometidos*, cuyo peso relativo fue de 10,5% del esfuerzo territorial en las vigencias 2004-2007. Lo anterior refleja un reciclaje de recursos en el sentido en que un porcentaje de la afiliación al Régimen Subsidiado del período corriente se sustenta en ingresos de vigencias presupuestales pasadas. Así, la magnitud de la cofinanciación proveniente de la fuente vigencias anteriores evidenciaría posibles deficiencias de la planeación financiera, así como pérdida de flujo de recursos en el Régimen Subsidiado ante el incumplimiento de condiciones para poder girar 100% de los recursos (véase detalle de estas condiciones en el apartado 9.4). Finalmente, el que la mayoría de recursos propios que financian el Régimen Subsidiado sean de libre destinación determina un esquema de información asimétrica que dificulta que desde la nación se conozca la disponibilidad de recursos de los municipios para Régimen Subsidiado, y también genera un esquema de mayor vulnerabilidad financiera en el sentido en que las fuentes de libre destinación "compiten" con otros sectores diferentes al de salud en la aplicación de sus recursos. Se precisa que el peso relativo agregado dentro del esfuerzo propio de las fuentes de destinación específica (rentas cedidas y regalías) es, en un escenario optimista, de máximo el 32%[48], evidenciando la notable dependencia de la financiación aportada por el esfuerzo propio de las fuentes de libre destinación.

En cuanto a la deficiente planeación financiera, la misma ha redundado en proyecciones financieras de la senda de recursos propios a allegar para la financiación del régimen, desfasadas frente a la real necesidad. Se precisa que la deficiente planeación financiera responde, en gran medida, a problemas de eficiencia operativa en el proceso, lo cual será analizado en detalle en el apartado 9.4 en el marco de las competencias y tiempos definidos para el mismo.

Así mismo, la deficiente planeación financiera, llevó a que ciertas estructuras de financiación de la afiliación al Régimen Subsidiado, usadas por los municipios princi-

47. Ministerio de la Protección Social – Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS (2007), "Asistencia Técnica – Garantía de una mejor gestión del Régimen Subsidiado".
48. De acuerdo con los recursos comprometidos en la vigencia contractual 2007, los cuales ascendieron a $0,71 billones para el caso de la suma de todo el esfuerzo territorial, de los cuales cerca de $0,23 billones corresponden a rubros que incluyen las rentas cedidas y las regalías.

palmente en los años de masiva ampliación de cobertura (2004-2005), reporten actualmente incertidumbres con respecto a la capacidad de las entidades territoriales de mantener la aplicación de recursos en los términos de la Ley 1122 de 2007.

Una de estas estructuras de financiación correspondió a la aplicación de recursos del SGP de oferta para financiar afiliación al Régimen Subsidiado, es decir al caso en que ciertas entidades transformaron recursos del SGP de manera más acelerada y anticipada que lo previsto en la normativa (Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007). En esta situación, la incapacidad de mantenimiento de fuente se deriva de que la fórmula de cálculo del SGP de oferta reporta una tendencia descendente que se agudiza entre más rápido sea el tránsito hacia la cobertura universal, lo cual, efectivamente se presenta si es que un municipio decidió transformar recursos del SGP de oferta para ampliar cobertura en la afiliación al Régimen Subsidiado. Sin embargo, para efectos de que desde la nación se autorizara una transformación más acelerada que la estipulada en la ley, los municipios debían adelantar un ejercicio de planeación financiera que diera cuenta de la sostenibilidad de tal esquema de financiación y presentarlo ante el Departamento Nacional de Planeación. A menos que las entidades territoriales no hubieran incluido en sus proyecciones una recomposición de las sub-fuentes del esfuerzo propio, la financiación del Régimen Subsidiado con recursos transformados no era sostenible. Claramente, el Acuerdo 386 refleja que el ejercicio de planeación financiera de algunas entidades territoriales que transformaron recursos del SGP no dimensionó de manera precisa la recomposición de fuente que implicaba tal iniciativa en aras de ser sostenible financieramente.

A menos que las **entidades territoriales** no hubieran incluido en sus proyecciones una recomposición de las sub-fuentes del esfuerzo propio, **la financiación del Régimen Subsidiado con recursos transformados no era sostenible.**

De manera más general, la estructura de financiación de las masivas ampliaciones de cobertura de los años 2004 y 2005 también constituye un antecedente en el cual se

Tabla 84. Participación del esfuerzo territorial en la financiación del Régimen Subsidiado en la Vigencia contractual 2007

Ranking	Departamento	%	Ranking	Departamento	%
1	Casanare	33,2	18	Vaupés	10,3
2	Huila	28,7	19	Córdoba	9,0
3	Arauca	27,1	20	Putumayo	8,2
4	Antioquia	26,3	21	Cundinamarca	7,7
5	La Guajira	25,2	22	Amazonas	7,5
6	Cesar	21,7	23	Sucre	7,5
7	Caldas	17,4	24	Magdalena	7,4
8	Boyacá	17,3	25	Guainía	7,0
9	Meta	16,8	26	Guaviare	6,7
10	Valle	16,0	27	Cauca	6,3
11	Atlántico	15,3	28	Quindío	5,9
12	Bolivar	14,4	29	Nariño	5,7
13	Santander	14,2	30	Caquetá	5,4
14	Norte de Santander	13,3	31	Chocó	4,1
15	Risaralda	11,5	32	Vichada	1,2
16	Bogotá	11,0	33	San Andrés	1,1
17	Tolima	10,4	Promedio País		15,0%

Fuente: Cálculos propios a partir de base de datos de contratos del Régimen Subsidiado - Aplicativo de contratación, Ministerio de la Protección Social -Consorcio FIDUFOSYGA 2005.

Tabla 85. Esfuerzo Territorial y Ampliación de cobertura		
Departamento	Esfuerzo Territorial 2007 como % del financiamiento total	% Crecimiento Capacidad Afiliación 2002-2007
Amazonas	7,5	36,4
Antioquia	26,3	113,1
Arauca	27,1	126,8
Atlántico	15,3	121,6
Bolívar	14,4	109,1
Boyacá	17,3	70,0
Caldas	17,4	106,0
Caquetá	5,4	68,2
Casanare	33,2	58,7
Cauca	6,3	65,4
Cesar	21,7	88,5
Chocó	4,1	120,6
Córdoba	9,0	100,3
Cundinamarca	7,7	42,9
Guainía	7,0	90,8
Guaviare	6,7	46,1
Huila	28,7	139,0
La Guajira	25,2	181,4
Magdalena	7,4	76,0
Meta	16,8	92,3
Nariño	5,7	46,0
Norte de Santander	13,3	116,8
Putumayo	8,2	70,5
Quindío	5,9	25,6
Risaralda	11,5	55,4
San Andrés	1,1	50,2
Bogotá	11,0	29,5
Santander	14,2	79,4
Sucre	7,5	125,0
Tolima	10,4	84,4
Valle	16,0	105,5
Vaupés	10,3	28,6
Vichada	1,2	51,8
Total general	15,0%	82,6%

Fuente: Cálculos propios a partir de base de datos de contratos del Régimen Subsidiado - Aplicativo de contratación, Ministerio de la Protección Social -Consorcio FIDUFOSYGA 2005.

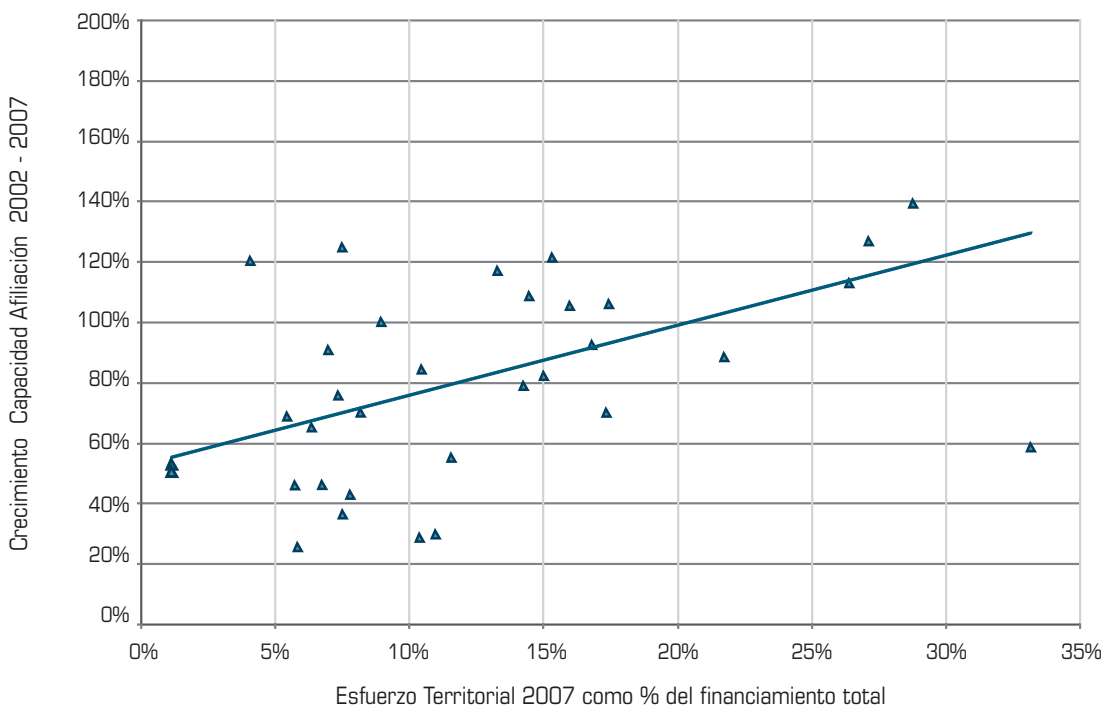
refleja deficiencia en la planeación financiera adelantada por las entidades territoriales que, en 2008, se está traduciendo en incertidumbre sobre la capacidad de mantener los recursos propios aplicados en vigencias anteriores.

Se tiene por ejemplo que 2005 fue un año en el que se reportaron crecimientos muy elevados en la capacidad de afiliación de departamentos como Huila (84,3%) y Antioquia (68,9%), impulsados por recursos propios que participaron con el 37,7% y 43,1% de los recursos de ampliación de cobertura, respectivamente, frente a un promedio nacional no muy distante (41,1%). En consecuencia, al siguiente año el costo del Régimen Subsidiado en estos departamentos creció también a tasas elevadas (56,0% en Huila y 52,6% en Antioquia), donde el esfuerzo territorial aumentó de manera aún mucho más marcada (213,3% y 213,5%, respectivamente) respondiendo a la ampliación de cobertura del año 2005 que para entonces se convertía en continuidad. Manteniendo esta progresión, Huila y Antioquia son dos de los departamentos en los que el esfuerzo territorial alcanzó las más altas participaciones en la cofinanciación del Régimen Subsidiado en 2007, solamente superados por otros departamentos receptores de cuantiosas regalías petroleras (Tabla 84). Antioquia y Huila son, precisamente los departamentos con un mayor número de municipios en los que se sustituyeron recursos de esfuerzo propio por recursos FOSYGA en el marco de los Acuerdos CNSSS 386 y 399 de 2008.

Los alrededor de 2.5 millones de cupos adicionales que se deben incorporar al Régimen Subsidiado para el logro de universalización tendrán que **financiarse casi al 100% con recursos SGP y FOSYGA.**

De esta forma, parece ser que el marcado avance en la ampliación de cobertura de los últimos años, en el que el esfuerzo propio tuvo un aporte significativo (Gráfica 13 y Tabla 84), no se sustentó en criterios de real y viable sostenibilidad financiera desde las entidades territoriales, entendida como el mantenimiento en términos reales de los recursos aplicados en la confluencia de las subfuentes del esfuerzo propio. En consecuencia la nación tendrá que asumir, en gran medida, la financiación de la ampliación de cobertura que aún está pendiente para alcanzar la universalización en las fechas previstas. Es decir, los alrededor de 2.5 millones de cupos adicionales que se deben incorporar al Régimen Subsidiado para el logro de la universalización tendrán que financiarse casi al 100% con recursos SGP y FOSYGA.

Gráfica 13. Participación % del Esfuerzo Territorial 2007 vs. Ampliación de Cobertura, % 2002-2007



9.4 Eficiencia operativa del proceso financiero del Régimen Subsidiado

Tomando como referencia la descripción del proceso financiero del Régimen Subsidiado presentada en el apartado 9.2, en esta sección se analizará la eficiencia operativa del mismo, en el marco de las competencias y tiempos establecidos por ley para el flujo de recursos en el horizonte de una vigencia contractual.

9.4.1 Eficiencia operativa y problemáticas de los procedimientos previstos de planeación financiera y presupuestación

Con respecto a la fase de planeación financiera y presupuestación que se adelanta tanto en la nación como en los municipios para la apropiación presupuestal de los recursos del Régimen Subsidiado (actividades 1-3 de la descripción del proceso previsto para el flujo de recursos presentada en el apartado 9.2), a continuación se define el procedimiento para las principales fuentes de financiamiento así como las dificultades operativas que lo afectan:

Sistema General de Participaciones – SGP:

1. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP) comunica al DNP dentro de los tres (3) días siguientes a la radicación del proyecto de ley de presupuesto ante el Congreso de la República, el monto incorporado por concepto del SGP para la siguiente vigencia fiscal (Artículo 5 del Decreto 050/03).
2. Con base en el monto apropiado, el DNP hace la distribución del SGP y lo somete a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes) para su aprobación a más tardar el 1º de octubre del año en que se realiza la distribución (Artículo 5 del Decreto 050/03). Para dicha distribución el DNP debe recibir, de parte del MPS, la información de cupos contratados en Régimen Subsidiado y cobertura en cada municipio proyectada para el cierre de la vigencia contractual en curso.
3. DNP comunica el monto asignado a las entidades territoriales dentro de los cinco (5) días siguientes a la aprobación del respectivo documento Conpes (Artículo 5 del Decreto 050/03).
4. Cada vigencia contractual ($abril_t$ - $marzo_{t+1}$) se financia con los recursos SGP asignados a los municipios para las mensualidades (doceavas) correspondientes a los meses comprendidos entre $diciembre_{t-1}$ y $noviembre_t$.

Sin embargo,

- En los últimos años la publicación del respectivo documento Conpes se ha dado en diciembre. Por ejemplo el Conpes que distribuyó los recursos del SGP 2008 fue publicado el 28 de diciembre de 2007 y posteriormente ajustado el 05 de febrero de 2008.
- La información de cobertura proyectada que reporta el MPS para la fecha en que se debe calcular la asignación municipal del SGP puede distar del real nivel de cobertura que generará necesidad de financiamiento para la vigencia contractual que inicia en abril del año siguiente. Más aún, dichas proyecciones incluyen la planeación de la ampliación de cobertura, la cual se basa en el número de personas de los listados censales o de los niveles más bajos del SISBEN según su estatus frente al aseguramiento (afiliado al Régimen Contributivo, afiliado al Régimen Subsidiado o sin asegurar), registro sobre el cual hay margen de ganancia en precisión ya que actualmente no se cuenta con un mecanismo centralizado de cruce y validación de la información entre municipios y en la suma de estos que permita tener un listado de población universo para el subsidio.
- Lo enunciado en el punto 4. implica que los recursos que se asignan a los municipios corresponden a presupuestos de hasta dos años atrás con respecto al período a financiar. Por ejemplo, en términos de la actual vigencia contractual (abril 2008 – marzo 2009), los recursos SGP de diciembre de 2007 (última doceava de 2007) financiaron el primer mes de dicha vigencia. De nuevo, dada la dinámica de ampliación de cobertura del Régimen Subsidiado unida a la transformación de recursos del SGP implícita en la normativa (Ley 1122), la información que pudo alimentar la elaboración del presupuesto del SGP 2007(adelantada en septiembre de 2006) pudo distar mucho de la efectiva necesidad de financiación del Régimen Subsidiado en la vigencia que finaliza en marzo de 2009.
- En síntesis, hay falta de oportunidad de la nación en la asignación de recursos del SGP y falta de exactitud en el insumo (cobertura, cupos) para estimar la necesidad financiera, por cuanto no se dispone de un listado nacional de población elegible, sino de un número bruto de población pobre no asegurada por municipio.

FOSYGA:

1. El MPS presenta al DNP y al MHCP la solicitud de cupo de apropiación de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, *de acuerdo con las necesidades de recursos para garantizar la continuidad de la afiliación al Régimen Subsidiado y la meta de ampliación de cobertura para la siguiente vigencia*, la cual debe contar con un

Hay falta de oportunidad de la nación en la **asignación de recursos** del SGP y **falta de exactitud** en el **insumo** (cobertura, cupos) para **estimar** la necesidad financiera.

estudio de sostenibilidad financiera de mediano plazo. Dicha solicitud se debe presentar en la fecha prevista en el calendario de presentación de los anteproyectos de presupuesto (Artículo 5 del Decreto 050 de 2003), es decir a más tardar en el mes de agosto.

2. El MHCP comunica al MPS el monto apropiado en la Ley Anual del Presupuesto aprobada por el Congreso de la República para la siguiente vigencia fiscal, cinco (5) días después de dicha aprobación (Artículo 5 del Decreto 050 de 2003).
3. Tomando como dados la asignación municipal del SGP, *los recursos disponibles en cada entidad territorial*, y el monto apropiado para el Régimen Subsidiado, el CNSSS aprueba el presupuesto del FOSYGA y hace la distribución municipal de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad, *a más tardar en la última sesión de cada año*, conforme a la necesidad de cofinanciación de la afiliación alcanzada en la vigencia en curso y los cupos de ampliación de cobertura, la cual deberá dar prioridad a las entidades territoriales con mayor rezago (Artículo 5 del Decreto 050 de 2003).
4. El MPS comunica a cada municipio su asignación, dentro de los cinco (5) días siguientes a la expedición del acuerdo de distribución (Artículo 5 del Decreto 050 de 2003).

Sin embargo:

- Con respecto al punto 1., la estimación que se realice en el mes de agosto de las necesidades de recursos para garantizar la continuidad y la meta de ampliación de cobertura podría resultar inexacta en la medida en que se debe adelantar en momentos en que tan sólo han transcurrido 4,5 meses de la vigencia contractual (abril – mediados de agosto), quedando un margen de 7,5 meses (mediados de agosto – marzo) para que continúen adelantándose procesos de ampliación de cobertura en condiciones de número de cupos y período de contratación diferentes a las inicialmente proyectadas. Por ejemplo, en febrero de 2008 se adelantó una ampliación de cobertura de alrededor de 60.000 cupos en municipios afectados por inundaciones en la zona denominada La Mojana, lo cual no podía haber sido incorporada en los ejercicios de planeación financiera que pudiesen haber sido adelantados en agosto de 2007 al haber respondido al accionar del Gobierno ante un desastre natural imprevisto.
- Con respecto al punto 3., los recursos disponibles de los municipios para Régimen Subsidiado no son fácilmente identificables por cuanto los formatos oficiales de elaboración de presupuesto de las entidades territoriales (Formato Único Territorial-FUT de la Contaduría, por ejemplo) no permiten visibilizar la apropiación para Régimen Subsidiado de recursos propios de libre destinación, los cuales como se mencionó en el apartado 9.3, aportan un porcentaje importante de la cofinanciación desde las entidades territoriales.
- También para el punto 3., se precisa que la necesidad de cofinanciación de la afiliación alcanzada en la vigencia en curso no necesariamente refleja la necesidad de la vigencia que se está planeando financieramente debido al margen para que se surtan procesos de ampliación de cobertura diferentes a los proyectados o a que las entidades territoriales no contratan todos los cupos asignados de ampliación, generando una brecha en la ejecución de la ampliación de cupos frente a la planeada desde el nivel central. En efecto, para la vigencia contractual 2008 se asignaron un poco más de 2.2 millones de cupos de ampliación de cobertura cofinanciados con recursos FOSYGA reportándose, a octubre de 2008, la contratación efectiva de tan sólo 1.3 millones.
- La asignación de recursos a los municipios no se está adelantando al finalizar la vigencia fiscal. De hecho, la asignación de recursos para la vigencia contractual 2008 se realizó a finales de marzo de 2008.
- En síntesis, se observa falta de oportunidad en la asignación de recursos FOSYGA, así como inexactitud de la planeación financiera por cuenta de procesos de ampliación de cobertura cuya ejecución en la entidad territorial resulta diferente a la planeada inicialmente desde el nivel central. De nuevo, un listado centralizado nacional permitiría capitalizar ganancias de precisión en esta proyección. Así mismo, otra problemática es la desarticulación de los rubros de registro contable entre los instrumentos para el registro de la información presupuestal de los entes de control (FUT de la Contaduría) y la diversidad de fuentes que desde las entidades territoriales financian el Régimen Subsidiado.

Se observa **falta de oportunidad en la asignación de recursos FOSYGA**, así como **inexactitud** de la planeación financiera por **cuenta de procesos** de **ampliación de cobertura** cuya ejecución en la **entidad territorial** resulta diferente a la planeada inicialmente desde el nivel central.

Recursos de Entidades Territoriales:
Según el Artículo 5 del Decreto 050 de 2003, los departamentos, municipios y distritos deben incorporar en los proyectos de presupuesto para la siguiente vigencia fiscal:

- Los recursos propios destinados al Régimen Subsidiado.
- Los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, *una vez les hayan sido comunicados por el Ministerio de Salud.*
- Los recursos del SGP con base en la información remitida por el DNP.

Sin embargo,

- Como ya fue mencionado, los recursos propios provenientes de fuentes de libre destinación no quedan explícitamente identificados en los proyectos de presupuesto por cuanto los formatos oficiales de elaboración de presupuesto de las entidades territoriales (Formato Único Territiorial- FUT de la Contaduría, por ejemplo) no permiten registrar tal rubro.
- Dado que en los términos del Decreto 050 de 2003 la asignación municipal del FOSYGA puede aprobarse hasta en la última sesión del año del CNSSS, se dificulta que el municipio pueda disponer de la información correspondiente para el momento en que debe elaborar el proyecto de presupuesto.
- Como ya fue mencionado, las asignaciones municipales de recursos del SGP y del FOSYGA no están siendo realizadas oportunamente.
- Dado que i) la vigencia contractual comprende tres meses de la siguiente vigencia fiscal, y, ii) los lineamientos dictados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en el marco de la Ley de Presupuesto, castigan la reserva presupuestal; los municipios y departamentos tienen que adelantar todos los años la solicitud de vigencias futuras para asegurar la financiación del 25% del costo anual que representa para la entidad territorial el Régimen Subsidiado. Si bien el procedimiento de solicitud y aprobación de vigencias futuras no debería generar incertidumbres, las entidades territoriales suelen experimentar problemas para la aprobación de las vigencias futuras en años que, como 2008, son el primer año de mandato de las nuevas autoridades locales.

9.4.2 Eficiencia operativa y problemáticas de los procedimientos previstos de flujo de recursos entre actores del Régimen Subsidiado

Con respecto al flujo de recursos entre actores, a continuación se define el procedimiento para las tres relaciones de giro presentes en el proceso (véase apartado 9.2), se enuncian las dificultades operativas que lo afectan, y se presenta evidencia sobre la dimensión del problema en términos de los montos de recursos no girados.

- **Flujo 1: Nación => Municipio (SGP y FOSYGA)**

Según el Decreto 3260 de 2004 y la resolución 3742 de 2007, las condiciones para el giro de recursos de la nación que debe acreditar el municipio son:

1. Acreditación de la cuenta maestra ante los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de la Protección Social (aplica para los recursos del SGP y del FOSYGA)
2. Radicación y legalización de los contratos (aplica para los recursos FOSYGA)
3. Envío y cruce de la base de datos única de los afiliados - BDUA (aplica para los recursos FOSYGA).

Con respecto al punto 1., se precisa que la Ley 715, en su Artículo 44.1.2, establece que es competencia de los municipios el gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del municipio, y administrar los recursos del Fondo Local de Salud. Posteriormente, la Ley 1122 de 2007 estipuló, en su Artículo 13, literal b) que:

> *"Todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas. Estas cuentas corresponderán al recaudo y al gasto en salud pública colectiva, Régimen Subsidiado de*

salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, …. Las cuentas maestras deberán abrirse con entidades financieras que garanticen el pago de intereses a tasas comerciales aceptables, …"(subrayado fuera de texto).

Los conceptos de fondos locales de salud (FLS) y cuenta maestra, se reglamentaron mediante el Decreto 4693 de 2005 y con la Resolución 3042 de 2007. En esta última se establece que los FLS constituyen una cuenta especial del presupuesto de la respectiva entidad territorial, sin personería jurídica ni planta de personal, para la administración y manejo de los recursos del sector, separada de las demás rentas de la entidad territorial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente (Artículo 2).

Por su parte, las cuentas maestras corresponden a las cuentas registradas para la recepción de los recursos de salud del SGP y a las cuales ingresarán la totalidad de los recursos de las subcuentas de Régimen Subsidiado, de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y de salud pública colectiva de los Fondos de Salud de las entidades territoriales.

En términos de deficiencias en lo relativo al requisito de la cuenta maestra se tiene que muchos municipios desconocen la tasa de interés aplicada por la entidad financiera en la que está abierta la cuenta maestra, dificultándose la verificación de que la cuenta haya sido abierta en una entidad que ofrezca tasas comerciales aceptables. Por su parte, en un trabajo piloto del MPS tendiente a validar los formatos que, en el marco del Decreto 4693 de 2005, se implementarán para el reporte de los movimientos de las cuentas maestras por parte de los municipios al MPS, se encontró que en la cuenta maestra de 10 de los 12 municipios analizados no se registraron ingresos por esfuerzo territorial durante el primer trimestre de la actual vigencia contractual[49]. Lo anterior puede obedecer a la discrecionalidad que tiene el municipio para la aplicación de los recursos propios en el contexto de: i) unidad de caja al interior de la cuenta maestra, y, ii) falta de reglamentación con respecto a periodicidades y montos de recursos propios a ingresar en la cuenta maestra, con la única excepción de las rentas cedidas. En efecto, la reglamentación de las cuentas maestras, en lo relativo a los ingresos a registrar en las mismas, determina una programación de montos a ingresar provenientes de recursos del SGP, del FOSYGA y de los recursos propios de destinación específica, sin precisar estos aspectos en lo relativo a las demás sub-fuentes del esfuerzo propio, es decir a las de libre destinación. En efecto, el artículo 5 de la resolución 3042 de 2007 establece:

En la **cuenta maestra de 10 de los 12 municipios analizados no se** registraron **ingresos por esfuerzo territorial** durante el **primer trimestre** de la actual vigencia contractual.

"El ordenador del gasto del fondo de salud, en coordinación con la Secretaría de Hacienda respectiva, preparará el anteproyecto de presupuesto de ingresos y gastos del fondo de salud, para su incorporación al proyecto de presupuesto general de la entidad territorial, como fondo cuenta especial identificando al interior del mismo, cada uno de los conceptos de ingresos de destinación específica y cada uno de los conceptos de gasto, conforme a las subcuentas establecidas en la presente resolución, para lo cual deberán identificarse con un numeral rentístico específico".(Subrayado fuera de texto).

Lo que sí se precisa con respecto al mencionado margen de discrecionalidad en el manejo de los recursos propios es que no puede reñir con la obligación que tiene el municipio de pagar, bimestre anticipado, a las EPS-S (Decreto 050 de 2003).

Con respecto al punto 2., es decir el requisito de legalización de contratos, el mismo trabajo piloto de cuentas maestras que viene adelantando el MPS encontró que el trámite para la legalización de los contratos de aseguramiento fue la principal causa de atraso en el flujo de recursos en las cuentas maestras durante el primer trimestre de la actual vigencia contractual. Lo anterior responde a problemas de gestión de la entidad territorial unidos a la falta de mecanismos ágiles de validación de los contratos ante el Consorcio Fidufosyga 2005. En efecto, se tiene que para el corte a septiembre 30

49. Tomando como base aquellos municipios que se encuentran en los niveles más altos y más bajos de cofinanciación del FOSYGA (numeral 1 del literal C del artículo 1° del Acuerdo 384 de 2008) se seleccionó una muestra representativa de 28 municipios del país y a la fecha de elaboración de este documento se había recibido información de la cuenta maestra de 12 de ellos. Se precisa que la información solicitada correspondió a los movimientos de las respectivas cuentas maestras para el primer trimestre de la actual vigencia contractual, es decir para el trimestre abril-junio de 2008.

de 2008, es decir al cumplirse la mitad de la actual vigencia contractual todavía se encontraban sin poder ser validados en el aplicativo de contratación 1.369 contratos de afiliación al Régimen Subsidiado, equivalentes a aproximadamente 14% del total de contratos suscritos a dicho corte (10.017). Así mismo, la vigencia contractual 2007 cerró con 174 contratos que no pudieron ser validados, equivalentes a 0,64% de los 27.084 contratos reportados en el aplicativo de contratación de dicha vigencia. Dados el anterior porcentaje y la cofinanciación promedio del FOSYGA, la no validación de contratos determinó la imposibilidad de girar, desde la nación, alrededor de $11 mm por falta de acreditación de requisitos por parte de los municipios. Dicho monto es equivalente al 0,23% de los recursos comprometidos en Régimen Subsidiado en la vigencia 2007.

Finalmente, con respecto al requisito 3, se debe mencionar que el envío y cruce de la BDUA es la condición de giro que determina el mayor represamiento de recursos FOSYGA comprometidos y asignados por la nación que no pueden ser girados a los municipios. En efecto, de acuerdo con la información de cargue de BDUA al cierre de la vigencia contractual 2007 (68,14% a marzo de 2008), la pérdida de flujo desde la nación por cuenta de dicho requisito fue de aproximadamente $540 mm, equivalentes al 11,5% del valor comprometido por los municipios en contratos de afiliación al Régimen Subsidiado. Es decir, de cada $100 comprometidos en contratos de afiliación al Régimen Subsidiado, las cuentas maestras de los municipios se acreditaron en alrededor de $89 [50]. Como se observa en la Tabla 85, la potencial pérdida de flujo por categoría municipal osciló entre 9,7% (categoría E) y 15,3% (categoría 2). De esta forma, se puede afirmar que en los municipios categoría 2 (E) el efecto combinado de no cargue BDUA y dependencia relativa de recursos FOSYGA tiene un mayor (menor) impacto negativo en el flujo de recursos.

El **envío** y **cruce** de la BDUA es la **condición de giro** que determina el **mayor represamiento** de recursos FOSYGA comprometidos y asignados por la nación que **no pueden ser girados a los municipios.**

Si bien en lo corrido de la vigencia contractual 2008 se han reportado mejoras en la gestión municipal que han aumentado el cargue de BDUA a 77%, en octubre de 2008, el no flujo de recursos continúa siendo cercano a 10% del valor comprometido en contratos de afiliación al Régimen Subsi-

50. Asumiendo que las entidades territoriales concurrieron con los recursos que habían comprometido para aseguramiento en el Régimen Subsidiado.

Tabla 86. Pérdida de flujo por cargue de BDUA inferior a 100% expresada como % del valor comprometido en contratos de aseguramiento del Régimen Subsidiado en la vigencia contractual 2007

Categoría municipal	Valor de los contratos de afiliación al Régimen Subsidiado - Vigencia contractual 2007	Monto estimado no girado de recursos FOSYGA de la vigencia contractual 2007 a marzo de 2008	% del no giro FOSYGA con respecto al valor total del Régimen Subsidiado
E	$816.670.089.635	$78.960.145.604	9,7
1	$455.204.652.783	$63.224.925.768	13,9
2	$382.663.071.792	$58.362.367.583	15,3
3	$120.457.452.036	$15.934.150.326	13,2
4	$189.654.233.542	$25.889.250.069	13,7
5	$226.137.832.754	$24.725.503.826	10,9
6	$2.521.377.193.962	$272.447.294.985	10,8
Total país	$4.712.164.526.505	$539.543.638.160	11,5%

Fuente: Cálculos propios a partir de información de la base de datos de contratos del Régimen Subsidiado - Aplicativo de contratación Consorcio FIDUFOSYGA 2005 - Ministerio de la Protección Social.

diado. En efecto, de acuerdo con el último corte referenciado disponible de BDUA y dado el peso relativo proyectado del FOSYGA en la financiación de la vigencia contractual 2008 (42%) se estima que el no giro desde la nación por cuenta del requisito BDUA sería equivalente a 9,7% del valor de la contratación de 2008. Lo anterior en un contexto en que, a pesar de la mejora significativa en el cargue de BDUA (68% en marzo de 2008 vs. 77% en octubre de 2008), la participación del FOSYGA en la financiación del Régimen Subsidiado aumentó, pasando de 35,6% en la vigencia contractual 2007 a un proyectado de 41,8% en 2008 (véase Tabla 77). En este contexto el flujo de recursos se está volviendo más sensible al cargue de BDUA. Más aún, como se mencionó en la sección 9.3, para el cumplimiento de la meta de universalización establecida para 31 de diciembre de 2009 y dada la dinámica del esfuerzo territorial, la financiación del Régimen Subsidiado continuará aumentando de manera progresiva su dependencia relativa del FOSYGA, razón por la cual es imprescindible atacar el bajo cargue de BDUA.

Los rezagos reportados en la validación de contratos y en el cargue de la BDUA podrían estar reflejando problemas en la capacidad de gestión del municipio para responder a las tareas administrativas, técnicas, financieras y operativas que tiene a cargo, siendo necesario buscar esquemas en que las funciones asignadas tengan mayor correspondencia con la capacidad de ejecutarlas. De nuevo, resultaría conveniente implementar un sistema de certificación municipal para la operación del Régimen que permita guiar eventuales flexibilizaciones en las tareas a cargo de las entidades territoriales.

En término de plazos establecidos para el flujo de recursos y la oportunidad observada en el mismo se precisa que:

- El **SGP** se gira con periodicidad mensual y mes vencido con respecto a la asignación, de manera que la financiación de la vigencia contractual llega a los municipios entre enero y diciembre, es decir, con tres meses de anticipación al período a financiar (Art. 53, Ley 715 de 2001). El SGP es girado oportunamente.
- Los giros del **FOSYGA** que financia cada vigencia contractual se realizan con periodicidad trimestral y con tres meses de anticipación (Decreto 3260 de 2004). Lo anterior se traduce en giros programados para los meses de abril, julio, octubre y enero. Sin embargo, el primer giro del FOSYGA no suele adelantarse en abril sino principalmente en mayo y, eventualmente, en junio, a causa de lo dispendioso que está siendo el proceso de legalización de los contratos en los municipios y su posterior radicación y validación por parte del Consorcio Fidufosyga 2005.
- Se precisa que el Decreto 3260 de 2004 establece que el primer giro de los recursos FOSYGA se efectuará a más tardar el día 10 de febrero del respectivo año (Parágrafo del Artículo 1), pero lo anterior sólo aplica a municipios que vengan celebrando contratos de afiliación por períodos de 2 y 3 años. Se aclara que para que un municipio pueda suscribir contratos por un plazo superior a un año, el Consejo Municipal debe incluir el Régimen Subsidiado como proyecto prioritario. Desafortunadamente, lo que se observa es que a pesar de la existencia de esa herramienta, los municipios realizan contratos por hasta una vigencia contractual, posiblemente como consecuencia de la dificultad para la aprobación de vigencias futuras, de la multiplicidad de períodos de ampliación y en general, de los elementos de incertidumbre frente a los costos y financiación del Régimen Subsidiado. De esta forma, podrían capitalizarse ganancias de eficiencia en el proceso de flujo financiero en la medida en que los consejos municipales incluyeran el Proyecto Régimen Subsidiado como prioritario y así se viabilizara la celebración de contratos por hasta tres vigencias contractuales.

- **Flujo 2: Municipio => EPS-S**

Según la normativa vigente (Resolución 838 de 2004), en el marco de los contratos de aseguramiento del Régimen Subsidiado, el municipio pagará a la EPS-S, en forma anticipada por bimestres y dentro de los diez (10) días siguientes al inicio del respectivo bimestre. De esta forma, el primer pago se debe realizar en abril y los 5 pagos posteriores en los meses de: junio, agosto, octubre, diciembre y febrero del año siguiente.

Los pagos se realizan mediante giro electrónico desde la cuenta maestra a cuentas previamente registradas de EPS-S que estén debidamente habilitadas, y previa presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario. El cálculo del monto a pagar[51], se realizará teniendo en cuenta la base de datos de afiliados entregada por el municipio a la EPS-S y la información de carnetizados, sin perjuicio de los ajustes que por novedades sean pertinentes. En particular, se establece que:

51. El valor total del contrato se estima como el resultante de aplicar la UPC-S a los afiliados en la base de datos original, descontando el porcentaje que para acciones de Promoción y Prevención definió el CNSSS, excepto en las aseguradoras indígenas (EPSI), a las cuales no se les realizará este descuento, en cumplimiento del artículo 46 de la Ley 715 de 2001.

- El monto del primer pago se estimará para la totalidad de afiliados según la base de datos entregada por el municipio a la EPS-S, sin perjuicio del descuento posterior de las UPC-S resultantes no causadas, por aquellos afiliados no carnetizados, de los que vienen con carnet con vigencia anual y los afiliados nuevos.
- En todo caso, los afiliados no carnetizados, serán descontados por el municipio desde el primer día de contratación.
- Los pagos posteriores se sujetarán: i) al informe de carnetización de los afiliados que vienen con carnet con vigencia anual y de los nuevos afiliados dentro de los 45 días calendario contados a partir de la iniciación del contrato de aseguramiento, y, ii) al reporte de novedades mensuales entregadas por la EPS-S.
- Cuando se presenten novedades que afecten el monto total del contrato inicialmente estimado, se harán los ajustes necesarios, para determinar lo efectivamente adeudado a la EPS-S en relación con las UPC resultantes. Estos ajustes deberán reflejarse en el valor a pagar en el período pactado inmediatamente siguiente.
- El municipio debe reconocer, a favor de la EPS-S intereses de mora a la tasa de interés moratorio establecida para los impuestos administrados por la DIAN, cuando no gire los recursos en los plazos establecidos. Estos intereses deberán pagarse con cargo a los recursos propios de la entidad territorial de libre destinación, sin perjuicio de las acciones de repetición a que hubiere lugar.

De lo anterior se desprende que el flujo de recursos depende tanto de la capacidad de gestión del municipio para el ejercicio de sus competencias en la administración y ordenación del gasto de los FLS, como de la gestión de la EPS-S en la acreditación de las condiciones para giro, principalmente en lo relativo al manejo de información de carnetización y novedades.

Entre las competencias relativas a la administración y ordenación del gasto de los FLS, según la Resolución 3042 de 2007, el municipio debe:

- Garantizar la administración y utilización de los recursos destinados a la salud de conformidad con las competencias establecidas por la ley para las entidades territoriales en el sector salud.
- Programar, elaborar y presentar el anteproyecto de presupuesto de ingresos y egresos del Fondo de Salud para su incorporación en el de la entidad territorial, en coordinación con las dependencias señaladas en la ley y en el marco de lo establecido en el régimen presupuestal de la respectiva entidad territorial, articulándolo con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, Plan Financiero, Plan Operativo Anual de Inversiones, y el Plan Anual Mensualizado de Caja.
- Pagar de manera oportuna y adecuada las obligaciones que se hayan contraído con cargo a los recursos del fondo de salud, debidamente autorizados en el presupuesto y en el programa anual mensualizado de caja (PAC).
- Atender criterios de seguridad y eficiencia en el manejo de los recursos públicos.

El flujo de recursos depende tanto de la **capacidad de gestión del municipio** para el ejercicio de sus competencias en la administración y ordenación del gasto de los FLS, como de la **gestión de la EPS-S en la acreditación** de las **condiciones para giro.**

Según la evaluación adelantada en el marco del Programa de Apoyo a la Reforma en Salud (MPS-PARS, 2007), desde la **gestión municipal**, el flujo de recursos se ve afectado por tres grandes problemáticas:

- Dificultad en el cumplimiento de los requisitos de contratación y bases de datos con el registro de afiliados.
- Desconocimiento por parte de los servidores públicos del manejo financiero de las fuentes que financian el Régimen Subsidiado.
- Reglamentación desactualizada de los FLS.

Así mismo, en el marco de sus competencias, los municipios con la concurrencia de todas las fuentes, tanto del orden nacional como territorial y del sector privado (como las CCF y los gremios) deben adelantar oportunamente los pagos a las EPS-S[52] pero lo que se observa, a la luz

52. El desatender las previsiones legales referentes al flujo de recursos del sector salud y al adecuado, oportuno y eficiente recaudo, administración, aplicación y giro de ellos constituye, entre otros, hecho sancionable para los representantes legales de los departamentos, distritos y municipios, directores de salud o quien haga sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones y del sector salud en las entidades territoriales (Resolución 3042 de 2007, Artículo 32).

del análisis de los movimientos de la cuenta maestra de los municipios de la muestra, es que se están presentando atrasos en los pagos.

En efecto, en el trabajo de análisis sobre los movimientos de las cuentas maestras que se viene adelantando en el MPS, se encontró que:

- Sólo en 4 de los 12 municipios se adelantó el pago de lo causado en el marco de los contratos de aseguramiento con las respectivas EPS-S en el primer trimestre (abril-junio) de la vigencia contractual 2008.
- De los 8 municipios con pagos por debajo de lo causado, el % de pago se ubicó en alrededor de 70% en 5 de ellos. En 3 fue inferior a la mitad, siendo extremadamente crítico el caso de dos municipios con pagos equivalentes a menos de 6% de lo causado (véase Tabla 87).
- Durante el mes de abril no se reportó el primer pago a EPS-S en ninguno de los municipios analizados. El primer pago a EPS-S se reportó con anterioridad al 15 mayo en tan sólo 1 municipio. A 31 de mayo todavía faltaban 5 de los 12 municipios por adelantar su primer pago. El período de análisis finalizó el 30 de junio sin reportarse pago en 2 municipios.
- En síntesis, se identificó una problemática de flujo de recursos inoportuno e insuficiente.

En el mismo trabajo se identifica a la tardanza en el trámite para la legalización y validación de los contratos de aseguramiento como la principal causa del atraso en el primer pago, mientras que en la evaluación adelantada en el marco del Programa de Apoyo a la Reforma en Salud (MPS-PARS, 2007) se identificó a la gestión municipal como la principal causa del no flujo de recursos del Régimen Subsidiado. Es así como problemas de gestión de la entidad territorial unidos a la falta de mecanismos ágiles de validación de los contratos ante el Consorcio Fidufosyga 2005 impiden que de manera oportuna se pueda adelantar desde la nación el primer giro de recursos del FOSYGA, con la consecuencia de que la acreditación de ingresos de las cuentas maestras de los municipios pueda ser inoportuna o insuficiente para efectos del cumplimiento de las obligaciones financieras de los mismos.

Vale la pena aclarar que por tratarse del primer trimestre de la vigencia contractual y dado el cronograma de flujo de recursos, es de esperar que para el 10 de junio las cuentas maestras hayan sido acreditadas con 50% de la asignación anual del SGP y 25% de la asignación del FOSYGA. Dada la estructura promedio de cofinanciación del país en la vigencia contractual 2008, lo anterior implicaría que los municipios disponen, para dicha fecha (junio 10), de alrededor de 34,1% del financiamiento anual del Régimen Subsidiado únicamente con las fuentes FOSYGA y SGP,

Tabla 87. Indicadores de % y oportunidad de pago de los municipios a las EPS-S a partir de movimientos en cuenta maestra

Municipio/Departamento	% pagado 1/	Fecha de pago correspondiente al primer bimestre anticipado 2/
Panqueba / Boyacá	47,9	may-27
Sogamoso / Boyacá	5,5	No pago a junio 30
Buena Vista / Boyacá	99,1	may-25
Pisba / Boyacá	107,1	may-16
Armenia / Quindío	78,3	may-28
Montenegro / Quindío	110,7	may-12
Finlandia / Quindío	67,8	may-16
Calarcá / Quindío	99,0	may-17
Pamplona / Norte de Santander	64,8	jun-06
Villa del Rosario / Norte de Santander	68,3	jun-16
Cúcuta / Norte de Santander	69,6	may-30
Monte Líbano / Córdoba	1,2	No pago a junio 30

1/ Con respecto a lo correspondiente a los pagos de los dos primeros bimestres de la vigencia contractual 2008, programados para los meses de abril y junio
2/ De acuerdo con el artículo 31 del Decreto 050/03 este pago debe efectuarse entre los 10 primeros días de abril.
Fuente: Información reportada por entidades territoriales a la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud del Ministerio de la Protección Social, en el marco de la prueba piloto al seguimiento de los movimientos de cuentas maestras.

frente a unas erogaciones por concepto de pago a las EPS-S que representarían el 33,3% (la tercera parte).

En este contexto, los resultados anteriormente reportados resultan altamente señaladores con respecto a la gestión financiera del municipio y a la inoportuna o insuficiente acreditación de la cuenta maestra con recursos propios, por lo menos durante el primer trimestre del año. Lo anterior, toda vez que en la muestra de municipios analizados en la prueba piloto se observó que:

- Tan sólo 2 de los 12 municipios reportaron ingreso de recursos propios en la cuenta maestra.
- Más aún, en los 2 municipios que reportaron ingresos de esfuerzo territorial en la cuenta maestra, los mismos resultaron equivalentes a tan sólo el 54% y 36% de los ingresos esperados por dicha fuente dada la proporcionalidad del período de tiempo transcurrido.
- Adicionalmente, estos 2 municipios ni siquiera fueron de los municipios en los cuales los pagos a las EPS-S correspondieron al 100% de los causados.
- En síntesis, no se observó la concurrencia de la fuente esfuerzo territorial aún cuando se necesitaba de la misma para mitigar los atrasos y el bajo nivel de flujo de recursos.

De esta forma, a pesar de las bondades en capacidad de pago (flujo de caja) para la entidad territorial que brindan herramientas como la unidad de caja de los recursos en la cuenta maestra[53], la evidencia anterior parece indicar que la ya mencionada falta de reglamentación con respecto a la periodicidad y proporcionalidad de la acreditación de la cuenta maestra con los recursos de la fuente esfuerzo propio no contribuye a generar incentivos para que las entidades territoriales asuman con mayor previsión y planeación su gestión financiera del Régimen Subsidiado.

Vale la pena analizar, hasta qué punto sería importante exigir a los municipios que, en virtud de haber apropiado recursos en sus presupuestos desde el mes de octubre del año anterior a la vigencia contractual, se comprometan a definir, mediante el acto administrativo que corresponda, la periodicidad con la cual acreditarán la cuenta maestra durante la vigencia contractual con 100% de los recursos propios comprometidos. La Superintendencia Nacional de Salud tiene la competencia de adelantar el seguimiento a los Fondos Locales de Salud.

Hasta qué punto **sería importante** exigir a los **municipios** que se **comprometan** a definir, mediante el acto administrativo la periodicidad con la cual **acreditarán la cuenta maestra** durante la vigencia contractual con **100% de los recursos propios** comprometidos.

Ahora bien, en términos de la gestión de la EPS-S, el flujo de recursos depende: i) de que la EPS-S radique ante el municipio las respectivas facturas de manera oportunamente y en debida forma (en línea con lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario, y, ii) del reporte de información de carnetizados y novedades de la EPS-S (contrastado contra la BDUA entregada por el municipio para la celebración del contrato).

Al respecto se debe precisar que se está observando discrecionalidad en la manera como se está facturando y/o pagando por el servicio de aseguramiento en la medida en que las cuentas maestras registran gastos por pago a EPS-S bajo tres modalidades de cálculo[54]:

- Contra cargue de BDUA + carnetizados
- Contra sólo carnetizados
- Contra sólo cargue de BDUA

Esta falta de unificación dificulta tanto el seguimiento al flujo de recursos como la implementación de medidas correctivas, a la vez que evidencia la asimetría frente al criterio de giro de recursos FOSYGA desde la nación que es el cargue de la BDUA.

53. En efecto, en línea con el principio de unidad de caja de recursos en la cuenta maestra, la forma de pago del contrato de aseguramiento no queda sujeta a las distintas fuentes de financiación, sino exclusivamente a la disponibilidad de recursos con destino al Régimen Subsidiado del FLS. Así, se viabilizan los pagos que deben adelantar los municipios a las EPS-S sin importar las fuentes específicas que ampararon, presupuestalmente, el respectivo contrato.

54. Según la normativa vigente, la suma de los seis pagos de una vigencia contractual debe corresponder al monto equivalente según el número de carnetizados. Sin embargo, se definió que el primer pago se haga contra cargue de BDUA y los restantes contra carnetizados, incluyendo el ajuste a que hubiera con respecto al primer pago cuando la información de BDUA y carnetizados sea diferente.

La discrecionalidad en la modalidad bajo la cual se está facturando y/o pagando por el aseguramiento mediante Régimen Subsidiado, puede obedecer a deficiencias de articulación homologación, validación, verificación simultánea entre la información de carnetizados (responsabilidad de la EPS-S) y los registros de la base de datos (responsabilidad del municipio), lo cual es gestión conjunta de la EPS-S y el municipio. En efecto, en el marco de las responsabilidades conjuntas incluidas en la minuta del contrato de aseguramiento (cláusula 4, anexo Resolución 838 de 2004), corresponde a municipios y EPS-S: *constituir, depurar y actualizar las bases de datos de afiliados al Régimen Subsidiado de conformidad con los requerimientos del sistema de información definidos por el Ministerio de la Protección Social.*

De esta forma, se podrían capitalizar ganancias de eficiencia en el proceso del flujo financiero en la medida en que se unifique el criterio de giro entre actores, el cual, como se mencionó y bajo la normativa actual, es el cargue de BDUA para el flujo Nación → Municipio y el reporte de carnetizados para el flujo Municipio → EPS. En consecuencia, cobra vital importancia la constitución de un sistema de información confiable, robusto y oportuno en el que se cuente con un elemento trazador que bien podría ser el número de afiliados debidamente identificados y cargados en la BDUA.

Análisis de la efectividad de la medida de contingencia para el Flujo Municipio => EPS-S

Como se mencionó en la sección 9.2, en municipios que, a pesar de haber recibido los recursos SGP y FOSYGA, reporten mora de 20 días en el pago de sus obligaciones con al menos una de las EPS-S, se aplica la medida de giro directo. La medida determina el giro de recursos (tanto SGP como FOSYGA) directamente desde la nación a cada una de las EPS-S que operen en el respectivo municipio. La medida es transitoria y el levantamiento de la misma procede para el inicio de la siguiente vigencia contractual en la cual el municipio acredite el pago de la mora que originó la adopción de la medida. La aplicación de esta medida empezó en agosto de 2005 y el número de municipios en tal situación ha aumentado de 15, al cierre de 2005, a 39 en 2006, 69 en 2007 y, 76 al cierre de septiembre de 2008 (véase anexo 6).

De esta forma, la medida de giro directo se adoptó para mejorar el flujo de recursos en el Régimen Subsidiado. Sin embargo, al analizar las cifras de cartera de las IPS con corte a marzo de 2008[55] en los 41 municipios de la muestra que se encontraban en giro directo, no se puede concluir que la medida haya sido efectiva en dicho sentido. Así, se observa que la cartera menor de doce meses de la red pública de primer nivel en los municipios en giro directo (24,3% de los ingresos esperados de las IPS por los contratos por capitación) es prácticamente igual que la observada para el promedio de la muestra (25,1%) expresada como porcentaje de los recaudos esperados.

La cartera mencionada ascendió a $29.865 millones en los 41 municipios en giro directo en la muestra. Dada la naturaleza de la medida, lo anterior señalaría directamente a la EPS-S como la responsable del no giro hacia las IPS, siempre y cuando desde la nación se girara el 100% de lo asignado por las fuentes SGP y FOSYGA. Sin embargo ese no es el caso y al analizar la evolución del cargue de BDUA se observa que la medida de giro directo se asocia a caídas en el cargue de BDUA en 85% de los municipios en giro directo incluidos en dicho análisis[56].

En efecto, al comparar el promedio de cargue de BDUA antes de la medida y durante la vigencia de la misma, se observa que dicho promedio cayó en 35 de los 41 municipios en giro directo. Más aún, el promedio simple de cargue de BDUA fue de 77,6% en períodos sin giro directo, en tanto que cayó a 42,2% en los meses de vigencia de la medida.

De esta forma, es claro que la medida de giro directo desincentiva la gestión municipal para el cargue de BDUA, razón por la cual su efectividad para permitir un mayor

55. Análisis adelantado a partir de la información de cartera de las IPS Públicas, reportada por las entidades territoriales al MPS, en virtud del Decreto 2193 de 2004. Corresponde a la cartera de la red pública de primer nivel de atención (I), a marzo 31 de 2008, de manera que el horizonte de análisis incluyera todos los giros asociados a la vigencia contractual 2007, los cuales, de haber sido realizados oportunamente por cada uno de los actores, debían haber finalizado en febrero (véase sección 9.2). La información de la cartera de las IPS se procesó de manera tal que la unidad de análisis fuera el municipio, de allí que se hubiese escogido la cartera del nivel I de atención. De esta forma se agregó la cartera de las IPS de acuerdo con el municipio con el cual tiene contratada la atención. Así, se obtuvo una muestra de 818 municipios que dan cuenta de alrededor del 83% del mercado del Régimen Subsidiado en términos tanto del valor de la contratación como de la capacidad de afiliación. De estos 818 municipios, 41 se encuentran en la condición de giro directo.

56. Se incluyeron los municipios en giro directo para los cuales, a partir de la información disponible de cargue de BDUA, se podía contar con al menos un semestre de información de cargue de BDUA sin giro directo y también al menos seis meses con información de cargue de BDUA en giro directo. Dado que la información mensual de cargue de BDUA se encuentra disponible desde julio de 2006, lo anterior llevó a la inclusión de los 41 municipios que entraron en giro directo entre diciembre de 2006 y enero de 2008.

y más oportuno flujo de recursos hacia las EPS-S se ve limitada. En este orden de ideas, y como se presentará en la sección 9.5, la medida de giro directo municipal debe ser ajustada en el sentido de fortalecer los criterios de evaluación y seguimiento a la gestión financiera de las EPS-S beneficiarias, así como de exigirles mayor corresponsabilidad. Lo anterior resultará más efectivo y conducente, en aras de legitimar entre los diferentes actores la evaluación y seguimiento así como la corresponsabilidad de la EPS-S, si además se les exige a las aseguradoras, en lugar de a los municipios, el reporte de cargue de BDUA.

La **medida de giro directo desincentiva la gestión** municipal para el cargue de BDUA, razón por la cual **su efectividad** para permitir un **mayor y más oportuno flujo de recursos** hacia las EPS-S se ve limitada.

- **Flujo 3: EPS-S => IPS**

El proceso que define el flujo de recursos entre las EPS-S y las IPS, en el marco de la contratación de la prestación de servicios con la Red que la aseguradora constituya para los fines, ha sido normado con los Decretos 050 de 2003, 3260 de 2004, la Resolución 838 de 2004 y, más recientemente, con la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 4747 de 2007.

La Ley 1122 establece que:

- Si los contratos son por capitación, las EPS-S pagarán los servicios a las IPS habilitadas, *mes anticipado*, 100% del valor mensual correspondiente. Lo anterior, sin perjuicio de los ajustes posteriores por concepto de novedades o carnetización, los cuales se harán en el siguiente pago o a más tardar en el momento de la liquidación (Decreto 050 de 2003).
- Si los contratos son bajo otra modalidad (pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico) se hará como mínimo un pago anticipado de 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación.

En cuanto a la presentación y trámite de facturas, el artículo 21 del decreto 4747 de 2007 establece que los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. Por su parte, el Decreto 050 de 2003 establece el trámite de las mismas así:

- La EPS-S debe recibir facturas de las IPS como mínimo durante los veinte (20) primeros días calendario del mes siguiente al que se prestaron los servicios.
- Una vez radicada y presentada la factura, la EPS-S debe revisar y pagar las cuentas no glosadas dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, *siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial*. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la *recepción del pago.*
- Dentro del mismo término y efectuada la revisión integral de la factura, la EPS-S glosará hasta por una sola vez la cuenta y la notificará a la IPS. Las glosas deberán ser resueltas y pagadas por las partes dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha en que fueron notificadas.
- Todas las cuentas de cobro y facturas a las EPS-S se deberán presentar dentro de los plazos contractuales. En ningún caso, este plazo puede ser superior a seis (6) meses contados a partir de la fecha de prestación de los servicios.
- Los plazos contractuales establecidos para el pago de los servicios por parte de las EPS-S, se *duplicarán cuando las IPS facturen por fuera del plazo convenido*, sin perjuicio de que sólo se reconozcan intereses y sanciones pecuniarias por los primeros 6 meses, de conformidad con el artículo 7 del Decreto-ley 1281 de 2002.
- La EPS-S que no gire los recursos a los prestadores de servicios de salud en los plazos establecidos en los contratos de prestación de servicios, deberá reconocer a éstos, intereses de mora a la tasa de interés moratorio establecida para los impuestos administrados por la DIAN, de acuerdo con lo definido en el Decreto-ley 1281 de 2002 y el Decreto 050 de 2003. Estos intereses, deberán pagarse con cargo a los recursos propios o diferentes a los destinados a la prestación de los servicios de salud, sin perjuicio de las acciones de repetición a que hubiere lugar (Resolución 838 de 2004, Cláusula 11, Parágrafo 2).
- Cuando la EPS-S incurra en mora superior a siete (7) días calendario con la IPS respecto de las cuentas debidamente aceptadas, habiendo recibido oportunamente los recursos correspondientes a las UPC resultantes de su población afiliada, el municipio podrá abstenerse de celebrar nuevos contratos de aseguramiento o de renovar los ya existentes

Es clara la necesidad de **consolidar** un **sistema de información** que permita el **rastreo del flujo de recursos** del Régimen Subsidiado **desde que empieza** en la nación hasta que **finaliza** en la IPS.

con la respectiva EPS-S, en el siguiente período de contratación. En este caso, de acuerdo con el procedimiento establecido por el CNSSS se efectuará el traslado de la población afiliada, garantizando la continuidad en la afiliación (Resolución 838 de 2004, Cláusula 13).

El anterior proceso para el trámite de pagos implica que el flujo de recursos EPS-S → IPS, en el marco de una vigencia contractual del Régimen Subsidiado *(abril-marzo del año siguiente)*, se extendería durante los siguientes períodos:

- Entre los meses de *abril y marzo del año siguiente*, en el caso de contratos por capitación,
- Para las otras modalidades de contratación el trámite previsto de las facturas determinaría flujos entre los meses de *junio y mayo del año siguiente*, en el escenario exigente de presentación oportuna y total de facturas por parte de las IPS, de no glosas por parte de la EPS-S y de haber recibido los recursos del ente territorial.
- Para otras modalidades de contratación en el caso opuesto extremo de presentación de factura en el plazo máximo establecido y que la misma sea glosada total o parcialmente, el flujo de recursos EPS-S → IPS podría finalizar hasta el *30 de noviembre del año siguiente* sin violar el procedimiento establecido. Es decir, ocho meses después de finalizada la prestación de servicios de la vigencia contractual (marzo 31).

Bajo este panorama y en aras de no afectar su flujo de caja, las IPS deberían optar por adelantar la presentación de facturas de la manera más inmediata posible frente al período de la prestación del servicio. Si bien la normativa desincentiva la presentación tardía de facturas por parte de la IPS al, por ejemplo, duplicar el plazo para el pago en caso de presentación por fuera de los plazos contractuales, valdría la pena evaluar si dicho plazo contractual (hasta 6 meses después de la prestación del servicio) es de por sí muy amplio y podría ser recortado.

Con respecto al denominado escenario exigente, es clara la necesidad de consolidar un sistema de información que permita el rastreo del flujo de recursos del Régimen Subsidiado desde que empieza en la nación hasta que finaliza en la IPS. Esta necesidad se reafirma para efectos de poder verificar las condiciones o causales de la medida de giro directo a la IPS. Como se recordará (sección 9.2) la aplicación de la medida (giro desde el municipio hacia la IPS) procede cuando a pesar de haber recibido los recursos del municipio, la EPS-S no realice el pago de las cuentas debidamente aceptadas por concepto de prestación de servicios de salud a cualquiera de las IPS que hacen parte de su red de prestación, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en la cual debe efectuarse el pago (Decreto 3260 de 2004, artículo 6).

En el marco de lo ordenado por la Ley 1122, al MPS le corresponde reglamentar lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura. En tal sentido surgió el decreto 4747 de 2007, el cual establece entre otros aspectos que:

- El Ministerio de la Protección Social *expedirá el Manual Único de Glosas*, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Art.22).
- El artículo 23, de Trámite de Glosas, establece que las entidades responsables del pago de servicios de salud formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, *con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura*[57] *cuando este sea implementado*, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presenta-

57. El art.25 del Decreto 4747 estipula que para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social establecerá la estructura y operación de un registro conjunto de trazabilidad de la factura.

ción de la factura con todos sus soportes. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

- El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.
- Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud.
- Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas. Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley.
- En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el artículo 7 del Decreto-ley 1281 de 2002.
- En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador.

De lo anterior se concluye que el flujo de recursos EPS-S → IPS depende de un procedimiento muy complejo, en el que además aún están pendientes la definición de instrumentos claves dentro del proceso, como el manual único de glosas o el registro conjunto de trazabilidad de la factura. Se debería aprovechar este espacio para avanzar hacia la definición de instrumentos que simplifiquen el proceso y que se diseñen pensando en que se articulen en la consolidación de un sistema de información que facilite el rastreo en el flujo de recursos, en todas las relaciones entre los diferentes actores.

El **flujo de recursos** EPS-S → IPS **depende** de un **procedimiento** muy complejo, en el que además aún **están pendientes** la definición de **instrumentos claves** dentro del proceso, como el **manual único de glosas** o el **registro** conjunto de **trazabilidad de la factura.**

La necesidad de poder realizar el rastreo efectivo y oportuno de los recursos es evidente al revisar algunos de las cláusulas del contrato de aseguramiento (Anexo de la Resolución 838 de 2004) tales como:

- Cláusula 2, numeral 12. La EPS-S debe suministrar mensualmente al municipio, los estados de cartera con los Prestadores de Servicios de Salud públicos y privados contratados y demás proveedores, y un informe sobre el estado de pagos a la aseguradora con la que constituyó la póliza de enfermedades de Alto Costo.
- Cláusula 11, Parágrafo 1. La EPS-S debe, una vez recibidos los recursos por parte del municipio, priorizar el pago de las obligaciones contraídas con los prestadores de servicios de salud que atienden a la población por la cual se recibe el recurso, sobre cualquier otro prestador de servicios de salud contratado por ella misma, en cumplimiento de lo ordenado por el artículo 9º del Decreto 46 de 2000.

Vale la pena preguntarse hasta qué punto, bajo las condiciones actuales de operatividad de las EPS se vienen adelantando las verificaciones y gestiones tendientes a dar cumplimiento a los anteriores clausulados. Adicionalmente, con respecto al numeral 12 de la cláusula 2, se debe precisar que la información de los estados de cartera con los prestadores que reporta la EPS-S no coincide con la información de cartera que directamente reportan las IPS debido a que estas últimas incluyen en sus cuentas por cobrar el valor total de las facturas radicadas, en tanto que las EPS-S sólo incluyen en sus cuentas por pagar lo relativo a las facturas no glosadas.

Hecha esta salvedad, a continuación se sintetizan algunas cifras obtenidas de la información de cartera del primer nivel de atención de las IPS públicas, en el entendido en que la cartera reportada por los prestadores permitiría dimensionar el resultado final de no flujo de recursos del Régimen Subsidiado acumulado en todas las etapas del mismo: nación a municipios, de entidades territoriales a aseguradoras y de estas últimas a IPS.

- **Dimensionamiento del no flujo de recursos en el Régimen Subsidiado a partir de la información de cartera de las IPS públicas en la atención del primer nivel**

De acuerdo con la información consignada en el sistema de información hospitalaria (SIHO), en virtud del Decreto 2193 de 2004, se encuentra que la cartera menor a 360 días con corte a 31 de marzo de 2008 de las IPS públicas de primer nivel de atención ubicadas en 818 municipios fue de $439 mm en los 818 municipios que reportaron información en los términos del Decreto 2193 de 2004. Dicho monto es equivalente a alrededor del 25,1% del valor de los contratos por capitación para la atención del nivel I que se suscribieron en estos municipios durante la vigencia contractual 2007 ($1.746 mm). De esta forma de cada $4 contratados a las IPS le ingresaron $3, evidenciando una situación altamente preocupante de no flujo de recursos.

Ahora bien, una vez determinado que el no flujo de recursos es un problema de gran magnitud, vale la pena analizar en qué medida dicha situación obedece a problemas en los giros desde la nación, los municipios y/o las EPS-S, o, por que no, a problemas en la gestión de las IPS para cobrar por los servicios prestados. Desafortunadamente, debido al ya mencionado problema de carencia de herramientas o instrumentos que permitan el rastreo del flujo de recursos, la inferencia cuantitativa que se puede adelantar se limita a medir el impacto del criterio de cargue de BDUA en los giros del FOSYGA a los municipios, mientras que para los otros actores se podrían mencionar elementos de valoración cualitativa.

Así, para efectos de dimensionar qué tanto de la cartera de la red prestadora del nivel I pudo originarse en el no flujo de recursos desde la nación, se procedió a analizar la información de cargue de BDUA usado para el respectivo giro de recursos de marzo de 2008. Como se recordará, el giro de recursos del FOSYGA a los municipios se realiza contra porcentaje de cargue de BDUA, donde mejoras en el cargue se reflejan de manera retroactiva en el monto a girar. Se precisa que no se analizó lo relativo al posible no

Se precisa que la **eficiencia del flujo de recursos** es entendida como la **combinación de capacidad de financiación generada** y **eficiencia operativa en la gestión** de la misma.

flujo de recursos del SGP ya que los giros de esta fuente no se realizan con la condicionalidad de cargue de BDUA.

Dado el cargue de BDUA usado para los giros FOSYGA de marzo de 2008, se estimó en $191 mm los recursos que no pudieron ser girados desde la nación a los municipios de la muestra para la atención del nivel I. De manera referencial se tiene que este monto equivale a 43,4% de la cartera menor de 12 meses de las IPS, explicando algo menos de la mitad del no flujo de recursos muestral en el Régimen Subsidiado. Ahora bien, la explicación del 57% restante de la cartera se encontraría en problemas de gestión de los municipios, las EPS-S o las IPS sin que se pueda, con la información disponible y dada la interacción de los actores en lo relativo al nivel I de atención, adelantar estimaciones de los efectos individuales.

En efecto, debido a la dinámica de interacción entre los actores del Régimen Subsidiado circunscrita a la atención de nivel I, unida a la carencia de instrumentos de seguimiento y rastreo al flujo de recursos, se dificulta cuantificar, de manera individual, la magnitud en que puede estar induciendo el municipio, la EPS-S, o la misma IPS en la generación de cartera en los prestadores del servicio. Por un lado, en el nivel I se genera el espacio para que tanto EPS-S como municipio tengan poder de negociación el uno sobre el otro ya que, como se mencionó en el capítulo 5, las medidas orientadas a proteger la red prestadora han llevado a un modelo donde las entidades territoriales, ya no solo actúan como agentes de la población, sino como agentes de las IPS, situación que, percibida por la EPS-S, podría generar el no pago de la EPS-S a la Red como mecanismo de presión por el no pago del municipio a dicha EPS-S. En los niveles de atención II y III no se configura este esquema de incentivos, dado que la competencia de la atención es departamental. De manera referencial se puede mencionar que a junio 30 de 2008, la cartera menor a 360 días del nivel I ($466 mm) fue mucho mayor que las carteras de los niveles II ($218 mm) y III ($250 mm).

- **Síntesis de las problemáticas de eficiencia operativa a la luz de los procedimientos previstos de flujo de recursos entre actores del Régimen Subsidiado**

En el marco de las competencias y tiempos establecidos por ley, las principales problemáticas de eficiencia operativa del proceso financiero son:

- Deficiencias de oportunidad y exactitud de las propuestas presupuestales, así como en las asignaciones de recursos a los municipios por parte de la nación.
- Baja gestión operativa, especialmente en lo relativo a la administración y cargue de la BDUA por parte de los municipios.
- Carencia de herramientas e instrumentos de control, evaluación, seguimiento y rastreo acordes con la complejidad del proceso definido para el flujo de recursos que limitan, entre otras, la adopción e impacto de las medidas de contingencia para giro. En particular, la verificación de las condiciones para la adopción de medidas de contingencia se dificulta y dilata, a la vez que estas medidas en sí adolecen de deficiencias por carecer de elementos de corresponsabilidad del beneficiario. En cuanto a instrumentos de control como los FLS y las cuentas maestras de Régimen Subsidiado, los mismos resultan insuficientes como elementos de control por no estar articulados en su registro contable con el instrumento utilizado por los entes de control (caso FUT de la Contaduría) y por no exigir la aplicación del esfuerzo propio bajo una periodicidad y montos programados previamente definidos.
- Generación de incentivos perversos para el flujo de recursos de municipios y EPS-S en lo relativo a la atención del nivel I.

9.5 Alternativas de intervención

En línea con las principales problemáticas identificadas en los apartados 9.3 y 9.4, en esta sección se presentan alternativas de intervención tendientes a lograr una mayor eficiencia del flujo de recursos con el fin de dar mayores garantías en el acceso de la población beneficiaria del Régimen Subsidiado a los servicios de salud y de consolidar una capacidad de financiación acorde con la política de universalización. De nuevo, se precisa que la eficiencia del flujo de recursos es entendida como la combinación de capacidad de financiación generada y eficiencia operativa en la gestión de la misma.

Retomando las problemáticas identificadas, la capacidad de financiación del Régimen Subsidiado en el contexto de universalización de la cobertura para 2010, se ve afectada por la vulnerabilidad de la fuente FOSYGA en ciclo de desaceleración económica y por la volatilidad e incertidumbre con respecto a la fuente esfuerzo propio. Por su parte, el proceso previsto para el flujo financiero adolece de deficiencias en la gestión de todos los actores que afectan negativamente la precisión, oportunidad e impacto de los procesos de planeación y ejecución financiera. En particular, los municipios reportan problemas de gestión operativa, especialmente en lo relativo a la administración y cargue de la BDUA, lo cual impacta negativamente el flujo de recursos. Así mismo, no se cuenta con herramientas e instrumentos de control, evaluación, seguimiento y rastreo acordes con la complejidad del proceso definido para el flujo de recursos, lo cual limita el impacto de las medidas de contingencia adoptadas. Finalmente, en el caso particular de la atención del nivel I se generan incentivos perversos para el flujo de recursos de municipios y EPS-S por el doble rol que puede desempeñar el municipio al ser no sólo agente de la población sino de la IPS.

La **eficiencia del flujo de recursos del Régimen Subsidiado** se incrementaría bajo un esquema de operación que permitiera **superar las dificultades en la contratación**, **cofinanciación** y **competencia municipal.**

Frente a las anteriores problemáticas, es claro que la eficiencia del flujo de recursos del Régimen Subsidiado se incrementaría bajo un esquema de operación que permitiera superar las dificultades en la contratación, cofinanciación y competencia municipal, de manera tal que el flujo de recursos cuente con menos intermediarios, lo que disminuiría los costos de transacción del dinero e incrementaría de manera importante la oportunidad del mismo. Este modelo, sin embargo, implicaría la necesidad de sustituir desde la nación el aporte del esfuerzo municipal, que en la actualidad representa 10% de la financiación total (alrededor de $566 mm), a la vez que implicaría un retroceso frente a la descentralización. Adicionalmente, requeriría la modificación de la Ley 715 de 2001 por cuanto al desaparecer la competencia y gestión municipal, se debe modificar la naturaleza de los recursos del SGP ya que en la actualidad son recursos de transferencia hacia las entidades territoriales.

De esta forma, a continuación se presenta la alternativa de intervención de mayor impacto frente a las problemáticas identificadas dada la restricción del marco jurídico actual.

Lo anterior implica que la estrategia de intervención, si bien responde de manera eficiente a los propósitos señalados, constituye un modelo sub-óptimo o un "*segundo mejor*" para el Régimen Subsidiado.

En el marco de una operación municipal del Régimen Subsidiado se propone atacar los problemas identificados mediante mecanismos tendientes a disminuir la vulnerabilidad del financiamiento así como a darle más eficiencia al proceso previsto para el flujo.

En cuanto a la vulnerabilidad del financiamiento se propone:

- *Acotar el financiamiento de la fuente esfuerzo propio como el proveniente, exclusivamente, de 2 fuentes de destinación específica: Rentas Cedidas y Regalías.* En línea con la Ley 1122 de 2007, la financiación proveniente de rentas cedidas será el equivalente al 25% de las mismas a partir de 2009, mientras que en el caso de las regalías directas se propone, en el marco general del Decreto 416 de 2007, la destinación del 12% para Régimen Subsidiado[58]. A precios de 2008, la suma que se estima será 25% de las rentas cedidas ($200 mm) y 12% de las regalías directas a los municipios, distritos y departamentos ($350 mm) es de $550mm, que serían casi equivalentes a los $566mm de esfuerzo propio proyectado para 2008, implicando una leve reducción de alrededor de $16mm (0,28% del costo estimado del régimen en 2008).
  Se precisa que para que esta medida surta los efectos buscados en términos de menor vulnerabilidad ante fuentes volátiles de ingresos, se requiere mayor articulación y unificación de las proyecciones de recaudos respectivos entre municipios y nación (DNP) de manera que, de ser menor el monto recaudado frente al apropiado y por ende comprometido, se recurra a los recursos del FOSYGA (rubro aporte nación) de la manera más inmediata posible y con el aval de la nación (DNP) para efectos de, en el marco de la ley, cerrar la cofinanciación del Régimen.
- En cuanto a la vulnerabilidad de la fuente FOSYGA en un contexto que, como el actual, es de desaceleración económica, se retoma lo propuesto en el capítulo 4, con respecto a establecer el aporte complementario al subsidio para parte de la población SISBEN II y III.

58. El Decreto 416 establece que el 60% de la regalías directas de los departamentos y el 75% de las de los municipios y distritos se destinen al logro y mantenimiento de 5 coberturas (agua potable, alcantarillado, educación, salud y mortalidad infantil).

Se propone **atacar los problemas identificados** mediante mecanismos tendientes a **disminuir la vulnerabilidad del financiamiento** así como a darle **más eficiencia al proceso previsto para el flujo.**

En cuanto al proceso previsto para el flujo de recursos, en lo relativo a la planeación financiera y presupuestación, se propone:

- Gestionar la modificación de la figura presupuestal de aprobación de vigencias futuras por la de constitución de reserva presupuestal. De esta forma, se atacan problemas de incertidumbre con respecto a la disponibilidad de recursos para la financiación del último trimestre de la vigencia contractual (período enero-marzo del año siguiente), mediante la apropiación del 100% de los recursos de financiación durante la misma vigencia fiscal.
- Incluir en la evaluación de capacidad de respuesta de los municipios a la operación del Régimen Subsidiado (Capítulo 7) puntos adicionales en la calificación cuando el consejo municipal clasifique el Proyecto Régimen Subsidiado como prioritario, de manera que se viabilice la celebración de contratos por hasta tres vigencias contractuales. De esta forma se brindaría mayor certidumbre con respecto a la financiación de la afiliación, así como una disminución en la carga operativa del municipio.
- Implementar un mecanismo de validación y cruce centralizado de información de la población elegible del Régimen Subsidiado (SISBEN y listados censales) y su estatus frente al aseguramiento que permita disponer de un listado nacional de población elegible, con lo cual se capitalizarían ganancias en cuanto a la precisión de la planeación tanto financiera como de política adelantada desde la nación.
- Implementar un instrumento de evaluación de la gestión territorial del aseguramiento que provea una categorización de municipios que permita capturar verdaderas diferencias estructurales frente a la operación del Régimen Subsidiado. Lo anterior para contar con un insumo que le permita a la Nación planear la política de manera más ajustada a la capacidad de respuesta de las entidades territoriales.

- Adelantar las gestiones necesarias ante la Contaduría Nacional para que el FUT incluya no solo al FOSYGA y al SGP como partidas del ingreso para Régimen Subsidiado sino que se incluyan, en el marco de esta propuesta, sub-rubros para las rentas cedidas y las regalías. De esta forma el FUT, reflejaría la totalidad de las fuentes del Régimen Subsidiado, y el municipio se vería incentivado a adelantar su gestión financiera de la manera más organizada y planificada posible no solo con los recursos del SGP y el FOSYGA sino con la integralidad de las fuentes.

Para impactar positivamente el flujo de recursos entre actores se plantea:

- *Medidas para mejorar el cargue de BDUA y la articulación de variables determinantes de los flujos hacia municipios y EPS-S*: Retomando lo propuesto en los capítulos 4 y 8 y buscando impactar positivamente el giro de recursos FOSYGA, se propone que la EPS-S sea la responsable de remitir al MPS el cargue de BDUA. Así mismo, se propone que el cargue de BDUA se constituya en la condición de giro para el pago del municipio a la EPS-S. De esta forma se unifica el criterio de pago para municipios y para EPS-S, a la vez que se aligera la carga operativa del municipio por cuanto ya no tendría que administrar la información de la BDUA sino validarla y revisarla para efectos de los pagos a las EPS.
- En cuanto a medidas tendientes a generar y/o fortalecer los instrumentos de seguimiento, rastreo de recursos y evaluación a la gestión financiera de los diferentes actores se propone complementar la reglamentación de los FLS y cuentas maestras en el sentido de incluir periodicidades específicas para la acreditación de todas las sub-fuentes del esfuerzo propio, de manera que haya planeación y certidumbre con respecto a en qué momento y en qué cuantía deben estar ingresando el 100% de los recursos comprometidos para la financiación del Régimen Subsidiado. Igualmente exigir a las entidades territoriales el reporte de los movimientos de la cuenta maestra para efectos de contar con herramientas para el rastreo de recursos. Lo anterior debido a que en la actualidad existe reglamentación con respecto a la periodicidad y proporcionalidad para acreditar los recursos del SGP y del FOSYGA pero no sobre la totalidad de las fuentes del esfuerzo propio. En tal sentido y en línea con la propuesta relacionada con la simplificación de las sub-fuentes del esfuerzo propio se propone reglamentar que la cuenta maestra de los municipios se deba acreditar con los recursos propios de las fuentes específicas propuestas (rentas cedidas, regalías), de acuerdo con la periodicidad propia del recaudo/transferencia a los municipios de las mismas y en las proporcionalidades correspondientes según monto anual comprometido. En el caso de las rentas cedidas dicha periodicidad sería semestral y en las regalías directas sería bimestral.

Se plantea incluir en los criterios de **permanencia, ingreso y salida** para EPS-S variables que **capturen su desempeño en la gestión financiera**, en particular la información de cartera con las IPS.

- Incluir en los criterios de permanencia, ingreso y salida para EPS-S variables que capturen su desempeño en la gestión financiera, en particular la información de cartera con las IPS.
- Fortalecer la auditaría a la gestión tanto de EPS-S, pero sobre todo de IPS en cuanto a la generación de facturas, cuentas de cobro y demás instrumentos utilizados para proceder a los cobros respectivos.
- Simplificar el procedimiento de trámite de presentación de facturas de la IPS a la EPS-S. En particular acortar el plazo contractual definido para la recepción de facturas que actualmente está en hasta seis meses después del período de la prestación del servicio. Definir períodos bimestrales o trimestrales para la recepción de facturas y no mensuales como funciona actualmente. Lo anterior ya que en etapas anteriores de flujo de recursos los giros suelen ser bimestrales (de municipio a EPS-S) o trimestrales (de nación-FOSYGA a municipios)
- Finalmente, y para impactar de manera conjunta los giros de municipios a EPS-S y de EPS-S a IPS, así como para aumentar la capacidad de implementación de las medidas de contingencia para el flujo de recursos (giro directo) se propone evaluar la constitución de un sistema único para el registro de los cobros de EPS-S a municipios, y de IPS a EPS-S. Dicho sistema de información sería competencia de la nación, en particular de la Superintendencia Nacional de Salud, y permitiría generar instrumentos para el rastreo en el flujo de recursos, en un contexto en que el no flujo de los mismos puede responder no sólo a demoras por parte del pagador, sino también a problemas de gestión del beneficiario del pago.

En términos de las medidas de contingencia para el flujo de recursos se propone un ajuste en la aplicación de la medida de giro directo a municipios y la eliminación de la medida cuando aplica a la EPS.

En cuanto a la modificación de la medida de giro directo a los municipios se propone la aplicación de la misma de acuerdo con la metodología de medición de la capacidad de respuesta para la operación del Régimen Subsidiado presentada en el capítulo 7. En línea con dicha metodología se estiman en alrededor de 600, los municipios que entrarían en la medida. De esta forma, se advierte que la aplicación de la metodología propuesta como determinante de la condición de giro directo al municipio solo es viable, en términos operativos, si se combina con medidas tendientes a buscar alternativas para que el MPS pueda efectivamente responder a la carga operativa que le correspondería desplegar al multiplicarse por ocho (8) el número de municipios en tal condición (en la actualidad son 76). De esta forma, se precisa que la implementación del reporte del cargue de BDUA en las condiciones expuestas en la propuesta del capítulo 8, contribuiría a la estructuración y avance de la base de datos que soportaría, desde los requisitos de sistemas de información, parte del trabajo a adelantar por el MPS.

Es indispensable enmarcar la medida de giro directo a los municipios en un esquema de corresponsabilidad con la EPS-S beneficiaria, de manera que se evalúe y se determine la prórroga o el abandono de la medida según el desempeño financiero de la misma en términos de los pagos que, a su vez, realiza a las IPS. De esta forma, se debe modificar lo relativo a que el giro directo aplica a todas las EPS-S que operen en el municipio en dicha condición, teniendo en cuenta que se propone que entre las condiciones de salida de la EPS-S del mercado municipal se incluya el reportar mora en los pagos a las IPS con posteridad a haberse adoptado la medida de giro directo al municipio en cuestión.

De manera consistente con este marco de corresponsabilidad, también se propone la eliminación de la medida de giro directo cuando el objeto de la misma es la EPS-S y el beneficiario del giro directo es la IPS. Se propone que de presentarse la actual causal de esta medida, en lugar de adoptarse la misma, se oficialice la salida de la EPS-S en mora del mercado municipal. Esta propuesta requiere que en los criterios de permanencia, ingreso y salida que le aplican a las EPS-S en los mercados municipal y regional se incluya la variable mora en los pagos a las IPS. De acuerdo con una evaluación de la magnitud de la problemática, se determinará si la condición de salida implica no sólo no poder volver a operar en el municipio en el cual se dio la mora sino en la respectiva región o en todas las regiones del país. En el marco de la salida de una EPS-S se precisa que se propone definir un período de transición de 2 meses para efectos de la reasignación de afiliados entre las restantes aseguradoras del municipio.

Finalmente, para un horizonte de mediano plazo, se propone evaluar la posibilidad de modificar la vigencia contractual, de manera que coincida con la fiscal (enero – diciembre) para no antes de 2011. Lo anterior debido a que mientras no haya finalizado el proceso de ampliación de cobertura tendiente a alcanzar la universalización, el dinamismo y variabilidad en el número de cupos a financiar impedirá que se puedan surtir de manera oportuna y exacta las fases de planeación financiera, tanto en la nación para asignar recursos a nivel municipal, como en los propios municipios una vez conozcan los recursos disponibles por SGP y FOSYGA. Debido a que la cobertura universal se debe alcanzar el 31 de diciembre de 2009, el primer ejercicio de programación presupuestal que incluiría un Régimen Subsidiado sin ampliación de cobertura diferente al crecimiento vegetativo de la población será el que se adelantará en el tercer trimestre de 2010 para aprobar los presupuestos de 2011 y por ello la sugerencia de evaluar esta posibilidad a partir de dicho año. Las bondades de modificar la vigencia contractual a los doce meses enero-diciembre incluyen la eliminación del problema de las vigencias futura, así como la reducción del horizonte de planeación financiara, lo cual redundará en ganancias en exactitud, disminuyendo muy seguramente el monto de los posteriores ajustes a que haya lugar, al no tener que planear las necesidades financieras dos vigencias fiscales adelante sino sólo una. Se precisa que la modificación de la vigencia contractual depende de aprobación, mediante Acuerdo, del CNSSS.

Se advierte que, en el marco de la propuesta de unificación de la vigencia contractual con la presupuestal, se deben definir procesos operativos que minimicen los traumatismos que podrían presentarse en el orden municipal para la suscripción masiva de contratos de afiliación a 01 de enero. Igualmente se debe definir la manera cómo la nación nivelaría el rubro aporte nación, toda vez que lo viene manejando con vigencias futuras, de manera que en el primer año de vigencia contractual enero-diciembre la necesidad de recursos por el rubro aporte nación será el equivalente a 1.33 veces lo que se hubiera apropiado en el marco actual de vigencia contractual abril-marzo. Bajo el escenario actual se estima en alrededor de $325 mm el monto a nivelar en 2011.

10. Articulación de la propuesta de intervención

El Régimen Subsidiado es uno de los programas sociales más importantes del último decenio en el país, no sólo por su cobertura, sino por el impacto en la equidad y el acceso de la población a los servicios de salud.

Su operación involucra una gran cantidad de actores, recursos, funciones, procesos, incentivos e intereses conjugados alrededor de esta política pública. Como ejemplo de su vastedad sólo es necesario mencionar que su capacidad de afiliación es de 22 millones de cupos y su financiamiento involucra más de 5.5 billones de pesos, o que en su operación participan 48 EPS-S de diferente naturaleza, 1101 municipios, 36 departamentos, toda la red pública hospitalaria y parte de la red privada. Adicionalmente, algunos de sus procesos tienen interdependencia con la operación del Régimen Contributivo y con los de la población no asegurada.

Dada esta relevancia, su operación ha estado constantemente sometida a seguimiento y evaluación, y así mismo, se han adelantado diferentes esfuerzos con el propósito de incrementar su eficiencia. No obstante, si bien la operación ha evolucionado y se ha fortalecido, persisten problemáticas que afectan el acceso de la población y la eficiencia del uso de recursos, que a su vez impactan en la percepción de los actores y hacen más complejo obtener una imagen clara y unificada de los problemas actuales y sus causas.

Con fundamento en lo anterior, la presente evaluación conformó un marco metodológico con elementos desde lo institucional, el mercado y lo técnico operativo, con el fin de cubrir la mayor cantidad de aspectos de la realidad del Régimen. Se definieron seis unidades de análisis: objetivos del ciudadano, contrato, estructura de mercado, capacidad de gestión de las entidades territoriales, flujo de información y flujo financiero. El diagnóstico estuvo orientado a establecer las problemáticas de la operación, sus causas comunes y, a partir de estas, establecer la estrategia de intervención cuya premisa general fue la de garantizar el cumplimiento del objetivo del Régimen Subsidiado a partir de una mayor eficiencia en la operación del mismo.

La capacidad de **afiliación** del **Régimen Subsidiado** es de **22 millones de cupos** y su **financiamiento** involucra más de **5.5 billones** de pesos.

Los capítulos anteriores han presentado con detalle las características de cada unidad de análisis, sus principales problemáticas y causas asociadas frente a las cuales se formulan alternativas de intervención. No obstante, estas propuestas, para ser puestas en práctica, requieren de una articulación que se traduce en una estrategia de intervención, objetivo que ocupa el presente capítulo.

A continuación se presenta una síntesis de las principales problemáticas identificadas en cada unidad de análisis para luego dar paso a la formulación de la estrategia de intervención.

10.1 Principales problemáticas identificadas

La evaluación partió de establecer el nivel de respuesta que la operación del Régimen Subsidiado tiene previsto frente al objetivo del ciudadano en el Sistema General de Seguridad Social –véase capitulo 4-. Siendo este último, *"lograr el goce efectivo de sus derechos con el fin de incrementar su calidad de vida"* y para lo cual la operación deberá permitir: i) una adecuada identificación de la población en el momento en que se constituye y cesa el derecho a ser subsidiado, ii) dar el acceso a los servicios de salud requeridos para prevenir y atender su enfermedad y iii) responder a las dinámicas socioeconómicas a las que se enfrenta el individuo.

Así, el marco jurídico define que el individuo es sujeto a ser subsidiado ante su i) incapacidad de pagar una cotización completa al Régimen Contributivo y ii) situación de vivir en una condición de pobreza multidimensional y/o de pertenecer a un grupo definido como especial.

Frente a lo anterior, se detectaron como principales problemáticas estructurales:

- La operación no cuenta con criterios ni mecanismos que contemplen el nivel de ingreso de las personas al Sistema, por lo que se incurre en dos errores de selección: i) se afilia población que puede pagar una cotización completa al Régimen Contributivo y ii) se deja por fuera del sistema personas que tienen una capacidad parcial de aporte.
- De igual manera, no se tienen criterios explícitos sobre las condiciones de permanencia y salida de un individuo en el régimen, más allá de su ingreso al contributivo. Esto por la ausencia de mecanismos para hacer seguimiento a las fluctuaciones económicas de los individuos, lo cual ha llevado a perpetuar la condición de afiliado en el régimen a población que probablemente podría cotizar.
- La arquitectura de la operación del Régimen Subsidiado gira en torno a la entidad territorial municipal, por lo que no se contemplaron elementos que respondieran a la dinámica ciudadana, como es la movilidad, lo que ha implicado la municipalización de un derecho ciudadano que es nacional, limitando la migración del individuo como una opción de incrementar su calidad de vida y capital humano.

Como problemas de orden instrumental u operativo se encontraron:

- La identificación efectiva del ciudadano se ve obstaculizada por dificultades asociadas a errores en la captura de información al momento de aplicar la encuesta SISBEN y afiliar la población. Caso seguido, las poblaciones especiales, cuyos listados censales no se encuentran armonizados a las necesidades de información para lograr una afiliación efectiva. Otros de mayor complejidad, como son las dificultades en la emisión de los documentos de identidad (registro civil, tarjeta de identidad, cedula de ciudadanía).Si bien se han adelantado acciones conjuntas con la Registraduría General de la Nación para solucionarlos, las dificultades persisten y afectan a un porcentaje importante de personas, especialmente infancia.

- La priorización, si bien pretendía dar una orientación homogénea a las entidades territoriales para que estas seleccionaran la población más vulnerable dentro de sus potenciales beneficiarios, dada una restricción presupuestal, resulta ser un mecanismo de compleja implementación y adolece de elementos como: tiempos máximos de permanencia, reemplazos y procedimientos de actualización, entre otros. De otro lado, es un listado cerrado, es decir, no es posible verificar qué personas se han traslado de municipio o han muerto. Por lo que ha llegado a constituirse en una lista de espera que dependiendo de la capacidad técnica del municipio, puede llegar a ser una barrera de acceso.
- Por último, la integralidad de la atención se pierde ante la debilidad de los mecanismos de articulación entre EPS-S y entidades territoriales de salud en lo referente a lo no POSS así como entre las diferentes Entidades Territoriales.

La segunda unidad de análisis estudiada fue el contrato de aseguramiento de la población beneficiaria, suscrito entre la entidad territorial de salud y la EPS-S. Cabe recordar que su evaluación fue hecha desde una perspectiva institucional, por lo que se dio especial énfasis a los incentivos y costos de transacción asociados. De allí que la evaluación se concentró en los contenidos de la minuta y su expresión hacia la búsqueda del acceso de la población a los servicios de salud, para luego dar pasó al análisis de eficiencia y costos de transacción del proceso contractual. De manera complementaria, se estudiaron las medidas correctivas a las asimetrías de información, así como mecanismos de verificación y sanciones a las posibles acciones de selección adversa y abuso moral por parte de los agentes -.

La evaluación permitió establecer que sí bien el objeto contractual tiene la clara pretensión de garantizar el acceso a los servicios de salud de la población beneficiaria, a través de un tercero y bajo el mecanismo del aseguramiento, su clausulado no responde de manera efectiva a tal fin, pues presenta las siguientes dificultades –véase capitulo 5-:

- No se prevé un mecanismo para establecer si el asegurador está garantizando el acceso a los servicios de salud a la población, sino que se presume a partir de la configuración de la red prestadora. Al no generar información al respecto, y bajo las condiciones actuales, el contrato genera un modelo de transacción de recursos en el que se margina el objeto principal.

La operación **no cuenta con criterios** ni **mecanismos** que contemplen el **nivel de ingreso** de las personas al **Sistema**.

- No se da la relevancia necesaria a la búsqueda de la cobertura integral en la atención, elemento que afecta el goce efectivo de los derechos de la población. En efecto, el contrato presenta como una obligación de la EPS-S la celebración de convenios para la atención de los servicios no-POS, cuando en realidad esto debería ser una obligación conjunta de las partes y el procedimiento de referencia y contra-referencia debería formar parte de los documentos del contrato.
- Se destacan como elementos ausentes en el contrato las acciones sobre las quejas y reclamos de la población o la inspección de posibles abusos de la EPS en contra del usuario, elementos significativo si se tiene en cuenta que el objeto está dado alrededor de ellos.
- Dado que la minuta es un modelo estándar nacional, no contempla mecanismos de ajustes en aquellos territorios donde existen condiciones particulares para la atención como son: dispersión geográfica, ruralidad, problemas de orden público, o grupos étnicos entre otros. Tampoco requerimientos particulares frente a grupos especiales de población los cuales, como se expuso en el capítulo 4, claramente tienen dinámicas específicas.

Por otro lado, los esfuerzos en la generación de información están concentrados en la afiliación, énfasis que sorprende especialmente por las dificultades que se evidencian en la BDUA, lo que haría suponer que el desarrollo de estas obligaciones no se está dando de la manera esperada. Así se ha dejado por fuera la generación de información sobre el consumo y/o acceso de la población. Lo que a su vez implica que el contratante no cuenta con información objetiva sobre el cumplimiento del contrato y por ende, sobre la evolución del estado de salud de su población asegurada.

Así mismo, el contrato no contempla acciones oportunistas de los agentes por lo que no específica la obligación de la Entidad Territorial a respetar la libre elección de la población, como tampoco se sancionan las acciones de selección adversa contra la EPS.

Si bien el contrato es específico respecto a la obligación que tiene la Entidad Territorial de dar control a la mul-

tiafiliación y sus efectos financieros, el contrato supone el cumplimiento de las condiciones del Decreto 050 de 2003 y no define el procedimiento a seguir para los casos donde no se cumple, lo que ha generado múltiples espacios de conflicto entre las entidades territoriales y las EPS-S.

Frente a la eficiencia y costos de transacción, es claro que la contratación a nivel municipal y la complejidad del proceso hacen incurrir a la operación del Régimen en grandes costos de transacción.

Como tercera unidad de análisis se evalúo la estructura del mercado asegurador del Régimen Subsidiado, la cual está caracterizada por mercados monopólicos -más de 90% de los municipios- que pueden generar perdidas de bienestar a los afiliados y a la red prestadora. Igualmente los tamaños de mercado -56% de los municipios del país- no permiten lograr economías de escala en las operaciones de las EPS-S que participan en ellos.

Lo anterior se ve agudizado por las demás problemáticas identificadas en los otros elementos de la estructura del mercado, es decir, que no se encuentran orientadas a favorecer la competitividad del mercado, como lo muestra la Tabla 88.

Como cuarta unidad de análisis y en el ámbito técnico operativo se analizó la capacidad de respuesta de la entidad territorial a la operación del Régimen Subsidiado. Se identificó como principal problemática que la capacidad instalada de las entidades territoriales no es homogénea y no responde de manera adecuada a las exigencias de la operación del Régimen Subsidiado. Se evidenciaron las mayores dificultades en el proceso de identificación de potenciales beneficiarios, que a su vez está determinado por una baja estructura organizacional –deficiencia en la disponibilidad de equipos, conectividad y recursos humano debidamente calificado asignado al subproceso- y así como las dificultades ya mencionadas en el proceso de contratación y el flujo de información definido.

El flujo de información fue la quinta unidad de análisis. Su análisis se concentró en la información de afiliación del beneficiario por las dificultades que reviste para toda la operación del Régimen Subsidiado. El marco de referencia para la evaluación se dio sobre los componentes de

Tabla 88. Problemáticas de la estructura de mercado

Elemento	Problemáticas
Condiciones de ingreso, permanencia y salida del mercado	Las condiciones de permanencia de las EPS en el Sistema están fijadas por parámetros de orden procesal y financiero, no así respecto a las consecuencias sobre malas prácticas a los consumidores y los resultados en salud sobre la población. La municipalización del régimen junto con la exigencia de un pool mínimo implican para la EPS incursionar en un gran número de municipios, incrementando los costos de transacción dado el número de contratos que esto implica. La aplicación de los criterios de tamaño mínimo de operación dentro del municipio es compleja y no supera las dificultades de los tamaños pequeños.
Diferenciación de producto	La obligatoriedad de contratación con la red pública limita la posibilidad de diferenciación del producto. No existen mecanismos explícitos que le permitan a la población contar con información sobre las diferencias en calidad del EPS-S que operan en el régimen.
Condiciones competitivas	A pesar de los incentivos dados a las CCF y la EPS pública nacional, estas no muestran mejores indicadores o un mayor nivel de gestión al resto de entidades. No existe una reglamentación clara respecto al manejo de posiciones dominantes entre los diferentes actores, El régimen se encuentra expuesto a un alto nivel de incertidumbre normativa.
Articulación con el mercado prestador	En más del 50% de los municipios del país la atención básica opera como monopolio desde la oferta pública, condición que puede afectar la negociación y relación entre ESP-S e IPS. El 36% de los municipios del país opera como monopolio bilateral lo que afecta las negociaciones.

un sistema de información y las recomendaciones dadas por la OMS, con el propósito de reorientar el enfoque de la discusión que reduce el fenómeno a un problema de base de datos. A partir de este análisis se identificaron como principales problemáticas las siguientes:

- Existe una importante heterogeneidad en la infraestructura tecnológica y de comunicaciones, así como de disponibilidad y competencias del recurso humano responsable en las diferentes unidades colectoras de información –entidades territoriales-.
- Las entidades territoriales no tienen la posibilidad de realizar un rastreo ante la migración poblacional.
- No existe corresponsabilidad por parte de la población en el adecuado registro de información.
- No se han diseñado estrategias de comunicación que incentiven a la población a regularizar su condición en la afiliación.
- El proceso diseñado para recolectar la información se encuentra altamente fraccionado, afectando el tiempo de ciclo y sin agregaciones de valor sustanciales.
- El tiempo de ciclo definido para el proceso fija un rezago en la comparabilidad de la información con respecto al Régimen Contributivo, enfatizando las problemáticas de multiafiliación con el Régimen Subsidiado.
- No se han implementado mecanismos alternativos de identificación de la población afiliada del Régimen Subsidiado.
- El alcance del Sistema enfatiza objetivos secundarios como la contratación y el pago, rezagando a un segundo plano el fin último, que es establecer la condición de afiliación del ciudadano y sus novedades al interior del SGSSS.
- No existen mecanismo de control que garanticen que los colectores primarios de información utilicen la información validada de SISBEN, por lo que aunque se realicen correcciones en el dato fuente, la información continúa fluyendo con inexactitudes.
- No existen sanciones específicas a los colectores de información que no reportan información o lo hacen con información de mala calidad.
- La información fuente de poblaciones especiales carece de mínimos de armonización con la estructura dispuesta en la Resolución 812 de 2007, así como se adolece de criterios de reporte de novedades.
- No existe un mecanismo de actualización de novedades SISBEN – BUDA y BUDA – SISBEN.

Las **entidades territoriales no tienen la posibilidad de realizar un rastreo** ante la migración poblacional.

Por último, la sexta unidad de análisis, el flujo financiero, muestra que a la luz de la evolución reciente de las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado y de las necesidades financieras asociadas al logro de la cobertura universal en la afiliación se evidencian dos grandes problemáticas: i) vulnerabilidad de la capacidad de financiación ante un entorno macroeconómico desfavorable que impacta negativamente los recaudos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA; y, ii) vulnerabilidad de la capacidad de financiación ante la volatilidad e incertidumbre con respecto a los recursos del esfuerzo territorial. En cuanto a la eficiencia operativa del proceso financiero, en el marco de las competencias y tiempos establecidos por ley, las principales problemáticas identificadas son: i) deficiencias de oportunidad y exactitud de las propuestas presupuestales, así como en las asignaciones de recursos a los municipios por parte de la nación; ii) deficiencias en la gestión operativa, especialmente en lo relativo a la administración y cargue de la BDUA por parte de los municipios; iii) carencia de herramientas e instrumentos de control, evaluación y seguimiento acordes con la complejidad del proceso definido para el flujo de recursos que limitan, entre otras, la adopción e impacto de las medidas de contingencia para giro; y, iv) generación de incentivos perversos para el flujo de recursos de municipios y EPS-S en lo relativo a la atención del nivel I por el doble rol que puede desempeñar el municipio al ser no sólo agente de la población sino de la IPS. En consecuencia, se identificó que el proceso previsto para el flujo financiero adolece de deficiencias en la gestión de todos los actores que afectan negativamente la precisión, oportunidad e impacto de los procesos de planeación y ejecución financiera.

10.2 Estrategia de intervención

Un análisis conjunto de las problemáticas del Régimen Subsidiado, permite establecer tres grandes conclusiones:

- Primero, en el diseño de la operación se privilegiaron los objetivos institucionales derivados de la descentralización municipal sobre el objetivo último del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Régimen Subsidiado, municipalizando un derecho nacional, incrementando los costos de

transacción e incentivando ineficiencias de mercado y operativas.

- Segundo, la operación del subsidiado se encuentra sustentada en dos supuestos que no se cumplen: i) todas las operaciones de mercado tenderían a ser competitivas, por lo que no se adelantaron medidas específicas a promover y vigilar la competitividad del mercado. ii) Todas las entidades territoriales municipales contaban con la capacidad necesaria para gestionar la operación del Régimen Subsidiado, por lo que no se fijaron parámetros o estándares mínimos necesarios para adoptar el Régimen Subsidiado, ni criterios de seguimiento y evaluación a la gestión de estos actores.
- Tercero, la operación del régimen supone una condición estática en la afiliación y aislada en el Sistema, por lo que el flujo de información no busca equiparar las condiciones de afiliación entre regímenes –información básica, ciclo del proceso, fuentes de recolección e informantes, mecanismos de transitividad y resolución de conflictos- sino que enfatiza la condición del subsidio, acentuando la segmentación y constituyéndose en una barrera a la progresividad entre regímenes, supuesto básico de la reforma.

De allí que la estrategia de intervención busca reorientar la operación del Régimen Subsidiado para dar mayores garantías de acceso de la población, estableciendo mecanismos para la progresividad y transitividad de los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco de la cobertura universal. Así mismo, pretende proveer mecanismos que incentiven la competitividad de los mercados e incrementar la eficiencia técnica de la operación en todos niveles.

Como ya fue mencionado, en los capítulos anteriores se presentaron las alternativas de intervención más idóneas a las diferentes problemáticas halladas en cada unidad de análisis, es decir, se seleccionaron las alternativas más eficientes dada la restricción del marco jurídico actual. Lo que implica, que la estrategia de intervención si bien responde de manera eficiente a los propósitos señalados, constituye un modelo sub-óptimo o un "*segundo mejor*" para el Régimen Subsidiado.

Un modelo óptimo de operación para el Régimen Subsidiado, es decir con el que se logran los más altos beneficios sociales y el mayor nivel de eficiencia técnica posible, implicaría superar las restricciones impuestas por la contratación municipal y el modelo de financiación del Régimen, de manera tal que los beneficiarios pudieran contar

Un modelo **óptimo** de **operación** para el **Régimen Subsidiado** implicaría **superar** las **restricciones** impuestas por la **contratación** municipal y el modelo de **financiación** del régimen.

con un derecho portable nacional, no sujeto a la restricción presupuestal, contractual y operativa del municipio. El flujo de recursos contaría con menos intermediarios, lo que disminuiría los costos de transacción del dinero e incrementaría de manera importante la oportunidad del mismo. Esto a su vez modificaría la unidad del mercado, llevándola del municipio al país, superando así los problemas de concentración de mercado, economías de escala de las EPS-S y de los costos de transacción. Este modelo, implicaría la pérdida del aporte del esfuerzo municipal, que en la actualidad representa 10% de financiación total y podrían llegar a ser interpretado como un desincentivo al fortalecimiento municipal es decir, un retroceso en la descentralización.

Nótese, que estas medidas no superan problemáticas tales como: identificación efectiva de los beneficiarios, exclusión de personas con capacidad parcial de aporte al sistema, insensibilidad frente a las modificaciones en la condición económica de la población. Ni atiende problemáticas del mercado como que las condiciones de permanencia de las EPS-S están fijadas por parámetros de orden procesal y financiero que consideran las consecuencias sobre malas prácticas a los consumidores y los resultados en salud sobre la población. Esto sirve para ejemplificar que aunque la operación factible a implementar no es la identificada como óptima existe un amplio margen de mejoramiento.

10.2.1 Marco general de intervención

La estrategia de intervención se plantea alrededor de las seis unidades de análisis seleccionadas y evaluadas en el estudio, las cuales se presentan como componentes de la estrategia –véase Diagrama 23-. Es de señalar que el orden se ha modificado, pretendiendo señalar las prioridades para su intervención, no obstante y como se verá más adelante el desarrollo de algunas actividades implica dependencia y paralelismos. Los flujos que se presentan en el diagrama, indican que algunos elementos de las alternativas de intervención de un componente –emisor- afectan y o serán desarrollados en el componente receptor.

- **Garantías al derecho ciudadano**

Este componente redefine las condiciones de ingreso, permanencia y salida del ciudadano al Régimen Subsidiado con el fin de lograr una identificación más efectiva y responder de manera más eficiente a las fluctuaciones socioeconómicas que enfrenta el individuo y su familia.

Como se expuso en el apartado 4.4 se entiende por condiciones de ingreso, el conjunto de criterios y mecanismos a partir de los cuales la operación del Régimen Subsidiado logra establecer que se haya configurado el derecho a ser subsidiado y viabiliza que el ciudadano logre hacerlo efectivo. Por su parte, las condiciones de permanencia y salida, hacen seguimiento a las dinámicas socioeconómicas a las que se enfrenta el individuo, que afectan de manera directa su configuración del derecho y el goce efectivo de este.

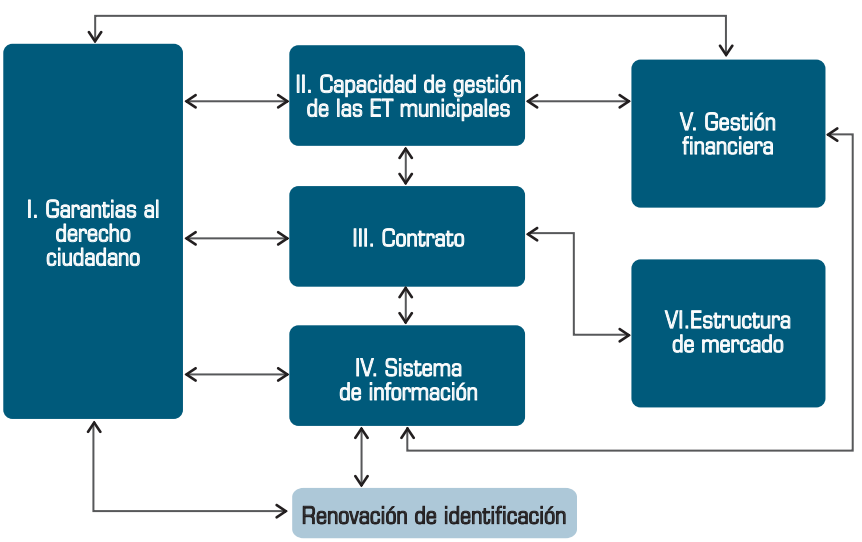
De acuerdo con las alternativas propuestas, este componente afectaría la operación del Régimen Subsidiado en los siguientes procesos –véase Diagrama 24-:

- **Identificación de potenciales beneficiarios.** Se conforma una base nacional de potenciales beneficiaros o población elegible a partir del base nacional SISBEN y la centralización de los listado censales. Se incorpora un subproceso de estimación de la capacidad de aporte de la población, el cual constituye un mecanismo complementario a la focalización. Los hogares e individuos pueden ir clasificados: i) sin capacidad de aporte, ii) capacidad total y iii) capacidad parcial de acuerdo con el procedimiento explicado en el capítulo 4. Dicho mecanismo deberá contar con una actualización permanente.
  La aplicación de la priorización sólo se daría en los casos donde exista uan restricción presupuestal y en los municipios sin cobertura universal.

- **Afiliación.** Se modifica el proceso para los municipio en cobertura universal, el cual de establece un periodo abierto de libre elección y cuyo único requisito es estar en el base nacional de potenciales beneficiarios. Los problemas operativos señalados se retoman en el componente de sistema de información. En el caso de los municipios que no se encuentran en cobertura universal se mantiene el proceso de libre elección complementario a la afiliación durante toda la vigencia de contratación.

- **Seguimiento a la permanencia y salida del afiliado.** Como tal es un nuevo proceso en la operación del Régimen Subsidiado que involucra el desarrollo de los siguientes tres subprocesos: i) *Seguimiento a la fluctuación de ingresos*: implica desarrollar dos actividades: mantener una verificación constante en las bases de contribuyentes y sobre el comportamiento en el sector financiero con el fin de capturar

Diagrama 23. Marco general de la estrategia de intervención – Componentes



las fluctuaciones positivas el cual permita anticipar si la persona puede ser llevada a un aporte pleno al Sistema. Fijar un mecanismo en el que las personas tengan la opción de reportar fluctuaciones negativas que hagan insostenible su aporte, circunstancias que deberán ser verificadas. ii) *Transición entre regímenes*: habilitar a las EPS-S del Régimen Subsidiado para prestar el POSC en aquellas poblaciones que ingresan al mercado laboral formal por periodos inferiores a seis meses y donde los recursos de la población afiliada entran a la cuenta de solidaridad e igual que en el caso de aquellos afiliados cuyo salario no alcanza a ser el mínimo. iii) *Migración poblacional*: lo que implica el desarrollo de cuatro ajustes a la operación:

- **Ámbito SISBEN.** Dar validez al puntaje SISBEN durante el periodo de vigencia contractual de la migración sin importar el municipio. Una vez finalizada la vigencia contractual, el municipio receptor procederá a resisbenizar al ciudadano, aclarando que si este es clasificado como nivel II o III se le deberá aplicar el instrumento de estimación de ingresos con el fin de determinar si tiene o no capacidad de aporte al sistema.

- **Restricción contrato.** Esta condición deberá ser especificada en las cláusulas de la minuta del contrato como un reemplazo de cupos tanto para la EPS-S que pierde el afiliado como para la que lo recibe.

- **Propiedad de los recursos.** Fijar o asignar un porcentaje de cofinanciación del FOSYGA anualmente a la migración o movilidad poblacional de manera municipal, con base en las estimaciones de migración de la bases SISBEN.

- **Extensión de la red prestadora de primer nivel.** Es claro que para el ciudadano la modalidad de contratación entre EPS e IPS no constituye un factor que deba limitar su acceso, y así como en el caso de las atenciones de segundo y tercer nivel, la de primero no debe circunscribirse al municipio de vivienda.

- Gestión financiera. Incorpora un nuevo subproceso que el recaudo de los aporte del afiliado.

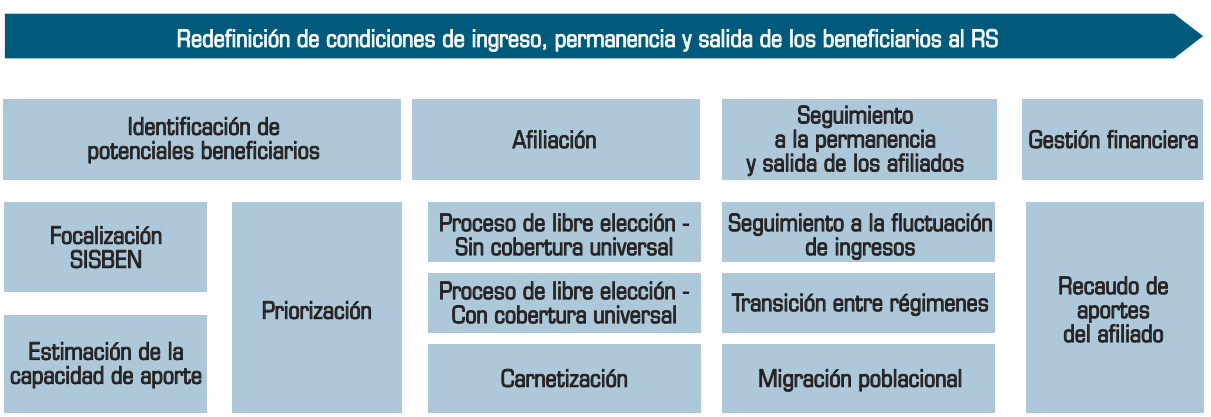
- **Capacidad de gestión de las entidades territoriales municipales**

Este componente incorpora un mecanismo de certificación de la capacidad de gestión de las entidades territoriales a operación del Régimen Subsidiado, de acuerdo con el establecimiento unos estándares técnicos y administrativos según el tamaño de mercado.

Dicha implementación implica las siguientes modificaciones en los procesos del Régimen Subsidiado –véase diagrama 26-.

- **Clasificación municipal por tipo de mercado:** constituye un nuevo proceso en la operación del Régimen. Apunta a establecer condiciones diferenciales en la operación y en los estándares aplicables entre los municipios a partir de sus posibilidades de generar un mercado competitivo, tal como se expone en capítulo 7.

Diagrama 24. Garantía al derecho ciudadano – procesos intervenidos



- **Certificación municipal de la operación del Régimen Subsidiado.** Este nuevo proceso involucra la construcción de una metodología de definición y estándares e indicadores de gestión para las entidades territoriales. Su correspondiente procedimiento de aplicación y certificación de resultados.

Su implementación arrojaría una clasificación con las siguientes características:

Los resultados de la certificación municipal afectan de manera particular los siguientes procesos, no en su desarrollo sino en el responsable de adelantarlos, ya que el municipio perdería la potestad para su desarrollo y deberán ser asumidos por el departamento: Contratación, Seguimiento a la permanencia y salida del beneficiario, Interventoría.

De otro lado, el proceso de gestión financiera tendría como modificación sustancial que entraría de facto a la modalidad de giro directo.

- **El Contrato**

El tercer componente, como se observa en el Diagrama 25 sintetiza o recoge muchos de los aspectos tratados en otros componentes como son: las diferencias en contrato provenientes de la certificación y tipología de mercados, los efectos en la modificación en el flujo de información –aspecto que será tratado adelante-.

Adicionalmente, la evaluación mostró las siguientes necesidades de intervención: primero, las modificaciones a los contenidos de la minuta del contrato, con el fin de que estos respondan de manera más efectiva al objeto del contractual y genere los incentivos necesarios para lograr el acceso de la población beneficiaria. Segundo, desarrolla los ajustes operativos necesarios al proceso de contratación que propendan por un incremento en la eficiencia del proceso y disminuya los costos de transacción de mismo.

Diagrama 25. Clasificación municipal por mercado y capacidad de gestión.

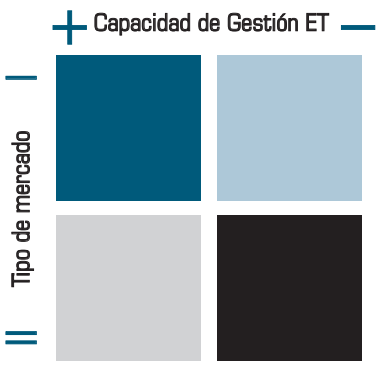


Diagrama 26. Capacidad de gestión de las Entidades Territoriales municipales – procesos intervenidos



Sobre los contenidos del contrato se desarrollan los siguientes elementos:

- Actualización normativa de los contenidos de las minuta de acuerdo con lo ya señalado.
- Incorporación de una nota técnica del contrato que observe: indicadores de atención, resultados de salud e indicadores de atención a grupos especiales.
- Implementación de contenidos específicos para territorios donde la atención debe ser diferencial.
- Especificar un procedimiento frente a las quejas que presente un beneficiario.
- Simplificación de los elementos de seguimiento a la red prestadora, reemplazar el criterio por una certificación de la Superintendencia de Salud, respecto a la red prestadora.
- Eliminación de clausulados que no son factibles de implementar desde una entidad territorial.
- Ajustar el clausulado asociado con manejo de información de acuerdo con la recomendación del capítulo 8.

Es claro que la multiplicidad de contratos se mantendrá en tanto se cierre el proceso de ampliación de cobertura, no obstante se pueden implementar mecanismos como:

- Incentivar a los municipios a la firma de contratos por tiempos superiores a un año, mediante una mejor calificación al proceso de certificación de municipios –véase capitulo 7-. No se recomienda, el incremento de la cofinanciación por cuanto las pruebas de correlación no muestra sensibilidad al respecto.
- Establecer el número de afiliados, mediante un número potencial de afiliados, para efectos de evitar que tener que suscribir un nuevo contrato en la medida que surgen nuevos beneficiarios.
- Incorporar el modelo de contrato electrónico, de acuerdo con lo previsto en la Ley 527 de 1999, con el propósito de transformar el ciclo del proceso a un modelo de transmisión de datos y manejo de certificados desmaterializados, esto a pesar de los problemas de conectividad municipal.

- **Sistema de información**

El cuarto componente, es el sistema de información, cuya estrategia se centra en la modificación del flujo dando mayor énfasis en las competencias y capacidades de cada actor, es decir, la generación de información de afiliación en cabeza de los aseguradores y las autorizaciones e interventorías para pago sobre el municipio.

Se espera que las **nuevas ampliaciones de cobertura** se realicen sobre el ajuste en la **base nacional de población potencial beneficiaria o elegible.**

Lo que a su vez permite establecer un tiempo de ciclo menor, equiparándolo con las condiciones del Régimen Contributivo con el fin de poder detectar multiafilación con mayor celeridad.

Por otro lado, se espera que las nuevas ampliaciones de cobertura se realicen sobre el ajuste en la base nacional de población potencial beneficiaria o elegible, con el fin de establecer de manera efectiva el tamaño de la población que efectivamente va a ser afiliada.

Por último, se considera prioritario adelantar una campaña de recarnetización de la población y toma de huella apoyada de una fuerte campaña de comunicación que permita ajustar la información faltante. Esto sumado a la posibilidad que ofrece el nuevo SISBEN de ajuste de información.

- **Gestión financiera**

El componente de gestión financiera presenta como estrategia fundamental disminuir la vulnerabilidad financiera del Régimen e incrementar la eficiencia del proceso.

En cuanto a la vulnerabilidad del financiamiento se propone:

- Acotar el financiamiento de la fuente esfuerzo propio como el proveniente, exclusivamente, de 2 fuentes de destinación específica: rentas cedidas y regalías directas. De manera adicional, se propone evaluar el jalonamiento de recursos propios en los municipios categoría E. En particular, se propone definir el esfuerzo propio a exigir a estos municipios como el equivalente a 10% del valor del Régimen Subsidiado.
- En cuanto a la vulnerabilidad de la fuente FOSYGA en un contexto que, como el actual, es de desaceleración económica, se retoma lo propuesto en el capítulo 9, con respecto a establecer el aporte parcial para parte de la población SISBEN II.

En cuanto al proceso previsto para el flujo de recursos, en lo relativo a la planeación financiera y presupuestación, se propone:

- Gestionar la modificación de la figura presupuestal de aprobación de vigencias futuras por la de constitución de reserva presupuestal. De esta forma, se atacan problemas de incertidumbre con respecto a la disponibilidad de recursos para la financiación del período enero-marzo, mediante la apropiación de 100% de los recursos de financiación durante la misma vigencia fiscal.
- Incluir en la evaluación de capacidad de respuesta de los municipios a la operación del Régimen Subsidiado (Capítulo 7) puntos adicionales en la calificación cuando el consejo municipal clasifique el Proyecto Régimen Subsidiado como prioritario, de manera que se viabilice la celebración de contratos por hasta tres vigencias contractuales. Así, se brindaría mayor certidumbre con respecto a la financiación de la afiliación, así como una disminución en la carga operativa del municipio.
- Adelantar las gestiones necesarias ante la Contaduría Nacional para que el Formulario Único Tributario FUT incluya no sólo al FOSYGA y al SGP como partidas del ingreso para Régimen Subsidiado sino que se incluyan, en el marco de esta propuesta, sub-rubros para las rentas cedidas y las regalías. De esta forma el FUT, reflejaría la totalidad de las fuentes del Régimen Subsidiado, y el municipio se vería incentivado a adelantar su gestión financiera de la manera más organizada y planificada posible, no sólo con los recursos del SGP y el FOSYGA sino con la integralidad de las fuentes.

Para impactar positivamente el flujo de recursos entre agentes, se plantea, adicional al mejoramiento en cargue de base de datos, expuesto en el componente anterior, las siguientes:

- En cuanto a medidas tendientes a generar y/o fortalecer los instrumentos de seguimiento, rastreo de recursos y evaluación a la gestión financiera de los diferentes actores se propone complementar la reglamentación de los Fondos Locales de Salud FLS y cuentas maestras en el sentido de incluir periodicidades específicas para la acreditación de todas las sub-fuentes del esfuerzo propio, de manera que haya planeación y certidumbre con respecto a en qué momento y en qué cuantía irá ingresando 100% de los recursos comprometidos para la financiación del Régimen Subsidiado. Lo anterior debido a que en la actualidad existe reglamentación con respecto a la periodicidad y proporcionalidad para acreditar los recursos del SGP y del FOSYGA pero no sobre la totalidad de las fuentes del esfuerzo propio. En tal sentido y en línea con la propuesta relacionada con la simplificación de las sub-fuentes del esfuerzo propio se propone reglamentar que la cuenta maestra de los municipios se deba acreditar con los recursos propios de las fuentes específicas propuestas (rentas cedidas, regalías), de acuerdo con la periodicidad propia del recaudo/transferencia a los municipios de las mismas y en las proporcionalidades correspondientes, según monto anual comprometido. En el caso de las rentas cedidas dicha periodicidad sería semestral y en las regalías directas sería bimestral. En cuanto al esfuerzo propio proveniente de los municipios categoría E, se propone que se acrediten en la cuenta maestra con periodicidad bimestral y en proporcionalidades equivalentes a la sexta parte del compromiso anual. La implementación de esta medida brindaría herramientas e instrumentos para efectos del rastreo en el flujo de recursos.
- Incluir en los criterios de permanencia, ingreso y salida para EPS-S variables que capturen su desempeño en la gestión financiera, en particular la información de cartera con las IPS.
- Fortalecer la auditoría a la gestión tanto de EPS-S, pero sobre todo de IPS en cuanto a la generación de facturas, cuentas de cobro y demás instrumentos utilizados para proceder a los cobros respectivos.
- Finalmente, y para impactar de manera conjunta los giros de municipios a EPS-S y de EPS-S a IPS, así como para aumentar la capacidad de implementación de las medidas de contingencia para el flujo de recursos (giro directo) se propone evaluar la constitución de un sistema único para el registro de los cobros de EPS-S a municipios, y de IPS a

Se propone complementar la reglamentación de los **Fondos Locales de Salud FLS** y cuentas maestras en el sentido de incluir **periodicidades específicas** para la **acreditación de todas las sub-fuentes del esfuerzo propio**, de manera que haya **planeación y certidumbre.**

EPS-S. Dicho sistema de información sería competencia de la nación, en particular de la Superintendencia Nacional de Salud, y permitiría generar instrumentos para el rastreo en el flujo de recursos, en un contexto en que el no flujo de los mismos puede responder no sólo a retrasos por parte del pagador, sino también a problemas de gestión del beneficiario del pago.

- En términos de las medidas de contingencia para el flujo de recursos se propone un ajuste en la aplicación de la medida de giro directo a municipios y la eliminación de la medida cuando aplica a la EPS.

- **Estructura de mercado**

Este componente centra su estrategia en la implementación de medidas que permitan incentivar la competitividad del mercado donde es factible contar con operaciones competitivas. En caso contrario se buscará dar soluciones por fuera del mercado o asumiendo el monopolio natural como la mejor opción de operación y por tanto, se buscará un mecanismo de operación y contratación diferencial para estos casos.

- **Condiciones de ingreso**. Fijar criterios en la autorización regional que contemplen nuevos actores del Sistema, teniendo en cuenta: entidades recién constituidas y EPS del Contributivo que deseen ingresar al mercado del Subsidiado. Se recomienda utilizar para estos casos la autorización de funcionamiento y la habilitación, fijando un tiempo donde deberá entrar en concurso como las demás EPS-S.
  Eliminar la figura de los cupos y fortalecer los criterios de permanencia en habilitación financiera y reservas técnicas.
- **Condiciones de permanencia y salida.** Establecer un sistema de evaluación de resultados en salud y gestión como criterio de permanencia de las EPS-S en el mercado. Las mediciones sobre las EPS-S no se realizarían sobre agregados nacionales, sino regionales y municipales de acuerdo con el ámbito del indicador, estos últimos incorporados en la minuta del contrato. En concordancia, el criterio de evaluación para establecer su permanencia en la región se daría sobre los resultados regionales y su permanencia en el mercado municipal en la combinación de indicadores régimen municipio.

Tabla 89. Características propuestas para la operación de los mercados municipales

Estructura de mercado	Mercado tipo I	Mercado tipo II
Condiciones de ingreso	Estos mercados pueden contratar un número irrestricto de EPS-S.	Para mercados municipales con tamaños inferiores a 10,000 afiliados se podrán contratar como máximo 2 EPS-S. Mercados municipales con tamaños superiores a los 10,000 e inferiores a 50,000 se podrá contratar como máximo 3 EPS-S. Para la selección de estas entidades en su implantación inicial se recomienda seleccionar la EPS de mayor participación.
Condiciones de permanencia y salida	Se prohíben operaciones con participaciones superiores al 35%, esto como medida para incentivar una mayor competencia. La minuta de contrato incorpora reportes de administración del POSS, expresadas en un conjunto de indicadores de seguimiento a la administración del riesgo en salud de la población.	La minutas de contrato de estos municipio tiene como principales características: Contiene metas de atención y resultados de salud esperados de acuerdo con el plan de salud pública del municipio. Especificaciones respecto al modelo de atención de acuerdo a factores críticos como dispersión, socioculturales y ambientales. Incorporar la nota técnica y en caso de no reporte se especifica como una causal de caducidad del contrato.
Articulación con mercado prestador de primer nivel de atención	Se abre la posibilidad establecer como criterio de insuficiencia de la red él no reporte de información de atenciones dadas a la población. Que le permita optar por otros prestadores del territorio.	Al tratarse de un monopolio bilateral se sugieren como medida de intervención la formulación de una minuta de contrato estándar en para la relación EPS-IPS. Se abre la posibilidad establecer como criterio de insuficiencia de la red él no reporte de información de atenciones dadas a la población. Que le permita optar por otros prestadores del territorio

- **Diferenciación del producto.** La problemática se centró en las limitaciones que marca la obligatoriedad de contratación con la red pública. A lo que se recomienda reglamentar en toda su extensión el artículo 16 de la Ley 1122, es decir incluyendo lo referente a indicadores de calidad y resultados en la prestación. Factor que debe redundar en la operación de los dos tipos mercado.
- **Condiciones competitivas.** Incrementar y/o hacer exigible el pool mínimo para las CCF. Establecer indicadores de seguimiento sobre las poblaciones especiales que se consideran en la operación del Régimen Subsidiado –ejemplo: niños del ICBF, desmovilizados, desplazados, indígenas-, a partir de los cuales sea posible suspender nuevas afiliación e incluso dar traslados a la población.
  Garantía de competencia respecto a prácticas anticompetitivas de los agentes, abuso moral y selección adversa. Formular mecanismos específicos de respuesta al amplio espectro de posibles prácticas anticompetitivas de manera conjunta entre el MPS, la Super Salud y la Super Intendencia de Industria y Comercio.

10.2.2 Instrumentos de articulación

La implementación de las propuesta de intervención inicia teniendo como eje central de intervención la modificación del Acuerdo de operación de Régimen Subsidiado, es decir, Acuerdos 244, 294 y complementarios. Como instrumentos complementarios surge la reglamentación al acuerdo de operación, a cargo del Ministerio de la Protección Social que atañe principalmente al manejo de información. De forma paralela, se desarrollarán planes de trabajo inter administrativos qué permitan armonizar la información de la base de encuesta SISBEN y las entidades responsables de la generación de listados censales.

Referencias bibliográficas

ALFONSO, Oscar A. Ciudad y región en Colombia, nueve ensayos de análisis socioeconómico y espacial. Universidad Externado de Colombia. 2001.

CENDEX. Programa de apoyo a la iniciativa privada en el Régimen Subsidiado de Colombia. Estudio privado de costo administrativo en ARS de orden nacional con 135 operaciones. BID, Fundación Corona, Fundación Social. 2001.

DRANOVE, David; WHITE, William. Emerging issues in the antitrust definitions of health markets. Health Economics 7.1998. Pág. 167-170.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. - Encuesta Continua de Hogares. 2003.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Guía para el uso del SISBEN. Documento soporte para las entidades territoriales que aplican el SISBEN.

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA UNIVERSIDAD DE HARVARD. 1996 La reforma de salud en Colombia y el plan maestro de implementación. Informe final. Proyecto de la reforma del sector salud en Colombia.

GLASSMAN A., ESCOBAR M., GUIFFRIDA A., GIEDION U. From few to many. Ten years of heath insurance, expansion in Colombia. Inter-American Development Bank. The Brookings Institution. 2009.

GARAVITO L, RUÍZ F. Análisis regulatorio y del mercado institucional de medicamentos antirretrovirales en el SGSSS de Colombia. Informe técnico. Processum Consultoría. ONUSIDA. Ministerio de la Protección Social. 2006.

GREGORY P. Marchildon. Regionalization and Health Services. Conference Paper Health Services Restructuring: New Evidence and New Directions. Queen's University.

MARTIN, WILSON; GAYNOR, Deborah Hass. Change, Consolidation and Competition in Health Care Markets. The Journal Economics Perspectives.

MARCHILDON, Gregory P. Regionalization and Health Services. Conference Paper Health Services Restructuring: New Evidence and New Directions. Queen's University.

MINISTERIO DE SALUD Programa de Apoyo a la Reforma. 2002. Facultad de Ciencias Económicas Centro de Investigación para el Desarrollo CID. Universidad Nacional de Colombia. Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos encargados de adelantar las funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios en el régimen subsidiado. Análisis de la contratación en el régimen subsidiado. Volumen III. Funcionamiento de las ARS, Volumen VI. Lineamientos conceptuales, Volumen IX.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL; ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES-OIM-. Documento diagnóstico "Barreras de acceso a los servicios de salud relacionadas con las entidades promotoras de salud del Régimen Subsidiado". Desarrollo del Proyecto OID - 0013 de 2006, Convenio 114 de 2006.

MOLINA Gloria; MONTOYA, Nilton y otros. Descentralización del sector salud en Colombia: análisis de 91 municipios. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. 2006.

NORTH, Douglass C. Instituciones, cambio institucional y desempeño económico. Cambridge University Press. 1990.

PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD– PARS. Asistencia Técnica – Garantía de una mejor gestión del Régimen Subsidiado. Ministerio de la Protección Social, 2007.

RESTREPO, Jairo Humberto; RESTREPO, Nataly. Experiencia regulatoria del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Simposio instituciones y procesos regulatorios en el sector salud. Asociación Colombia de Economía de la Salud. Junio 2007.

RUIZ F; AMAYA L, VENEGAS S. Progessives health reform and acces in Colombia. Health Economics. Enero 2007, Volumen 16. Pág. 3 - 18.

RUIZ F, PEÑALOZA E, ESALVA J, GARAVITO L, Mejía M, Puente y otros. Propuestas de ajuste a la política del régimen subsidiado de salud en Colombia, Pontificia Universidad Javeriana. Fundación Corona. Fundación Social. Banco Interamericano de Desarrollo CEJA 2002.

RUIZ F, GARAVITO L, PEÑALOZA E y otros. Diseño de alternativas de contratación y pago de servicios de salud entre entidades territoriales y hospitales públicos. Documento técnico ASS 1154 -04. Cendex Pontificia Universidad Javeriana. Departamento de Planeación Nacional.

SHEPHER, William G. The economics of industrial organization. Cuarta Edición. University of Massachusetts.

STIGLITZ, Joseph. Economía del sector público. 3° edición. Antoni Bosh, 2000.

Anexo 1. Obligaciones del contratante. Clasificación por elemento del objetivo

Clausula 3	Recursos financieros	Aseguramiento	Servicios	Otras
1) Velar por la ejecución y cumplimiento del Contrato de Administración del Régimen Subsidiado y por el Aseguramiento en Salud de la población afiliada a partir de la suscripción y registro presupuestal de este contrato.				1
2) Garantizar la aplicación del 100 % de los recursos del Régimen Subsidiado asignados en la resolución No, xxx del xx de marzo de 2003, emanada del Ministerio de la Protección Social, previo cumplimiento de los procesos presupuestales establecidos en la normatividad vigente y en especial atendiendo lo contemplado en el Decreto 050 de 2003 y demás normas que regulan la materia, sobre presupuestación, recaudo, giro, administración, custodia o protección, aplicación y flujo de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del cumplimiento de lo dispuesto en el decreto 50 de 2003; y responder por su acción u omisión, según el caso, cuando su conducta entorpezca el flujo o genere la aplicación indebida de tales recursos.	1			
3) No realizar Unidad de Caja de los recursos del Régimen Subsidiado con otros recursos de la entidad territorial en los fondos departamentales, distritales o municipales de salud, en cumplimiento del artículo 57 de la ley 715 de 2001, el inciso 2º del artículo 91 de la ley 715 de 2001 y el artículo 7º del Decreto 50 de 2003 y demás normas que los adicionen, aclaren, modifiquen, reglamenten o complementen.	1			
4) Impedir que los recursos del Sistema General de Participaciones y en especial los recursos del Régimen Subsidiado sean objeto de embargo, pignoración, titularización o cualquier otra clase de disposición financiera, según lo establecido por el artículo 19 del Decreto Extraordinario 111 de 1996, por el cual se compilan la Ley 38 de 1989, la Ley 179 de 1994 y la Ley 225 de 1995, que conforman el Estatuto Orgánico de Presupuesto, el inciso 2º del artículo 91 de la ley 715 de 2001 y el artículo 8º del Decreto 50 de 2003 y demás normas que los adicione n, aclaren, modifiquen, reglamenten o complementen.	1			
5) Evitar el múltiple pago de UPC por un mismo afiliado o cualquier pago indebido de UPC dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y no reconocer UPC de personas que estén siendo compensadas en el Régimen Contributivo y/o aparezcan multiafiliadas en el Régimen Subsidiado y/o estén atendidas por regímenes excepcionados, tal y como lo establece el inciso 3º del artículo 22 del decreto 50 de 2003.	1			
6) Entregar a EL CONTRATISTA, la base de datos de afiliados al Régimen Subsidiado que hacen parte del presente contrato, depurada y actualizada en cumplimiento de los requerimientos del Sistema de Información definidos en las resoluciones 890 y 1375 de 2002 y las demás normas que adicionen, modifiquen, reglamenten, aclaren o complementen. Constituir, depurar y actualizar las bases de datos de afiliados al Régimen Subsidiado, de conformidad con los requerimientos del sistema de información definidos por las Resoluciones 890 de 2002, 1375 de 2002 y las demás normas que adicionen, modifiquen, reglamenten, aclaren o complementen.		1		

Clausula 3	Recursos financieros	Aseguramiento	Servicios	Otras
7) Pagar a EL CONTRATISTA, en forma anticipada y por bimestres, a través del Fondo Local de Salud, las UPC correspondientes a los afiliados contratados, dentro de los diez (10) días siguientes al inicio del respectivo bimestre, según lo contemplado por el artículo 31 del decreto 050 de 2003, previo cumplimiento y acreditación de las condiciones establecidas en la cláusula octava del presente contrato. Los pagos deberán reflejar la afectación de los recursos o fuentes de financiación establecidas en el presente contrato.	1			
8) Calcular las UPC resultantes a pagar, teniendo en cuenta las bases de datos de afiliados de cada ARS, sin perjuicio de los ajustes que por novedades sean pertinentes, de acuerdo con lo contemplado por el artículo 31 del decreto 50 de 2003.	1			
9) Exigir a EL CONTRATISTA, dentro de los tres (3) días siguientes a la suscripción del presente contrato:				
a) La información correspondiente a la carnetización de los afiliados de continuidad, los afiliados recibidos por traslados, y la entrega de los listados o bases de datos correspondientes, identificando en ellos los afiliados en continuidad, los afiliados que vienen con carné de vigencia anual y los nuevos afiliados, para efectos de su verificación;		1		
b) Copia de los contratos de prestación de servicios de salud vigentes que acrediten la existencia de la red de servicios de salud en los niveles de complejidad exigidos para cumplir el objeto del contrato y, para que se proceda a la verificación del cumplimiento de la habilitación de los servicios, que garanticen la atención a la población de su área de influencia; estos contratos no podrán realizarse con vigencias menores a un año, salvo cuando por eventos excepcionales relacionados con el incumplimiento de las obligaciones del prestador o la revocatoria de su habilitación, se requiera una contratación por menor tiempo para completar el período anual de contratación, en cumplimiento del artículo 47 del Acuerdo 244 del CNSSS;			1	
c) El reaseguro de enfermedades de alto costo de la población afiliada en el municipio, distrito o departamento;			1	
d) La póliza de garantía y cumplimiento del presente contrato;				1
10) Respetar la libertad que tiene EL CONTRATISTA para seleccionar los prestadores con los cuales deban celebrar contrato de prestación de servicios de salud, sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 51 de la Ley 715 de 2001 y el artículo 44 de la Ley 812 de 2003.			1	
11) Abstenerse de imponer cláusulas gravosas para la selección de prestadores por parte de EL CONTRATISTA.			1	
12) Requerir mensualmente a EL CONTRATISTA, los estados de cartera con los Prestadores de Servicios de Salud públicos y privados contratados y demás proveedores, y un informe sobre el estado de pagos a la aseguradora con la que constituyó la póliza de enfermedades de Alto Costo.				1
13) Requerir mensualmente a EL CONTRATISTA, la acreditación del pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 1º de la Ley 828 de 2003.				1
14) Adelantar los procedimientos administrativos o judiciales ante las instancias correspondientes, en el evento de determinarse el incumplimiento total o parcial de las obligaciones de EL CONTRATISTA.				1
15) Las demás obligaciones contractuales y legales que se deriven del presente contrato. EL CONTRATISTA.-				1

Anexo 2. Condiciones de permanecía de las EPS del Régimen Subsidiado

Numerales adaptados del Decreto 515 de 2004.

Condición	Descripción	Tipo
Capacidad técnico-administrativa	7.1. La implementación, ejecución, cumplimiento y actualización permanente de las condiciones técnico - administrativas de operación. Las cuales se presentan en los numerales del artículo 4: 4.1. La estructura organizacional en la cual se identifiquen con claridad las áreas que tienen bajo su responsabilidad, los procesos mediante los cuales se cumplen las funciones de afiliación, registro y carnetización, organización, contratación del aseguramiento y prestación de los servicios del plan de beneficios en condiciones de calidad, administración del riesgo y defensa de los derechos del usuario por cada área geográfica. 4.2. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la afiliación y registro de los afiliados; la verificación de las condiciones socioeconómicas de sus afiliados; la promoción de la afiliación al Sistema, el suministro de información y educación a sus afiliados; la evaluación de la calidad del aseguramiento; la autorización y pago de servicios de salud a través de la red de prestadores; y, la atención de reclamaciones y sugerencias de los afiliados. 4.3. El diseño y plan operativo para la puesta en funcionamiento de un sistema de información que demuestre la confiabilidad y seguridad del registro, captura, transmisión, validación, consolidación, reporte y análisis de los datos como mínimo sobre los afiliados, incluidos procedimientos de verificación de multiafiliados; los recursos recibidos por concepto de la unidad de pago por capitación; la red de prestadores de servicios de salud; la prestación de servicios; la administración del riesgo en salud; el sistema de calidad; y, la información financiera y contable. 4.4. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad de los procesos técnico-administrativos y de aseguramiento. 4.5. El sistema de comunicación y atención eficiente para que los usuarios conozcan el valor de los pagos moderadores y demás pagos compartidos. 4.6. La liquidación de los contratos de administración del Régimen Subsidiado. Incumplen las condiciones técnico-administrativas de operación las ARS que por causas imputables a ellas, no hayan liquidado los contratos de administración de Régimen Subsidiado.	Procesual
	7.2. La entrega en forma oportuna, veraz y consistente, de los reportes de información requerida por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.	Procesual
	7.3. La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos que garanticen el cumplimiento de las condiciones contractuales y los pagos acordados con los prestadores.	Procesual
	7.4 El cumplimiento del número mínimo de afiliados exigidos para la operación como entidades administradoras del Régimen Subsidiado, establecidos en el presente decreto.	Financiero
	7.4. La puesta en funcionamiento de los mecanismos que permitan la participación e intervención de la comunidad afiliada en la gestión de servicios de salud de las entidades de que trata el presente decreto y, la protección y defensa de los usuarios afiliados a la entidad.	Procesual

Condición	Descripción	Tipo
Capacidad financiera	8.1. Presentar dentro de los términos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud los estados financieros debidamente certificados y dictaminados por el revisor fiscal y de conformidad con el Plan Único de Cuentas que esa entidad defina a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes a la vigencia del presente decreto. 8.2. Acreditar el monto de capital mínimo previsto en las disposiciones legales correspondientes a la naturaleza jurídica de cada entidad, con la periodicidad que para tal efecto establezca la Superintendencia Nacional de Salud. 8.3. Acreditar y mantener en forma permanente, el patrimonio técnico saneado que para el efecto se señale por las autoridades competentes. 8.4. Acreditar y mantener el margen de solvencia, conforme a las disposiciones vigentes y a lo que establezca el Ministerio de la Protección Social en proporción al número de afiliados. 8.5. Acreditar el cumplimiento de las disposiciones relativas a las reservas, provisiones y operaciones financieras y de inversiones, contempladas en las normas vigentes. La Superintendencia Nacional de Salud podrá establecer provisiones y reservas especiales cuando las condiciones de la entidad o del Sistema lo requieran.	Financiero
Capacidad tecnológica y científica	9.1. La implementación y mantenimiento de la capacidad tecnológica y científica, acreditada para efectos de su operación. Las cuales se presentan en los numerales del artículo 6: 6.1. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la planeación y prestación de los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. 6.2. La conformación de la red de prestadores, con servicios habilitados directamente por el operador primario en la región, adecuada para operar en condiciones de calidad. 6.3. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de selección de prestadores, así como de los mecanismos y procedimientos de contratación y de pago a los mismos que procuren el equilibrio contractual, y garanticen la calidad y el acceso a los servicios. 6.4. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes. 6.5. El diseño, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios. 6.6. Los instrumentos, procesos y procedimientos para la evaluación y seguimiento de los indicadores y las variables que alimentan la Nota Técnica del plan de beneficios.	Procesual
	9.2. El cumplimiento de las metas de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública incluidas en el plan de beneficios.	Gestión de acciones en salud
	9.3. El cumplimiento de las metas de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública incluidas en el plan de beneficios.	Gestión de acciones en salud
	9.4. La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos para la administración del riesgo en salud de sus afiliados.	Procesual
	9.4. La operación y adecuación de la red de prestadores de servicios y del sistema de referencia y contrarreferencia, acorde con el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los afiliados, que garantice la suficiencia, integralidad, continuidad, accesibilidad y oportunidad.	Procesual
	9.5. La implementación del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.	Procesual

Anexo 3. Cartera adeuda por las EPS del Régimen Subsidiado a las IPS públicas

((Corte: 31 de diciembre de 2007)

Cartera adeuda por las EPS del Régimen Subsidiado a las IPS públicas con corte a 31 de diciembre de 2007						
EPS-S	Hasta 60 días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 360 días	Mayor 360 días	Total Cartera
CAPRECOM EPS	41.570.170.890	14.178.291.998	17.836.220.625	14.975.530.750	35.204.034.120	123.764.248.383
SOLSALUD EPS S.A.	31.106.267.647	7.333.810.130	10.224.540.631	9.931.639.247	17.078.240.348	75.674.498.003
Otras EPS-ARS del régimen subsidiado	15.815.851.020	3.103.461.397	5.931.605.686	12.466.477.641	19.588.510.068	56.905.905.812
SALUDVIDA S.A. EPS	20.000.256.417	6.795.791.726	9.365.562.030	7.862.668.841	12.594.065.187	56.618.344.201
EMDISALUD ESS Empresa Mutual para el Desarrollo Integral DE LA SALUD E.S.S.	21.656.553.240	9.230.619.314	12.560.486.663	6.803.123.641	4.722.429.401	54.973.212.259
COOSALUD ESS Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda.	20.481.991.308	9.864.975.635	9.924.615.174	7.723.211.490	6.962.006.853	54.956.800.460
EPS-ARS del régimen subsidiado en liquidación	135.882.126	127.978.773	197.505.303	1.054.887.326	35.912.761.553	37.429.015.081
ASMET SALUD ESS Asociación Mutual La Esperanza	17.437.677.873	5.482.974.912	4.310.667.339	3.071.858.953	2.501.608.075	32.804.787.152
CAFESALUD EPS	15.310.229.993	3.746.959.670	5.002.021.398	3.678.390.425	5.022.910.429	32.760.511.915
COMPARTA Cooperativa de Salud Comunitaria	15.468.318.102	5.520.893.407	4.851.030.284	3.727.595.879	2.326.314.463	31.894.152.135
HUMANA VIVIR S.A. EPS	10.927.704.660	2.968.909.043	3.238.995.402	3.331.113.357	11.162.401.864	31.629.124.326
ECOOPSOS Entidad Cooperativa Sol.de Salud del Norte de Soacha	12.597.571.380	3.184.259.422	4.640.889.483	3.456.011.026	4.631.851.477	28.510.582.788
SELVASALUD S.A. EPS	9.081.637.830	3.911.520.547	4.215.164.747	4.996.435.677	5.919.309.966	28.124.068.767
Asociación Mutual SER Empresa Solidaria de Salud ESS	12.458.673.883	6.940.783.363	3.324.137.460	2.143.373.291	2.562.988.170	27.429.956.167
EMSSANAR ESS Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño E.S.S.	15.513.596.902	4.602.522.538	4.884.663.877	1.431.058.762	811.944.778	27.243.786.857
CONDOR S.A. EPS	9.587.069.195	3.154.404.711	4.230.688.114	3.492.414.409	2.900.806.371	23.365.382.800
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó ESS	6.385.634.517	3.142.573.191	5.046.442.559	3.063.120.530	5.482.220.661	23.119.991.458

Cartera adeuda por las EPS del Régimen Subsidiado a las IPS públicas con corte a 31 de diciembre de 2007						
EPS-S	Hasta 60 días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 360 días	Mayor 360 días	Total Cartera
CONVIDA - EPS	4.874.408.871	1.299.564.686	2.350.624.919	4.789.694.290	5.816.718.216	19.131.010.982
CAJACOPI ATLANTICO CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR	4.673.506.826	2.341.714.396	5.311.949.817	2.715.526.238	3.777.057.070	18.819.754.347
CALISALUD EPS	6.805.007.190	1.890.558.619	3.374.473.125	1.974.054.856	3.623.899.705	17.667.993.495
COMFENALCO ANTIOQUIA EPS	7.854.476.918	780.185.167	2.162.262.213	1.988.337.685	3.938.623.818	16.723.885.801
CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	2.618.874.021	1.272.868.650	3.452.792.876	2.731.499.296	4.545.164.051	14.621.198.894
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD	4.583.828.092	658.452.456	1.849.240.625	1.757.479.404	3.234.607.276	12.083.607.853
CAPRESOCA EPS	5.447.415.530	526.304.400	1.466.636.267	1.872.306.992	2.148.226.234	11.460.889.423
Mallamas EPSI Entidad Promotora de Salud	4.868.285.175	1.520.616.811	3.049.237.267	1.273.547.047	462.084.295	11.173.770.595
COMFACOR CAJA COMP CORDOBA	3.299.562.257	1.978.721.075	2.120.754.625	1.969.013.328	1.505.837.021	10.873.888.306
DUSAKAWI Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar	3.621.627.915	1.427.135.938	3.433.940.757	785.192.396	544.950.230	9.812.847.236
COMFAMILIAR HUILA	6.014.977.023	946.359.775	974.465.373	1.149.996.177	716.991.524	9.802.789.872
Asociación Indígena del Cauca "A.I.C."	3.201.422.207	2.284.054.344	1.245.722.489	312.285.961	1.528.326.078	8.571.811.079
COLSUBSIDIO	2.773.727.798	316.089.476	1.026.395.957	831.654.779	2.233.688.126	7.181.556.136
COMFAMA CAJA COMP ANTIOQUIA	3.433.413.187	533.859.067	599.726.129	1.044.646.355	348.966.361	5.960.611.099
COMFAORIENTE CAJA COMP DEL ORIENTE COLOMBIANO	2.299.147.442	937.219.342	1.112.540.728	177.928.466	1.374.115.375	5.900.951.353
ARS UNICAJAS - COMFACUNDI	1.566.418.727	187.224.119	494.391.930	1.341.817.710	1.432.901.437	5.022.753.923
ANAS WAYUU Entidad Promotora de Salud Indigena	2.902.672.810	1.147.059.318	553.392.385	269.037.130	141.630.539	5.013.792.182
CAJASALUD ARS UT	2.193.543.721	441.711.321	578.573.771	219.553.611	1.379.508.952	4.812.891.376
CAJA COMP FAMILIAR GUAJIRA	1.757.142.941	514.441.937	1.152.054.850	867.132.211	297.991.881	4.588.763.820
COMFAMILIAR CAMACOL CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	2.664.588.570	464.855.000	257.820.453	194.876.285	833.130.199	4.415.270.507
FAMISALUD COMFANORTE A.R.S CAJA COMP NORTE DE SANTANDER	1.749.793.834	598.556.423	1.125.414.367	19.992.099	832.759.181	4.326.515.904
COMFAMILIAR CARTAGENA	950.093.495	370.398.353	397.199.017	1.036.982.312	92.210.106	2.846.883.283
CAFABA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA	965.420.174	405.207.409	343.896.020	381.489.755	379.696.859	2.475.710.217
COMFABOY - CAJA COMP FAMILIAR BOYACA	1.621.327.772	262.078.142	243.591.122	103.354.337	203.793.670	2.434.145.043
CAJA COMP FAMILIAR SUCRE	918.242.115	356.760.436	297.612.733	190.555.083	612.071.368	2.375.241.735

Cartera adeuda por las EPS del Régimen Subsidiado a las IPS públicas con corte a 31 de diciembre de 2007						
EPS-S	Hasta 60 días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 360 días	Mayor 360 días	Total Cartera
PIJAOSALUD EPSI Entidad Promotora de Salud	993.168.049	334.897.654	481.813.409	123.977.111	223.618.251	2.157.474.474
MANEXKA - CABILDOS RESGUARDO ZENU SAN ANDRES DE SOTAVENTO CORDOBA Y SUCRE	996.487.386	396.316.781	395.764.359	92.913.254	74.853.259	1.956.335.039
CAJASAN - CAJA SANTANDEREANA DE SUBSIDIO FAMILIAR	1.307.001.703	211.623.553	208.458.676	10.520.613	141.520.409	1.879.124.954
GUAITARA EPSI Promotora de Salud Indígena	86.414.674	39.930.748	16.694.264	70.640.135	1.505.146.050	1.718.825.871
CAJA COMP FAMILIAR NARIÑO	861.253.491	241.001.375	176.949.944	113.962.454	240.027.373	1.633.194.637
CONFENALCO TOLIMA	915.261.822	93.048.660	146.999.443	295.334.550	131.120.762	1.581.765.237
MANEXKA Asociación de Cabildos del Resguardo Indígena Zenu de San Andrés de Sotavento	827.275.523	120.129.876	188.504.965	58.734.188	64.465.614	1.259.110.166
COMFACA - CAJA COMP FAMILIAR CAQUETA	769.973.277	68.670.907	122.698.022	54.365.103	15.935.849	1.031.643.158
CONVENIO COMFENALCO UT	209.618.872	31.506.527	88.374.183	266.740.197	218.396.768	814.636.547
COMFENALCO QUINDIO	115.047.818	5.244.657	84.397.421	315.924.075	193.648.350	714.262.321
COMFACHOCO	271.324.502	70.039.631	7.426.758	9.226.671	249.373.066	607.390.628
COMFENALCO SANTANDER	206.227.895	418.930	20.125.366	8.906.995	152.562.578	388.241.764
COMFAMILIARES EN SALUD UT	158.721.262	42.723.087	21.594.489	51.657.943	58.572.112	333.268.893
COOMEVA EPS	34.629.405	0	381.900	2.026.313	209.682.627	246.720.245
ASFAMILIAS CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	15.132.985	156.871	0	0	159.983.992	175.273.848
TAYRONA EPSI Entidad Promotora de Salud	38.634	0	0	0	169.088.690	169.127.324
CONFENALCO CUNDINAMARCA	24.231.093	67.638	3.896.023	12.237.721	105.726.539	146.159.014
CAJASAI - SAN ANDRES Y PROVIDENCIA ISLAS	0	0	36.271.890	39.207.649	55.553	75.535.092
CAJA COMP FAMILIAR RISARALDA	0	0	0	0	20.919.350	20.919.350
SARARE LTDA Cooperativa Empresa Solidaria de Salud	0	0	0	0	1.882.490	1.882.490
CONVENIO CAMACOL - COMFAMA UT	284.500	0	0	0	0	284.500
COMFACARTAGO CAJA COMP CARTAGO	0	0	0	0	0	0
Total cartera 2007	366.986.104.485	118.408.503.332	150.760.297.702	124.733.240.020	221.325.933.038	982.214.078.577

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios - MPS - Información reportada por las IPS públicas en virtud del Decreto 2193 de 2004

Cartera adeuda por las EPS del Régimen Subsidiado a las IPS públicas con corte a 31 de diciembre de 2007							
EPS-S	Participación por EPS-S	Hasta 60 días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 360 días	Mayor 360 días	Total Cartera
CAPRECOM EPS	12,6%	33,6%	11,5%	14,4%	12,1%	28,4%	100,0%
SOLSALUD EPS S.A.	7,7%	41,1%	9,7%	13,5%	13,1%	22,6%	100,0%
Otras EPS-ARS del régimen subsidiado	5,8%	27,8%	5,5%	10,4%	21,9%	34,4%	100,0%
SALUDVIDA S.A. EPS	5,8%	35,3%	12,0%	16,5%	13,9%	22,2%	100,0%
EMDISALUD ESS Empresa Mutual para el Desarrollo Integral DE LA SALUD E.S.S.	5,6%	39,4%	16,8%	22,8%	12,4%	8,6%	100,0%
COOSALUD ESS Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda.	5,6%	37,3%	18,0%	18,1%	14,1%	12,7%	100,0%
EPS-ARS del régimen subsidiado en liquidación	3,8%	0,4%	0,3%	0,5%	2,8%	95,9%	100,0%
ASMET SALUD ESS Asociación Mutual La Esperanza	3,3%	53,2%	16,7%	13,1%	9,4%	7,6%	100,0%
CAFESALUD EPS	3,3%	46,7%	11,4%	15,3%	11,2%	15,3%	100,0%
COMPARTA Cooperativa de Salud Comunitaria	3,2%	48,5%	17,3%	15,2%	11,7%	7,3%	100,0%
HUMANA VIVIR S.A. EPS	3,2%	34,5%	9,4%	10,2%	10,5%	35,3%	100,0%
ECOOPSOS Entidad Cooperativa Sol.de Salud del Norte de Soacha	2,9%	44,2%	11,2%	16,3%	12,1%	16,2%	100,0%
SELVASALUD S.A. EPS	2,9%	32,3%	13,9%	15,0%	17,8%	21,0%	100,0%
Asociación Mutual SER Empresa Solidaria de Salud ESS	2,8%	45,4%	25,3%	12,1%	7,8%	9,3%	100,0%
EMSSANAR ESS Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño E.S.S.	2,8%	56,9%	16,9%	17,9%	5,3%	3,0%	100,0%
CONDOR S.A. EPS	2,4%	41,0%	13,5%	18,1%	14,9%	12,4%	100,0%
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó ESS	2,4%	27,6%	13,6%	21,8%	13,2%	23,7%	100,0%
CONVIDA - EPS	1,9%	25,5%	6,8%	12,3%	25,0%	30,4%	100,0%
CAJACOPI ATLANTICO CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR	1,9%	24,8%	12,4%	28,2%	14,4%	20,1%	100,0%
CALISALUD EPS	1,8%	38,5%	10,7%	19,1%	11,2%	20,5%	100,0%
COMFENALCO ANTIOQUIA EPS	1,7%	47,0%	4,7%	12,9%	11,9%	23,6%	100,0%
CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	1,5%	17,9%	8,7%	23,6%	18,7%	31,1%	100,0%
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD	1,2%	37,9%	5,4%	15,3%	14,5%	26,8%	100,0%
CAPRESOCA EPS	1,2%	47,5%	4,6%	12,8%	16,3%	18,7%	100,0%
Mallamas EPSI Entidad Promotora de Salud	1,1%	43,6%	13,6%	27,3%	11,4%	4,1%	100,0%
COMFACOR CAJA COMP CORDOBA	1,1%	30,3%	18,2%	19,5%	18,1%	13,8%	100,0%
DUSAKAWI Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar	1,0%	36,9%	14,5%	35,0%	8,0%	5,6%	100,0%
COMFAMILIAR HUILA	1,0%	61,4%	9,7%	9,9%	11,7%	7,3%	100,0%
Asociación Indígena del Cauca "A.I.C."	0,9%	37,3%	26,6%	14,5%	3,6%	17,8%	100,0%
COLSUBSIDIO	0,7%	38,6%	4,4%	14,3%	11,6%	31,1%	100,0%
COMFAMA CAJA COMP ANTIOQUIA	0,6%	57,6%	9,0%	10,1%	17,5%	5,9%	100,0%
COMFAORIENTE CAJA COMP DEL ORIENTE COLOMBIANO	0,6%	39,0%	15,9%	18,9%	3,0%	23,3%	100,0%
ARS UNICAJAS - COMFACUNDI	0,5%	31,2%	3,7%	9,8%	26,7%	28,5%	100,0%
ANAS WAYUU Entidad Promotora de Salud Indigena	0,5%	57,9%	22,9%	11,0%	5,4%	2,8%	100,0%
CAJASALUD ARS UT	0,5%	45,6%	9,2%	12,0%	4,6%	28,7%	100,0%

Cartera adeuda por las EPS del Régimen Subsidiado a las IPS públicas con corte a 31 de diciembre de 2007							
EPS-S	Participación por EPS-S	Hasta 60 días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 360 días	Mayor 360 días	Total Cartera
CAJA COMP FAMILIAR GUAJIRA	0,5%	38,3%	11,2%	25,1%	18,9%	6,5%	100,0%
COMFAMILIAR CAMACOL CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	0,4%	60,3%	10,5%	5,8%	4,4%	18,9%	100,0%
FAMISALUD COMFANORTE A.R.S CAJA COMP NORTE DE SANTANDER	0,4%	40,4%	13,8%	26,0%	0,5%	19,2%	100,0%
COMFAMILIAR CARTAGENA	0,3%	33,4%	13,0%	14,0%	36,4%	3,2%	100,0%
CAFABA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA	0,3%	39,0%	16,4%	13,9%	15,4%	15,3%	100,0%
COMFABOY - CAJA COMP FAMILIAR BOYACA	0,2%	66,6%	10,8%	10,0%	4,2%	8,4%	100,0%
CAJA COMP FAMILIAR SUCRE	0,2%	38,7%	15,0%	12,5%	8,0%	25,8%	100,0%
PIJAOSALUD EPSI Entidad Promotora de Salud	0,2%	46,0%	15,5%	22,3%	5,7%	10,4%	100,0%
MANEXKA - CABILDOS RESGUARDO ZENU SAN ANDRES DE SOTAVENTO CORDOBA Y SUCRE	0,2%	50,9%	20,3%	20,2%	4,7%	3,8%	100,0%
CAJASAN - CAJA SANTANDEREANA DE SUBSIDIO FAMILIAR	0,2%	69,6%	11,3%	11,1%	0,6%	7,5%	100,0%
GUAITARA EPSI Promotora de Salud Indígena	0,2%	5,0%	2,3%	1,0%	4,1%	87,6%	100,0%
CAJA COMP FAMILIAR NARIÑO	0,2%	52,7%	14,8%	10,8%	7,0%	14,7%	100,0%
CONFENALCO TOLIMA	0,2%	57,9%	5,9%	9,3%	18,7%	8,3%	100,0%
MANEXKA Asociación de Cabildos del Resguardo Indígena Zenu de San Andrés de Sotavento	0,1%	65,7%	9,5%	15,0%	4,7%	5,1%	100,0%
COMFACA - CAJA COMP FAMILIAR CAQUETA	0,1%	74,6%	6,7%	11,9%	5,3%	1,5%	100,0%
CONVENIO COMFENALCO UT	0,1%	25,7%	3,9%	10,8%	32,7%	26,8%	100,0%
COMFENALCO QUINDIO	0,1%	16,1%	0,7%	11,8%	44,2%	27,1%	100,0%
COMFACHOCO	0,1%	44,7%	11,5%	1,2%	1,5%	41,1%	100,0%
COMFENALCO SANTANDER	0,0%	53,1%	0,1%	5,2%	2,3%	39,3%	100,0%
COMFAMILIARES EN SALUD UT	0,0%	47,6%	12,8%	6,5%	15,5%	17,6%	100,0%
COOMEVA EPS	0,0%	14,0%	0,0%	0,2%	0,8%	85,0%	100,0%
ASFAMILIAS CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	0,0%	8,6%	0,1%	0,0%	0,0%	91,3%	100,0%
TAYRONA EPSI Entidad Promotora de Salud	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
CONFENALCO CUNDINAMARCA	0,0%	16,6%	0,0%	2,7%	8,4%	72,3%	100,0%
CAJASAI - SAN ANDRES Y PROVIDENCIA ISLAS	0,0%	0,0%	0,0%	48,0%	51,9%	0,1%	100,0%
CAJA COMP FAMILIAR RISARALDA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
SARARE LTDA Cooperativa Empresa Solidaria de Salud	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
CONVENIO CAMACOL - COMFAMA UT	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
COMFACARTAGO CAJA COMP CARTAGO	0,0%						
Total cartera 2007	100,0%	37,4%	12,1%	15,3%	12,7%	22,5%	100,0%

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios - MPS - Información reportada por las IPS públicas en virtud del Decreto 2193 de 2004

Anexo 4.
Perdidas de afiliación en la implementación de la regionalización

ARS	Afiliados			Mercados Municipales		
	Total 2004	Perdidas 2005 %		Total 2004	Perdidas 2005 %	
CCF de Barrancabermeja "Cafaba"	82,596	54,044	65.4	23	16	69.6
Coosalud	994,952	293,615	29.5	188	37	19.7
Salud Vida Eps S.A	703,525	186,909	26.6	189	52	27.5
CCF de Córdoba "Comfacor"	213,140	52,457	24.6	38	5	13.2
Asociación De Cabildos Cordoba-Sucre Manexka	94,924	18,552	19.5	16	2	12.5
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdo ESS	340,661	53,108	15.6	90	16	17.8
Asociacion Mutual La Esperanza Asmet Salud ESS	757,025	98,801	13.1	170	37	21.8
CCF Cajacopi	240,840	29,473	12.2	64	5	7.8
Cafesalud EPS S.A.	638,315	70,819	11.1	133	16	12.0
Asociacion Indigena del Cauca "AIC"	171,342	17,898	10.4	65	1	1.5
Humana Vivir S.A. EPS	513,035	51,673	10.1	64	19	29.7
Solsalud EPS S.A.	994,815	79,966	8.0	203	22	10.8
Coopsagar Ltda.	916,659	45,593	5.0	246	19	7.7
E.P.S. Condor S.A.	344,456	8,919	2.6	57	8	14.0
Salud Total S.A. EPS	346,582	1,932	0.6	29	1	3.4
Mutual Ser ESS	589,544	3,073	0.5	78	1	1.3
Capresoca EPS	134,402	128	0.1	22	1	4.5

*Se asume una población constante para el 2004 y 2005

Anexo 5.
Aspectos de evaluación por indicador

1. ÁREA DE DIRECCIÓN DE SALUD

ORGANIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD

INDICADOR 1.1:
Desempeño de la función de Dirección de acuerdo con las competencias asignadas en la Ley.

Actos administrativos a través de los cuales el municipio ha definido la estructura para el cumplimiento de las competencias asignadas en la Ley 715 de 2001. El funcionario responsable debe constatar:

- Los actos administrativos que permitan identificar la organización y funcionamiento de la Dirección Local de Salud.
- La existencia del funcionario (os) responsables del desarrollo o cumplimiento de las competencias de la ley, a través del plan de cargos y manual de funciones.
- La capacidad técnica para desempeñar el cargo de Director Local de Salud, y los funcionarios de la Dirección de Salud, acorde con las funciones y requisitos señalados en el Decreto 785 de 2005
- Existen procesos sistematizados y reportes (Videos, Actas, Fotos), donde se permita verificar la organización y operación de los mecanismos de participación social y de los Servicios de Atención a la Comunidad (SAC) en la solución de quejas y reclamos, divulgación de derechos, deberes y en la medición de la satisfacción al usuario.
- Informes de la gestión realizada por el organismo de dirección en el año 2008, verificando:
- El cumplimiento de metas en aseguramiento
- El cumplimiento de metas en salud pública
- El cumplimiento de metas en prestación de servicios
- EL cumplimiento de metas en promoción Social
- El cumplimiento de metas en prevención, vigilancia y control de riegos profesionales
- El cumplimiento de metas en emergencia y desastres

El cumplimiento se revisará de acuerdo con las metas formuladas en el Plan de Salud Territorial o plan de acción de la vigencia respectiva.

MANEJO FINANCIERO DE LOS RECURSOS

INDICADOR 1.2:
Aplicación y flujo de los recursos para el desarrollo de las competencias de aseguramiento, salud pública colectiva y prestación de servicios a la población pobre no afiliada al régimen subsidiado de conformidad con lo estipulado en el artículo 13, literal b, de la Ley 1122 de 2007.

a. Creación o Ajuste del Fondo Municipal de Salud acorde a la Resolución 3042 de 2007. El funcionario responsable deberá verificar en el acto administrativo de creación o ajuste del Fondo de Salud, los contenidos de la resolución y en el presupuesto del municipio la creación o ajuste de las cuatro (4) subcuentas tanto en el ingreso como en el gasto.

b. Equilibrio entre los ingresos y gastos presupuestados por fuente de cada una de las subcuentas del Fondo Municipal de Salud (Sistema General de Participaciones en Salud con y sin situación de fondos, Fosyga, Etesa, regalías etc.). El funcionario responsable deberá verificar con los documentos soportes:

- Que los ingresos y gastos de la subcuenta de régimen subsidiado reflejen tanto en su origen como en la aplicación de los recursos, la destinación específica conforme a la normatividad vigente que se le asigna a cada fuente.
- Que los ingresos y gastos de la subcuenta de salud pública colectiva reflejen tanto en su origen como en la aplicación de los recursos, la destinación específica conforme a la normatividad vigente que se le asigna a cada fuente de acuerdo a lo establecido, por categoría del municipio.
- Que los ingresos y gastos de la subcuenta de prestación de servicios a la población pobre no afiliada al régimen subsidiado reflejen tanto en su origen como en la aplicación de los recursos, incluyendo los recursos con y sin situación de fondos, la destinación específica conforme a la normatividad vigente. .
- Que los ingresos y gastos incluidos en la subcuenta de otros gastos en salud reflejen tanto en su origen como en la aplicación de los recursos, la destinación específica conforme a la normatividad vigente que se le asigna a cada fuente.

c. Informe de seguimiento financiero de los recursos asignados por cada una de las áreas, teniendo en cuenta lo pagado frente a lo comprometido, por tanto se verificarán los informes de ejecución presupuestal en:

- Régimen subsidiado
- Prestación de servicios
- Salud pública
- Otros gastos en salud (Promoción Social, Riesgos Profesionales y Emergencias y Desastres.)

Se calificará con el porcentaje asignado por cada área si cumple con un porcentaje igual o superior al 90%. En caso contrario se calificará con 0.

d. Operación funcional de las cuentas maestras respectivas, para el efecto el funcionario responsable deberá verificar:

- Trámite ante el Ministerio de la Protección Social del registro de la cuenta maestra de régimen subsidiado, incluyendo los beneficiarios de la misma debidamente reportados y reconocimiento del pago de intereses a tasas comerciales aceptables en el momento de registro de la cuenta.
- Trámite ante el Ministerio de la Protección Social del registro de la cuenta maestra de salud pública colectiva, incluyendo los beneficiarios de la misma debidamente reportados y el reconocimiento del pago de intereses a tasas comerciales aceptables en el momento de registro de la cuenta.
- Trámite ante el Ministerio de la Protección Social del registro de la cuenta maestra de prestación servicios de salud, incluyendo los beneficiarios de la misma debidamente reportados y el reconocimiento del pago de intereses a tasas comerciales aceptables en el momento de registro de la cuenta.

e. Verificar que la totalidad de recursos de las subcuentas presupuestales del Fondo de Salud se manejen a través de las cuentas maestras y la Subcuenta de otros gastos en salud, a través de las dos cuentas bancarias. En caso de tener otra cuenta que se encuentre activa para el manejo de dichos recursos, salvo las excepciones planteadas en la Resolución 3042 de 2007 y demás normas relacionadas, su calificación será 0.

f. Verificar la oportunidad en el giro de los recursos por transferencias electrónicas y a los beneficiaros registrados por cada una de las subcuentas, la persona responsable deberá revisar los reportes bancarios y otros informes con los que cuente el municipio para cada una de las cuentas :

- Cuenta maestra de régimen subsidiado.
- Cuenta maestra de salud pública colectiva.
- Cuenta maestra de prestación servicios de salud.
- Cuenta otros gastos de salud-Inversión
- Cuenta otros gastos de salud.-Funcionamiento

g. Durante el año 2008, no haya sido objeto de giro directo de los recursos del régimen subsidiado, según las causales establecidas en el artículo 3º. Numeral 1 del decreto 3260 de 2004.

h. Que el municipio no haya sido objeto de las medidas preventivas ni correctivas de que tratan el Decreto 028 de 2008 y la reglamentación del Artículo 2º de la Ley 1122 de 2007, que para el efecto se establezca.

INDICADOR 1.3

Gestión del Municipio en la selección y afiliación en el aseguramiento de la población pobre

En lo relacionado con la gestión del municipio en el régimen subsidiado, el funcionario responsable deberá verificar:

a. El porcentaje de cargue en Base de Datos Única de Afiliados al Régimen Subsidiado (BDUA), acorde con la Resolución No.812 de 2007, se encuentre igual o superior al 90%.
b. Actas de liquidación de los contratos de régimen subsidiado pendientes de liquidar hasta marzo 31 de 2007 con su correspondiente paz y salvo.
c. Informe diagnóstico de la gestión del régimen subsidiado y el plan de mejoramiento
d. Gestión de la interventoría técnica, administrativa y financiera con relación a los actos administrativos expedidos (requerimientos, solicitudes, cartas, etc.)
e. Informe bimestral y consolidado semestral de evaluación y seguimiento a los contratos suscritos con las EPS del régimen subsidiado
f. Listado de priorizados según sisbén, listados censales y acuerdo del CNSSS actualizado y fijado en la administración municipal.

INDICADOR 1.4

El municipio formula y realiza seguimiento y evaluación al Plan de Salud Territorial

Se verifica que el municipio cuente con el Plan de Salud Territorial debidamente aprobado por el Concejo Municipal y concertado, en este sentido se deberá verificar:

a. .El Plan de Salud Territorial debe contener:

- Diagnóstico de la situación de salud de la entidad territorial
- Priorización de las necesidades acorde al diagnóstico y sus competencias
- Objetivos, metas y las acciones de estricto cumplimiento por cada eje programático
- Indicadores de resultado y producto
- Proyectos de Inversión

b. El Plan de Salud Territorial debe garantizar :

- Coherencia entre competencias, diagnóstico, objetivos, metas y recursos.
- Armonización con otras entidades.
- Articulación con los ejes programáticos, proyectos y recursos.
- La evaluación con indicadores de producto y de resultado
- Viabilidad entre Metas y recursos.

c. Seguimiento al Plan de Salud Territorial, se deberá verificar:

- La suma de los valores esperados en los indicadores de producto en el año 2008, debe ser igual al valor ejecutado. En los términos del Anexo No. 1 de la Resolución 425 de 2008.
- Informes de evaluación trimestral de los planes operativos anuales
- Informe de seguimiento y resultados de los proyectos ejecutados

d. Control Social a la ejecución del Pan de Salud Territorial, se deberá verificar la existencia de :

- Conformación y funcionamiento de organismos de coordinación y control con participación de la comunidad.
- Actas de Participación de la Comunidad en la formulación del plan
- Actas de Participación de la Comunidad en el seguimiento del plan territorial
- Informes de Rendición de Cuentas.

2. ÁREA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

INDICADOR 2.1 El municipio ha organizado y gestionado la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda en forma articulada con la red departamental
a. La prestación de servicios de salud sea realizada a través de Empresas Sociales del Estado, constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud.
b. Registro especial de prestadores, donde se verifique que los servicios de salud habilitados en el conjunto de puntos de atención de las IPS públicas de carácter municipal que operan en el municipio, corresponden a lo establecido en el diseño de la red departamental.
c. Verificar el procedimiento desarrollado para contratar con la Red privada.
d. Reportes e informes del centro regulador de urgencias y resultados de auditoria de los servicios prestados por IPS de segundo y tercer nivel donde se verifique la pertinencia de las remisiones y el cumplimiento por parte de las IPS públicas de carácter municipal de los mecanismos definidos por el departamento para la referencia y contrarreferencia de pacientes.
e. Certificación de reporte oportuno y completo por parte de las IPS públicas de carácter municipal de la información de que trata el Decreto 2193 de 2004, o las normas que lo modifiquen.
f. Reportes de la información del SIAU que permita evidenciar el análisis, seguimiento y respuesta a las solicitudes, reclamaciones y quejas de los usuarios.

INDICADOR 2.2 Ejecución de los recursos destinados a la prestación de servicios a la población pobre no afiliada al régimen subsidiado
a. Existencia de los informes de auditoria de los contratos de prestación de servicios para la atención de la población pobre no afiliada al régimen subsidiado, en los cuales se verifique de acuerdo con la modalidad de pago acordada, la adecuada ejecución de los recursos, actividades y pertinencia y el informe de análisis de los contenidos y estructura de los RIPS.
b. Presentación de los proyectos y su inclusión en el Plan Bienal de Inversiones.
c. Las inversiones propuestas en el Plan Bienal de Inversiones en salud estén en armonía con el proceso de habilitación y con la red departamental.

Anexo 6.
Relación de municipios en giro directo
(Corte: Septiembre 30 de 2008)

	Departamento	Municipio	Mes de adopción de la medida		Departamento	Municipio	Mes de adopción de la medida
1	Bolívar	Cartagena	Jun-05	39	Nariño	Tumaco	Dic-06
2	Bolívar	El Carmen de Bolívar	Jun-05	40	Chocó	Bajo Baudó (Pizarro)	Feb-07
3	Bolívar	Mompós	Jun-05	41	Chocó	Medio Atrato	Feb-07
4	Nariño	Córdoba	Jun-05	42	Chocó	Río Quito	Feb-07
5	Bolívar	San Jacinto	Jul-05	43	Chocó	Quibdó	Abr-07
6	Bolívar	Arroyohondo	Ago-05	44	Chocó	Acandí	Abr-07
7	Bolívar	Barranco de Loba	Ago-05	45	Chocó	Atrato	Abr-07
8	Bolívar	Tiquisio	Ago-05	46	Chocó	Bagado	Abr-07
9	Cundinamarca	Caparrapí	Ago-05	47	Chocó	Bahía Solano	Abr-07
10	Sucre	Chalán	Ago-05	48	Chocó	Bojayá (Bellavista)	Abr-07
11	Bolívar	Turbana	Sep-05	49	Chocó	Cantón de San Pablo	Abr-07
12	Cauca	López	Nov-05	50	Chocó	Carmen del Darién	Abr-07
13	Magdalena	Santa Marta	Nov-05	51	Chocó	Certegui	Abr-07
14	Bolívar	Calamar	Dic-05	52	Chocó	Condoto	Abr-07
15	Bolívar	Santa Catalina	Dic-05	53	Chocó	El Carmen	Abr-07
16	Atlántico	Piojó	Feb-06	54	Chocó	El Litoral del San Juan	Abr-07
17	Bolívar	San Martín de Loba	Feb-06	55	Chocó	Ismina	Abr-07
18	Nariño	Magui	Feb-06	56	Chocó	Juradó	Abr-07
19	Sucre	Colosó	Feb-06	57	Chocó	Medio Baudó	Abr-07
20	Sucre	San Onofre	Feb-06	58	Chocó	Medio San Juan	Abr-07
21	Tolima	Coyaima	Mar-06	59	Chocó	Novita	Abr-07
22	Atlántico	Puerto Colombia	Ago-06	60	Chocó	Nuquí	Abr-07

	Departamento	Municipio	Mes de adopción de la medida		Departamento	Municipio	Mes de adopción de la medida
23	Atlántico	Sabanalarga	Ago-06	61	Chocó	Río Iro	Abr-07
24	Bolívar	Talaigua Nuevo	Ago-06	62	Chocó	Riosucio	Abr-07
25	Córdoba	Puerto Libertador	Ago-06	63	Chocó	San José del Palmar	Abr-07
26	Chocó	Alto Baudó (Pie de Pato)	Ago-06	64	Chocó	Sipi	Abr-07
27	Nariño	El Charco	Ago-06	65	Chocó	Tadó	Abr-07
28	Nariño	El Peñol	Ago-06	66	Chocó	Unguía	Abr-07
29	Norte de Santander	San Calixto	Ago-06	67	Chocó	Unión Panamericana	Abr-07
30	Sucre	Caimito	Ago-06	68	Cauca	Piamonte	Ago-07
31	Bolívar	Montecristo	Dic-06	69	Magdalena	Ciénaga	Nov-07
32	Cauca	La Sierra	Dic-06	70	Cauca	Guapi	Jul-07
33	Cesar	Chiriguaná	Dic-06	71	Córdoba	Cereté	Ene-08
34	Córdoba	Ayapel	Dic-06	72	Bolívar	Cicuco	Mar-08
35	Córdoba	San Carlos	Dic-06	73	Córdoba	Chima	Ago-08
36	Chocó	Lloró	Dic-06	74	Córdoba	Momil	Ago-08
37	Magdalena	Zapayán	Dic-06	75	Córdoba	Purísima	Ago-08
38	Meta	La Macarena	Dic-06	76	Sucre	San Pedro	Ago-08



PARTE II

Acuerdo 415 de 2009,
expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS

- Septiembre de 2009 -



CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

ACUERDO NÚMERO 415 DE 2009

Por medio del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud
y se dictan otras disposiciones.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en ejercicio de las facultades conferidas por los artículos 172 y 212 de la Ley 100 de 1993, y teniendo en cuenta lo previsto en el inciso 2º del artículo 3º de la Ley 1122 de 2007 y,

CONSIDERANDO

1. Que con posterioridad a la expedición del Acuerdo 244 de 2003, se ha expedido normatividad que modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado de Salud, haciendo necesario recoger dichas disposiciones en un único acto administrativo en el marco de las modificaciones que, sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, contiene la Ley 1122 de 2007.
2. Que en cumplimiento de lo establecido en el parágrafo único del artículo 1 del Acuerdo 387, el Ministerio de la Protección Social adelantó una evaluación integral de la operación del Régimen Subsidiado y del cumplimiento de los objetivos de su operación regional, la cual sirvió de soporte técnico para identificar las dificultades en el funcionamiento del régimen y formular estrategias de fortalecimiento y ajuste.
3. Que los procesos de identificación y selección de beneficiarios del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud, presentan dificultades en su aplicación relacionadas con la oportunidad e integralidad de la información que impiden la identificación plena de la población beneficiaria del Régimen Subsidiado, por lo que se requiere realizar ajustes sobre estos procesos, en el marco de la cobertura universal del aseguramiento propuesta en la Ley 1122 de 2007.
4. Que en condiciones de coberturas de afiliación superiores al 90% de la población de niveles I y II del SISBEN, los actuales mecanismos de priorización de población vulnerable requieren reorientación y mayor participación del nivel nacional para consolidar y validar la información que permita dirigir las acciones y recursos hacia la población pobre y vulnerable que aún no ha logrado su vinculación al Sistema.
5. Que el procedimiento de afiliación prevé un único periodo en el año en el que la población potencial beneficiaria priorizada puede elegir una EPS-S y afiliarse, y que en caso de que las personas no hayan hecho uso de su derecho deberán esperar hasta el nuevo periodo de afiliación en el próximo año; dificultando que la población sea asegurada, por lo que es necesario

modificar el procedimiento con miras al logro de la cobertura universal.

6. Que las condiciones actuales de operación del Régimen Subsidiado no permiten garantizar la cobertura del subsidio ante la migración de los afiliados, haciendo necesario introducir modificaciones en la operación y variaciones en el procedimiento de cofinanciación con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA para mantener la financiación de la afiliación de la población migrante garantizando su atención en salud en el territorio nacional.
7. Que los procesos de priorización y contratación, dispuestos en la actual operación del Régimen Subsidiado para afiliar a la población recién nacida, no permiten garantizar el acceso al aseguramiento de forma oportuna, por lo que es necesario modificarlos generando mecanismos que permitan la afiliación inmediata de esta población.
8. Que la información base para determinar la condición de beneficiario del Régimen Subsidiado requiere la adopción de medidas que permitan estimular la cotización de quienes tienen capacidad económica y establecer procesos para garantizar su permanencia y movilidad dentro del Sistema.
9. Que la oferta de servicios, el número de afiliados, la dispersión geográfica de la población y las condiciones del mercado del aseguramiento para algunas Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado, requieren del replanteamiento de la actual operación regional del Régimen Subsidiado, para ofrecer garantías en la integralidad y calidad de la prestación de los servicios y mejorar la capacidad resolutiva de las EPS-S y compensar desbalances entre los actores del Sistema.
10. Que la alta concentración del mercado del aseguramiento en los municipios y distritos genera condiciones de negociación desbalanceadas entre las EPS-S e IPS afectando el acceso de la población afiliada, haciéndose necesario modificar las condiciones de participación mínima de las EPS-S en cada municipio y las de la autorización regional, a fin de promover una mayor competitividad en la operación.
11. Que dada la heterogeneidad de las capacidades fiscales, administrativas y técnicas de algunas Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado, se requiere introducir estándares técnicos y administrativos, así como adelantar evaluaciones de gestión y resultado que permitan garantizar el desempeño eficiente de las entidades territoriales en la operación del Régimen Subsidiado, incluido el flujo de recursos, tal como se prevé en el Decreto-Ley 1281 de 2002, en el artículo 26 de la Ley 1176 de 2007 y en el artículo 2 de la Ley 1122 de 2007, por lo cual es necesario establecer las condiciones de operación en que se daría la concurrencia y apoyo de los departamentos en los casos en que de manera cautelar tengan que asumir las competencias de los municipios.
12. Que el presente Acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 16, del Acuerdo 31 del CNSSS, cuenta con concepto previo favorable de la Oficina Jurídica del Ministerio de la Protección Social por considerarlo ajustado a las normas vigentes, el cual se anexa al acta correspondiente.

CAPÍTULO I

Objeto y definiciones

Artículo 1. Objeto. El presente Acuerdo define la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, a través del mismo se determinan los criterios para identificar y seleccionar a los beneficiarios de los subsidios, el procedimiento de afiliación, así como las condiciones de permanencia y pérdida del subsidio. De otra parte, se especifican las condiciones del proceso de contratación entre las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado y las EPS-S. Así como, se fijan las condiciones de la operación regional de las EPS y la forma en que los departamentos deberían asumir la competencia de manera cautelar en los casos en que una entidad territorial municipal no opere eficientemente el Régimen Subsidiado.

Artículo 2. Definiciones. Para los efectos del presente Acuerdo se adoptan las siguientes definiciones:

1. **Población beneficiaria:** De acuerdo con la Ley son beneficiarios del Régimen Subsidiado, toda la población pobre y vulnerable, clasificada en los niveles I y II del SISBEN o del instrumento que lo sustituya, siempre y cuando no estén afiliados en el Régimen Contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción. También lo son la población clasificada en el nivel III del SISBEN, en los términos de la Ley. Así como, las poblaciones especiales registradas en los listados censales y las prioritarias que defina el Gobierno Nacional, según lo establece el literal a) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007

2. **Población elegible:** Son elegibles para la asignación de subsidios en salud la población a la que se le ha verificado las condiciones de beneficiario señalados por la Ley mediante los instrumentos y mecanismos establecidos en el presente acuerdo.

3. **Población elegible priorizada:** Es toda población elegible seleccionada como prioritaria en las entidades territoriales sin cobertura superior.

4. **Afiliado del Régimen Subsidiado:** Es toda la población elegible o elegible priorizada que se ha incorporado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del Régimen Subsidiado, mediante el proceso definido para tal fin.

5. **Entidades Territoriales con cobertura superior:** Se entiende que un municipio o distrito está en cobertura superior cuando más del 90% de su población clasificada en el nivel I y II del SISBEN no afiliada al Régimen Contributivo esté cubierta por el Régimen Subsidiado. El Ministerio de la Protección Social certificará esta condición.

6. **Municipio de origen:** el municipio de origen es aquel que asignó inicialmente el subsidio al afiliado migrante.

7. **Municipio receptor:** el municipio receptor es aquel donde el afiliado migrante establece su nuevo domicilio.

8. **Entidades territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado:** Son los municipios, distritos o departamentos de los antiguos territorios nacionales que en cumplimiento de la Ley tienen competencias para operar el Régimen Subsidiado. Cuando se definan y apliquen los estándares técnico-administrativos requeridos para operar el Régimen Subsidiado de salud serán responsables las entidades territoriales que cumplan dichos estándares.

9. **Carta de desempeño de la Entidad Promotora de Salud:** Teniendo en cuenta la Resolución 1817 de 2009 se entiende por Carta de desempeño de la Entidad Promotora de Salud aquel documento que contiene la información adecuada y suficiente para que los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado puedan ejercer su derecho de libre escogencia de entidad promotora de salud e institución prestadora de servicios de salud dentro de la red de prestación definida por la entidad promotora de salud, donde se incluye información sobre indicadores de calidad de atención, posición en el ordenamiento (ranking) y situación frente a la acreditación de estas entidades, en el marco del Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, así como, los indicadores financieros de las entidades promotoras de salud y la aplicación de sanciones de que hubiere sido objeto en el último año.

10. **Carta de derechos del Afiliado y del Paciente:** Teniendo en cuenta la Resolución 1817 de 2009 se entiende por Carta de derechos del Afiliado y del Paciente aquel documento que le permite a los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado contar con información sobre los servicios a que tienen derecho de acuerdo con el plan de beneficios, la red de prestación de servicios que garantice dicho plan, los mecanismos y procedimientos

para acceder a los servicios, así como, las indicaciones acerca de las entidades que prestan ayuda para exigir el cumplimiento de los derechos que ostenta como afiliado y como paciente.

CAPÍTULO II

Identificación de beneficiarios

Artículo 3. Beneficiarios del Régimen Subsidiado. De conformidad con la Ley son beneficiarios del Régimen Subsidiado, toda la población pobre y vulnerable, clasificada en los niveles I y II del SISBEN o del instrumento que lo sustituya, siempre y cuando no estén afiliados al Régimen Contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción. Esta población recibirá subsidios plenos o totales.

La población clasificada como nivel III del SISBEN, sin perjuicio de lo previsto en el literal c) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, podrá recibir subsidios parciales o realizar aportes complementarios al subsidio parcial, para afiliarse al Régimen Contributivo o recibir los beneficios plenos del Régimen Subsidiado, en los términos en que lo defina el Gobierno Nacional en el marco del literal d) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.

También son beneficiarios del Régimen Subsidiado las poblaciones especiales registradas en los listados censales y las prioritarias que defina el Gobierno Nacional, según lo establece el literal a) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, quienes podrán recibir subsidio pleno siempre y cuando cumplan con las condiciones para éste.

Parágrafo 1. De conformidad con lo dispuesto en los Decretos 2060 de 2008 y 1800 de 2009, los trabajadores cuya labor se pacte y se preste por uno o unos días y que, en todo caso, resulten inferiores a un mes se considerarán población beneficiaria del Régimen Subsidiado siempre y cuando cumplan con las condiciones para ser beneficiarios de dicho régimen. Su afiliación deberá cumplir con el procedimiento descrito en el presente acuerdo.

Parágrafo 2. No podrán ser beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud las personas que reúnan condiciones para pertenecer al Régimen Contributivo, tales como: aquellas que perciban ingresos o renta suficientes o cuenten con capacidad de pago para afiliarse al Régimen Contributivo, que estén vinculadas mediante contrato de trabajo y devenguen como mínimo un salario mínimo legal mensual vigente, que goce de alguna clase de pensión salvo los que estén en el Fondo de Solidaridad Pensional, que sea beneficiario de otra persona afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, o que pertenezca a un régimen especial o de excepción. Estas condiciones aplican tanto para las personas identificadas mediante encuesta SISBEN como por listados censales.

Artículo 4. Mecanismos de identificación de los beneficiarios. La identificación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado, por regla general, se hará en todos los municipios del país mediante la aplicación de la encuesta SISBEN o el instrumento que haga sus veces. Igualmente, y de acuerdo con lo establecido en el presente acuerdo, para poblaciones especiales se podrán utilizar listados censales.

Artículo 5. Utilización de la encuesta SISBEN. La identificación de los beneficiarios se llevará a cabo con base en la información de la última encuesta SISBEN validada y certificada por el Departamento Nacional de Planeación.

Artículo 6. Identificación de beneficiarios mediante instrumentos diferentes de la encuesta SISBEN. La identificación de las siguientes poblaciones especiales se podrá realizar mediante listados censales diligenciados por la entidad responsable, dentro de sus facultades legales y reglamentarias, sin que sea exigible la aplicación de la encuesta SISBEN, así:

1. **Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.** El listado censal de beneficiarios será elaborado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

2. **Menores desvinculados del conflicto armado.** El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de los menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF, será elaborado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF.

3. **Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.** El listado censal de beneficiarios de esta población será elaborado por las alcaldías municipales.

4. **Población en condiciones de desplazamiento forzado.** Su identificación se efectuará a través del listado censal presentado por la "Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional - Acción Social" o la entidad que haga sus veces.

5. **Comunidades Indígenas.** La identificación y elaboración de los listados censales de la población indígena para la asignación de subsidios se efectuará de conformidad con lo previsto en el artículo 5° de la Ley 691 de 2001 y las normas que la modifiquen adicionen o sustituyan. No obstante, cuando las autoridades tradicionales y legítimas lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta SISBEN, sin que ello límite su derecho al acceso a los servicios en salud. Cuando la población beneficiaria identificada a través del listado censal no coincida con la población indígena certificada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE, la autoridad municipal lo verificará y validará de manera conjunta con la autoridad tradicional para efectos del registro individual en la base de datos de beneficiarios y afiliados del Régimen Subsidiado de Salud.

6. **Población desmovilizada.** El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de las personas desmovilizadas y su núcleo familiar deberá ser elaborado por la Alta Consejería para la Reinserción, o quien haga sus veces.

   Los núcleos familiares de desmovilizados fallecidos que no tengan capacidad de pago, mantendrán su afiliación al Régimen Subsidiado de Salud en forma individual o como otro grupo familiar, no obstante la desaparición del cabeza de familia, mientras no se presente ninguna de las condiciones señaladas en el parágrafo del artículo 3° del presente Acuerdo.

7. **Personas mayores en centros de protección.** Las personas mayores de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección, se identificarán mediante listado de beneficiarios elaborado por las alcaldías municipales o distritales.

8. **Población rural migratoria.** El listado de beneficiarios será elaborado por los gremios agrícolas o las organizaciones campesinas de usuarios correspondientes.

9. **Población ROM.** El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de la población ROM se realizará mediante un listado censal elaborado por la autoridad legítimamente constituida (Shero Rom o portavoz de cada Kumpania) y reconocida ante la Dirección de Etnias del Ministerio del Interior y de Justicia. El listado deberá ser registrado y verificado por la alcaldía del municipio o distrito en donde se encuentren las Kumpania. No obstante, cuando las autoridades legítimas del pueblo ROM lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta SISBEN.

10. **Personas incluidas en el programa de protección a testigos:** El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de la población incluida en el programa de protección de testigos será elaborado por la Fiscalía General de la Nación.

Parágrafo. Para efectos del presente Acuerdo se entiende por población rural migratoria, las personas que realizan en forma permanente actividades de recolección de cosechas y otras labores directamente relacionadas con el proceso de producción agrícola, en una misma finca, por cortos períodos de tiempo y que al vencimiento de este período desarrollan las actividades mencionadas en otra heredad.

Artículo 7. Condiciones de los listados censales. La idoneidad y calidad de la información registrada en los listados censales es competencia de las entidades señaladas en el artículo 6 del presente Acuerdo como responsables de su elaboración.

La información que presentan las entidades responsables en los listados censales deberá cumplir con las variables que permitan la identificación plena de la persona, condiciones y estructura de datos definida por el Ministerio de la Protección Social. La información que no cumpla con estas características no será tenida en cuenta en la conformación del listado nacional de población elegible de que trata el artículo 11 del presente Acuerdo.

Así mismo, las entidades responsables deberán reportar al Ministerio de la Protección Social los listados censales y las novedades que determinen inclusión y exclusión de la población especial respectiva, de acuerdo con la periodicidad, el procedimiento y las condiciones fijadas por este Ministerio.

Parágrafo 1. Las nuevas poblaciones especiales, diferentes a las señaladas en el artículo 6 del presente Acuerdo, que se identifiquen mediante listado censal para ser beneficiarios del Régimen Subsidiado deberán cumplir con los requisitos señalados en la reglamentación de este artículo.

Parágrafo 2. El Ministerio de la Protección Social reglamentará dentro del (1) mes siguiente a la publicación del presente Acuerdo la estructura de información que deberán tener los listados censales. Una vez reglamentada la estructura, las entidades obligadas a adoptarla conta-

rán con un máximo de tres (3) meses para el envió de la información.

Parágrafo 3. De manera transitoria, en tanto se cumplen los plazos fijados en el parágrafo 2 de este artículo y mientras el Ministerio de la Protección Social reglamenta los procedimientos de envío y recepción de información, las entidades responsables deberán reportar a la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado correspondiente, dentro de los noventa (90) días calendario previos a la contratación, el listado censal con la información de la nueva población identificada y mantenerla informada, como mínimo cada dos meses, sobre las novedades que determinen la exclusión, inclusión y actualización de la información de las personas incluidas en los listados suministrados inicialmente. En los casos donde no se presenten novedades, se deberá informar este hecho a la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado.

Parágrafo 4. En el caso de la población indígena, es la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado donde tengan asentamiento los pueblos indígenas la encargada de remitir los listados censales al Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 5. Las entidades de orden nacional encargadas de elaborar los listados censales, deberán definir lineamientos internos uniformes, para garantizar la calidad de la información registrada y su disponibilidad centralizada.

CAPÍTULO III

Selección de población elegible para su afiliación al Régimen Subsidiado

Artículo 8. Población elegible del Régimen Subsidiado. Son elegibles para la asignación de subsidios en salud la población a la que se le ha verificado las condiciones de beneficiario señalados por la Ley mediante los instrumentos y mecanismos establecidos en el presente acuerdo.

La elegibilidad estará sujeta a una revisión periódica y permanente.

Artículo 9. Núcleo familiar. Sin perjuicio de los criterios de núcleo familiar utilizados por la encuesta SISBEN, para el proceso de selección de beneficiarios y afiliación al Régimen Subsidiado de Salud, el núcleo familiar estará constituido por:

1. El cónyuge o compañera(o) permanente.
2 Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los dos cónyuges o compañera(o) permanente
3. Los hijos mayores de 18 años de cualquiera de los dos cónyuges o compañera(o) permanente con incapacidad permanente certificada en los términos de la Ley 100 de 1993.
4. Los hijos mayores entre los 18 y 25 años cuando sean estudiantes con una intensidad de por los menos 20 horas semanales y dependan económicamente del cabeza del núcleo familiar, tal como lo establece el Decreto 1889 de 1994 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
5. Los nietos de cualquiera de los dos cónyuges o compañera(o) permanente que sean hijos de menores de 18 años o de menores de 25 años estudiantes con una intensidad de por los menos 20 horas semanales y que dependan económicamente del cabeza del núcleo familiar.
6. Los menores que vivan en el mismo hogar de acuerdo con la ficha SISBEN a cargo de cualquiera de los dos cónyuges o compañera(o) permanente o bajo protección de la familia.
   Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su subsistencia.

Parágrafo 1. Cuando existan otros miembros del grupo familiar distintos de los contemplados en el presente artículo, estos constituirán otros núcleos familiares y continuarán afiliados siempre y cuando mantengan las condiciones para pertenecer al Régimen Subsidiado de Salud.

Parágrafo 2. Cuando el afiliado cabeza de familia ingrese al Régimen Contributivo como beneficiario, los demás miembros del núcleo familiar que se encuentren afiliados al Régimen Subsidiado de Salud y que no reúnan las condiciones para ser afiliados al Régimen Contributivo, continuarán como beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud de forma individual o podrán conformar un nuevo grupo familiar con otro cabeza de familia.

Parágrafo 3. Cuando uno de los cónyuges o compañero permanente ingrese al Régimen Contributivo como cotizante, los demás miembros del núcleo familiar del Régimen Subsidiado, pasarán a formar parte del núcleo familiar del Régimen Contributivo salvo los señalados en los numerales 5 y 6 de este artículo.

Parágrafo 4. Sin perjuicio de lo previsto en los numerales 4 y 5, también se considerarán como programas educa-

tivos en diversas jornadas, sistemas horarios, esquemas asistenciales, niveles académicos y en general cualquier otra modalidad de formación pedagógica ofrecida por una institución debidamente autorizada.

Artículo 10. Recién nacidos y selección de beneficiarios. Los recién nacidos hijos de población elegible y de afiliados del Régimen Subsidiado serán afiliados de manera obligatoria al Régimen Subsidiado sin pasar por el proceso de selección de beneficiarios. El procedimiento para hacer efectiva su afiliación se presenta en detalle en los artículos 23 y 24 del presente Acuerdo sin importar el nivel de cobertura del municipio.

Parágrafo 1. Para efectos de este Acuerdo se entenderá por recién nacido todo menor hasta el día que cumple un año de vida, incluido.

Parágrafo 2. Las entidades territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado en el marco de sus responsabilidades adelantaran conjuntamente con las EPS-S, IPS y la comunidad, las gestiones conducentes a incentivar a los padres para que efectúen el registro de sus recién nacidos durante los primeros treinta (30) días a su nacimiento, para estos efectos podrán solicitar ante la Registraduría Nacional de Estado Civil, mecanismos especiales de registro.

Parágrafo 3. Los municipios y distritos deberán reportar y establecer el mecanismo de coordinación respectivo para que la novedad de nacimiento se registre en la base de datos del SISBEN.

Artículo 11. Conformación del listado nacional de población elegible. El Ministerio de la Protección Social en ejercicio de sus facultades legales y reglamentarias, conformará un listado nacional de población elegible que deberá ser utilizado de manera obligatoria por las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado, según el procedimiento descrito en el artículo 12 del presente Acuerdo.

El listado nacional de población elegible servirá de instrumento para la asignación de subsidios para la población no asegurada y para revisar la condición de elegibilidad de los beneficiarios ya afiliados.

El listado deberá estar disponible a más tardar el primero de enero de 2010 y deberá actualizarse de manera permanente con base en la actualización de la Base de Datos Única de Afiliados- BDUA, la base SISBEN, las novedades registradas en los listados censales y demás información disponible en bases de datos existentes en las entidades del orden nacional para estos efectos.

Para la elaboración del listado nacional de población elegible se adelantará el siguiente proceso:

1. Conformar un listado a partir de la base SISBEN entregada por el Departamento Nacional de Planeación, los listados censales entregados por las entidades responsables de que trata el artículo 6 del presente Acuerdo, y la población señalada en el parágrafo 1 del artículo 3 del presente Acuerdo; depurando la presencia de personas que aparecen simultáneamente como población especial y sisbenizada, en este caso, dando prioridad al reporte de listado censal.
2. Identificar y marcar como población no elegible los registros suspendidos de la base SISBEN por parte del Departamento Nacional de Planeación. Dicha suspensión se mantendrá hasta que se active el registro en la base SISBEN de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 4816 de 2008 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
3. Identificar del listado nacional de población elegible a las personas que se encuentran afiliadas al Régimen Subsidiado y marcar como no elegible aquellas que no cumplen con los requisitos y condiciones para recibir subsidios en salud, utilizando los resultados de los cruces de base de datos disponibles en las entidades del orden nacional, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 6 del Decreto-Ley 1281 de 2002, o cualquier otro mecanismo dispuesto por el Ministerio de la Protección Social.
4. Identificar del listado nacional de población elegible a las personas que no se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y marcar como no elegible aquellas que no cumplen con los requisitos y condiciones para recibir subsidios en salud, utilizando los resultados de los cruces de base de datos disponibles en las entidades del orden nacional, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 6 del Decreto-Ley 1281 de 2002, o cualquier otro mecanismo dispuesto por el Ministerio de la Protección Social.
5. Registrar en el listado nacional de población elegible la causal por la cual cada persona fue identificada como no elegible en virtud del proceso descrito en el presente artículo.
6. Surtido el anterior procedimiento, el Ministerio de la Protección Social colocará a disposición de las Entidades Territoriales encargadas de la operación del Régimen Subsidiado, EPS-S y demás entidades que determine di-

cho ministerio, el listado nacional de población elegible resultante. Este listado no es público y solo podrá ser consultado por las entidades autorizadas.

Parágrafo 1. En aquellos eventos en que el Ministerio de la Protección Social detecte inconsistencias en la identificación de los afiliados al momento de la conformación del listado nacional de población elegible, deberá comunicar tal hecho al Departamento Nacional de Planeación para que éste adelante el proceso establecido en el Decreto 4816 de 2008. Así mismo, deberá reportar las inconsistencias a las entidades responsables de la elaboración de los listados censales para que éstas adelanten las acciones necesarias para aclarar la información. Estos afiliados no harán parte del listado de población elegible hasta tanto no se corrijan las inconsistencias.

Artículo 12. Selección de población elegible. Las Entidades Territoriales, como responsables de los procesos de identificación y selección de la población beneficiaria de conformidad con la Ley, deberán conformar un listado de población elegible a partir del siguiente procedimiento:

1. Consultar el listado nacional de población elegible.

2. Validar respecto a la población identificada como elegible del listado a que hace referencia el numeral anterior, si cumple con los requisitos y condiciones para recibir subsidios en salud, a partir de los mecanismos e instrumentos de información disponibles en su jurisdicción.

3. De encontrarse discrepancias, elaborar un listado con la población que la entidad territorial encontró como no elegible, después de aplicar los mecanismos e instrumentos de información disponibles en su jurisdicción, a partir del cual deberá adelantar las siguientes acciones de acuerdo al tipo de población:

   a. Afiliados al Régimen Subsidiado: La entidad territorial deberá dar aviso a la persona dentro de los 30 días siguientes para que ésta adelante las aclaraciones respectivas garantizando el debido proceso. La afiliación al Régimen Subsidiado se mantendrá activa durante los siguientes tres meses y vencido este plazo, en caso de que se demuestre la no elegibilidad, se suspenderá. Adicionalmente, se le informará sobre los tramites respectivos para que proceda a afiliarse al Régimen Contributivo, como lo ordena la Ley.

      Una vez confirmada la no elegibilidad, la Entidad Territorial deberá dar aviso al Ministerio de la Protección Social para la actualización del listado nacional de población elegible y demás bases de información del orden nacional, relacionadas con la asignación de subsidios en salud.

   b. Población no afiliada: La entidad territorial informará a las EPS-S que ésta población no puede ser afiliada al Régimen Subsidiado. Así mismo, deberá dar aviso a las personas para que éstas puedan adelantar las aclaraciones necesarias.

4. Respecto a la población afiliada al Régimen Subsidiado e identificada como no elegible en el listado nacional, la entidad territorial deberá dar aviso a la persona dentro de los 30 días siguientes para que ésta adelante las aclaraciones respectivas garantizando el debido proceso. La afiliación al Régimen Subsidiado se mantendrá activa durante los siguientes tres meses y vencido este plazo, en caso de que no se demuestre la elegibilidad, se suspenderá. Adicionalmente, se le informará sobre los tramites respectivos para que proceda a afiliarse al Régimen Contributivo, como lo ordena la Ley.

Como resultado de las anteriores validaciones, la entidad territorial deberá elaborar y publicar el listado de población elegible no afiliada en los términos en que lo dispone el artículo 19 del presente acuerdo.

Parágrafo 1. Para la selección de población elegible en las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado sin cobertura superior, se aplicarán adicionalmente los criterios de priorización señalados en el artículo 84 del presente Acuerdo.

Parágrafo 2. Los municipios y distritos podrán utilizar el listado de la población identificada como no elegible del Régimen Subsidiado, como mecanismo de apoyo a las funciones señaladas en el numeral 44.2.4 del artículo 44 de la Ley 715 de 2001.

Parágrafo 3. En los casos señalados en el numeral 3 literal a) y el numeral 4 de encontrar la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado afiliaciones al Régimen Contributivo se aplicará las acciones previstas en el artículo 48 del presente Acuerdo.

Parágrafo 4. De manera transitoria, hasta el primero de enero de 2010, los municipios, distritos y corregimientos departamentales en cobertura superior conformarán un listado municipal de población a partir de la base SISBEN

y los listados censales de que trata el parágrafo 2 del artículo 7 del presente Acuerdo, depurando la presencia de personas que aparecen simultáneamente como población especial y sisbenizada, dando prevalencia al reporte de listado censal.

Dicho listado deberá ser cruzado con la BDUA con fecha de corte del mes anterior al proceso de afiliación e identificar la población que ya está afiliada al SGSSS.

La población identificada como no afiliada en este listado municipal será considerada como la población elegible.

El listado de población elegible no afiliada municipal deberá ser entregado a las EPS-S inscritas en el respectivo municipio antes de iniciar el proceso de contratación, con el propósito de adelantar la afiliación de que trata el artículo 19 del presente Acuerdo. La información que se entrega a las EPS-S en esta base deberá excluir la dirección y números telefónicos.

Parágrafo 5. Para dar cumplimiento al parágrafo 4 del presente artículo, el Ministerio de la Protección Social deberá disponer de un procedimiento de consulta masiva de la BDUA, previo al inicio de la contratación.

Artículo 13. Control social de la condición de potencial beneficiario y afiliado del Régimen Subsidiado de Salud. Las veedurías comunitarias, las asociaciones de usuarios o cualquier organización comunitaria, previo al inicio de la vigencia del contrato y durante la ejecución del mismo, cuando conozcan por algún medio, en ejercicio del control social que les compete de acuerdo con la Ley 850 de 2003, podrán verificar la condición de beneficiarios de las personas afiliadas al Régimen Subsidiado de Salud. Cuando se detecte alguna irregularidad será denunciada a las autoridades competentes.

Parágrafo. Cuando en el proceso de control social se identifique población elegible o priorizada o afiliados al Régimen Subsidiado de Salud que no cumplan con las condiciones para ser beneficiarios de los subsidios, el municipio procederá a informar durante los diez (10) días siguientes a la población identificada, para el cumplimiento del debido proceso. En caso de comprobarse dicho incumplimiento se excluirá al potencial beneficiario o afiliado mediante acto administrativo motivado y respetando el debido proceso.

Surtido el proceso de exclusión la Entidad Territorial deberá dar aviso al Departamento Nacional de Planeación para que esté pueda dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 4816 de 2008 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

CAPÍTULO IV

Afiliación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado y garantías a la libertad de elección

Artículo 14. De la afiliación. La afiliación al SGSSS se dará por una única vez. Luego de esta, los cambios en la condición del afiliado o los traslados entre EPS del mismo régimen o entre regímenes se consideraran novedades y en el caso del Régimen Subsidiado operarán de acuerdo con lo dispuesto en el presente Acuerdo.

Artículo 15. De la afiliación en el Régimen Subsidiado. La afiliación al Régimen Subsidiado es el proceso mediante el cual la población elegible o elegible priorizada se incorpora al Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este proceso la población selecciona libremente una EPS-S y suscribe el formulario único de afiliación y traslado.

Para la garantía de la prestación de servicios al afiliado y para todos los efectos legales, la afiliación adquiere vigencia a partir del primer día calendario del nuevo período de contratación, cuando la suscripción de la afiliación se haya efectuado durante los dos (2) meses anteriores a la suscripción del nuevo contrato.

En los demás casos, se aplicará la siguiente regla: si el formulario fue suscrito durante los primeros quince (15) días del mes, la vigencia de la afiliación se hará efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente. Si el formulario fue suscrito en fecha posterior al día dieciséis (16) del respectivo mes, la afiliación tendrá vigencia a partir del primer día calendario del mes subsiguiente.

Artículo 16. Continuidad de la afiliación. Una vez el beneficiario elegible se afilie al Régimen Subsidiado, se deberá garantizar la continuidad de su afiliación aplicando las fuentes de financiamiento del Régimen Subsidiado en los términos que lo dispone la Ley 1122 de 2007, salvo que cambien las condiciones para su permanencia según lo señalado en el parágrafo del artículo 3 del presente Acuerdo.

Antes de cualquier ampliación de cobertura se deberá garantizar, la destinación de los recursos necesarios para la continuidad de los afiliados al Régimen Subsidiado.

Artículo 17. Período mínimo de permanencia. El período de permanencia de un afiliado en la misma Entidad Promotora de Salud del Subsidiado será mínimo de un año, salvo en los casos previstos en los artículos 36 y 50 del presente Acuerdo o en caso de que se traslade al Régimen Contributivo.

Artículo 18. Garantías a la libre elección de EPS-S. Las entidades territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado deberán asegurar a la población elegible o elegible priorizada su derecho a la libre escogencia de la Entidad Promotora de Salud EPS-S de su preferencia. Para tal fin, deberán desarrollar como mínimo las siguientes actividades:

1. Mantener en un lugar visible al público y o en los principales centros de atención en salud en el municipio o Distrito, en forma permanente y actualizada, el listado de las EPS-S que se encuentran debidamente inscritas en el territorio con su respectiva ubicación, número telefónicos de atención al público y red prestadora de servicios de salud adscrita a cada una de ellas. Garantizando en todo momento igualdad en las condiciones de promoción de las EPS-S tal como lo señala el artículo 33 del presente Acuerdo.

2. Informar a los beneficiarios y a los afiliados sobre los resultados de desempeño de las EPS-S que realicen las entidades de dirección, inspección vigilancia y control de orden nacional.

3. Apoyar en la distribución, entre los beneficiarios elegibles o priorizados y entre los afiliados la "Carta de Desempeño".

4. Planear y ejecutar una estrategia de información y comunicación, de acuerdo con los requerimientos del proceso de afiliación que le correspondan, la cual le permita a la población beneficiaria, elegible o priorizada, informarse de manera oportuna sobre las exigencias del proceso de afiliación.

5. Planear y ejecutar una estrategia de afiliación al Régimen Subsidiado de la población elegible o elegible priorizada a través de los colegios públicos y los demás programas sociales que se adelanten en el municipio o Distrito.

6. Establecer mecanismos de afiliación al Régimen Subsidiado de la población elegible, o elegible priorizada al momento de la atención en los prestadores de servicios de salud. Este mecanismo deberá establecerse en articulación con la red prestadora pública y privada con la que se contrate la prestación del servicio y las EPS-S de su territorio; dichos mecanismos solo podrán usarse durante la ejecución de actividades de naturaleza preventiva y curativa ambulatoria.

Artículo 19. Procedimiento para la afiliación en entidades territoriales con cobertura superior. El procedimiento de afiliación de la población elegible no afiliada en los municipios o distritos con cobertura superior, deberá desarrollarse de la siguiente forma:

1. Las entidades territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado deberán hacer público en lugares visibles de fácil acceso para la población y de manera permanente, el listado vigente de la población elegible de que trata el numeral 4 del artículo 12 del presente Acuerdo y el listado de EPS-S inscritas en el municipio.

   De igual manera, comunicará a la población elegible no afiliada del Régimen Subsidiado, entre los sesenta (60) y hasta tres (3) días calendario antes de iniciarse un nuevo período de contratación, que deben elegir una Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado que opere en el municipio o distrito.

2. Las entidades territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado entregará el listado de las EPS-S inscritas en el municipio y los listados de la población elegible no afiliada, al menos, a la red prestadora de primer nivel, especialmente la encargada de hacer atenciones de población pobre y vulnerable no cubierta con subsidios a la demanda, como mecanismo de apoyo para promover la afiliación al aseguramiento de esta población.

3. La población elegible no afiliada del municipio o Distrito, deberá presentarse ante la EPS-S de su elección que se encuentre autorizada para operar en la región o ante el operador que administre la afiliación única electrónica, según la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, con los documentos de identificación de la persona y de su núcleo familiar, de ser el caso y manifestar su intención de afiliarse.

4. La EPS-S o el operador que administre la afiliación única electrónica, deberá verificar que la persona se encuentra en el listado de población elegible y señalarle

el tipo de subsidio que le corresponde y su mecanismo de funcionamiento.

Así mismo, deberá informar a la población sus derechos y deberes, señalándolos a través de los contenidos en la "Carta de derechos del Afiliado y del Paciente" destacando de manera particular: los contenidos del plan de beneficios correspondiente, el régimen de copagos, si los hay, la red de prestación de servicios, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes y los mecanismos dispuestos con la Entidad Territorial municipal y departamental para garantizar una atención integral en salud y de calidad según las normas vigentes.

Deberá enfatizar en los deberes, su obligación de reportar las novedades de grupo familiar como nacimientos y muertes, las modificaciones en su domicilio y actualización de sus documentos de identificación entre otras, así como las implicaciones de la suplantación.

De otro lado, la EPS-S deberá hacer entrega de la carta de desempeño.

Por último, deberá señalarle al afiliado la fecha a partir de la cual su afiliación estará vigente, de acuerdo con lo señalado en el parágrafo 1 de este artículo.

5. La población elegible no afiliada podrá afiliarse en cualquier momento en el transcurso del año y la vigencia de su afiliación se hará efectiva en los términos del artículo 15 del presente Acuerdo.

   Para formalizar la afiliación, el cabeza de familia deberá diligenciar y firmar el Formulario Único de Afiliación y Traslados, firmar el listado de conocimiento de los procesos de atención en salud y el recibido de su "Carta de Derechos del Afiliado y del Paciente" y mostrar los documentos de identificación de él y de su núcleo familiar. Por su parte, la EPS-S deberá entregar el carné de la persona y de cada uno de los miembros del núcleo familiar de conformidad con el procedimiento estipulado en el artículo 28 del presente Acuerdo.

6. La EPS-S deberá presentar ante la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado los formularios de afiliación como máximo ocho (8) días después de haber sido firmados por el cabeza de familia. Así mismo, deberá registrar la novedad de afiliación ante la BDUA de acuerdo con la normatividad vigente.

7. En los casos donde se rechace la afiliación en la BDUA la EPS-S deberá dar aviso a la persona y a la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado explicando las causales de rechazo o glosa para que estos adelanten las correcciones pertinentes.

Parágrafo. De manera transitoria, se utilizará para el desarrollo del numeral 1 del presente artículo el listado municipal de población elegible no afiliada de que trata el parágrafo 4 del artículo 12 del presente Acuerdo.

Artículo 20. Prestación de los servicios de salud de la población elegible no afiliada. En los municipios en cobertura superior el acceso a los servicios de salud contemplados en el POS-S de la población elegible no afiliada deberá realizarse en el marco de la afiliación al Régimen Subsidiado y por lo tanto, la entidad territorial deberá adelantar de manera inmediata la afiliación para que dichos servicios sean atendidos con cargo a las fuentes de financiamiento previstas por la Ley 1122 de 2007, para dicho Régimen.

Para este efecto, la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado hará uso del mecanismo señalado en el numeral 6 del artículo 18 del presente Acuerdo, sin perjuicio de otros mecanismos que considere aplicar.

Artículo 21. Carta de Derechos de los Afiliados y de los Pacientes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Carta de Desempeño de las Entidades Promotoras de Salud en el Régimen Subsidiado. Las EPS-S harán entrega de la "Carta de Derechos de los Afiliados y de los Pacientes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud" y la "Carta de Desempeño" de acuerdo con la Resolución 1817 de 2009 expedida por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 22. Libre elección de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado para poblaciones especiales. La elección de la EPS-S, para el caso de la población identificada y seleccionada a partir de listados censales de que trata el artículo 6 del presente Acuerdo, se realizará según el siguiente procedimiento:

1. Las entidades responsables de la elaboración de los listados censales serán las responsables de la elección de las EPS-S en los siguientes casos:

   a. Población infantil abandonada a cargo del ICBF

b. Menores desvinculados del conflicto armado que estén bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

c. Personas incluidas en el programa de protección a testigos

2. Las entidades responsables del cuidado de la siguiente población serán las responsables de la elección de las EPS-S en los siguientes casos:

   a. Población infantil bajo protección de instituciones diferentes al ICBF

   b. Adultos mayores de escasos recursos residentes en centros de protección

3. La afiliación inicial de la población en condición de desplazamiento forzado y desmovilizada, cuyo financiamiento en su totalidad esté a cargo del FOSYGA se hará en una Entidad Promotora de Salud de naturaleza pública del orden nacional de acuerdo con lo estipulado en el literal i) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.

   En los casos donde no existe oferta de la EPS-S pública de orden nacional, la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado asignará los afiliados en el mismo orden en que aparecen en la base de datos de población elegible o elegible priorizada del último reporte del Ministerio de la Protección Social, en estricto orden descendente, respetando el núcleo familiar, de manera aleatoria y proporcional entre las EPS-S inscritas en el municipio. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado contarán con ocho (8) días hábiles para dar aviso y entregar la base de información de población asignada a las EPS-S que han tenido asignación de población por este mecanismo.

   Sin perjuicio de que se preserve el derecho a la libre elección, la población podrá trasladarse a una nueva EPS-S de acuerdo al procedimiento especificado en el artículo 36, del presente acuerdo.

4. En la población rural migratoria y la ROM sus beneficiarios de manera libre e independiente seleccionarán las EPS-S de su preferencia manteniendo unido su núcleo familiar.

Parágrafo 1. Para el caso de las Comunidades indígenas, el proceso de afiliación se desarrollará de acuerdo con lo establecido en el Acuerdo 326 de 2005 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Parágrafo 2. Las entidades responsables de elaborar los listados censales y/o responsables por la atención de la población señalada en los numerales 1 y 2 del presente artículo deberán definir lineamientos internos homogéneos para la selección de EPS-S; donde se destaque la utilización de indicadores de calidad, la cobertura territorial de la EPS-S y la red prestadora adscrita, entre otros.

Artículo 23. Afiliación de recién nacidos hijos de padres afiliados. Todo recién nacido, hijo de madre o padre afiliado al Régimen Subsidiado de Salud, obligatoriamente quedará afiliado a la EPS-S a la que pertenezca el cabeza de familia, quien deberá informar la novedad a la EPS-S, anexando Registro Civil de Nacimiento. La EPS-S diligenciará el Formulario Único Nacional de Afiliación y Traslado, hará entrega del carné respectivo y registrará la novedad de nacimiento ante la BDUA de acuerdo a la norma vigente. La afiliación se entenderá a partir de la fecha de nacimiento y por tanto la cobertura de servicios se entiende desde el nacimiento.

Parágrafo 1. Las EPS-S establecerán en coordinación con su red prestadora para informar y promover entre los padres la debida identificación y afiliación del recién nacido.

Parágrafo 2. En los casos donde los padres no presenten el registro civil de nacimiento para suscribir la afiliación se podrá utilizar de manera alternativa el certificado de nacido vivo hasta por el primer año de vida. Si vencido este término los padres no presentan el registro civil de nacimiento la afiliación se mantendrá y el FOSYGA descontará de la cofinanciación vigente para el periodo contractual el valor de la UPC-S correspondiente al menor, la cual deberá ser sustituida por el esfuerzo propio territorial hasta tanto se presente el registro civil de nacimiento.

Parágrafo 3. Si cumplidos los primeros seis meses de vida, los padres no presentan el registro civil de nacimiento, las EPS-S deberán dar aviso a la Entidad Territorial para que promueva ante la Registraduría Nacional del Estado Civil la expedición de los registros civiles de nacimiento de estos menores, dentro de las competencias de cada entidad.

Si a pesar de estas gestiones, los padres no registran al menor, la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado dará aviso a las autoridades correspondientes tales como ICBF, Comisarias de Familias y la Registraduría Nacional del Estado Civil para lo de su competencia.

Artículo 24. Afiliación de recién nacidos hijos de padres no afiliados. Las entidades territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado establecerán los mecanismos necesarios para permitir la afiliación individual de los recién nacidos debidamente identificados con el registro civil de nacimiento de hijos de padres no afiliados al Régimen Subsidiado de Salud identificados como beneficiarios.

Parágrafo 1. En los casos donde los padres no presenten el registro civil de nacimiento para formalizar la afiliación se podrá utilizar de manera alternativa el certificado de nacido vivo hasta por el primer año de vida. Si vencido este término los padres no presentan el registro civil de nacimiento la afiliación se mantendrá y el FOSYGA descontará de la cofinanciación vigente para el periodo contractual el valor de la UPC-S correspondiente al menor, la cual deberá ser sustituida por el esfuerzo propio territorial hasta tanto se presente el registro civil de nacimiento

Parágrafo 2. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado establecerán un mecanismo de articulación con la red prestadora de su jurisdicción para garantizar la debida identificación y afiliación del recién nacido.

Parágrafo 3. La selección para la afiliación en la EPS-S de los recién nacidos de padres no afiliados al Régimen Subsidiado de Salud beneficiarios, se realizará, por parte de los padres o los adultos responsables de su cuidado.

Parágrafo 4. La afiliación de los recién nacidos hijos de padres no afiliados al Régimen Subsidiado de Salud población elegible o elegible priorizada, podrá realizarse con todo su núcleo familiar siempre y cuando la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado disponga de los recursos financieros necesarios para garantizar la financiación correspondiente.

Parágrafo 5. Si durante el primer año de vida, el menor, hijo de padres elegibles o elegibles priorizados, requiere de la prestación de servicios de salud y bajo esas circunstancias se suscribe la afiliación, la vigencia de esta se hará efectiva a partir del primer día calendario del mes subsiguiente. Los costos asociados a la atención hasta el inicio de la vigencia de la afiliación corresponden a la Entidad Territorial departamental o municipal de acuerdo con lo establecido en la Ley 715 de 2001.

Artículo 25. Reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada UPC-S de los recién nacidos. El reconocimiento de la UPC-S de recién nacidos se efectuará a partir de la fecha de nacimiento, salvo en los casos señalados en el parágrafo 5 del artículo 24 del presente Acuerdo.

Artículo 26. Instrumentos de identificación de los afiliados. Todo afiliado al Régimen Subsidiado deberá contar con un carné de identificación de uso exclusivo e indelegable y demás mecanismos que permitan la clara identificación.

Artículo 27. Carné de afiliación. El carné se sujetará a las especificaciones establecidas por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

El carné no es condición para la prestación de servicios de salud. En cualquier caso la IPS podrá verificar los derechos en los sistemas de información disponibles.

Artículo 28. Entrega del carné. El carné de afiliación deberá ser expedido por la respectiva EPS-S en el momento de su afiliación y entregado a cualquier miembro mayor de edad del núcleo familiar, con la firma del comprobante de entrega de carné.

Las EPS-S reportarán la novedad de carnetización ante la BDUA en los términos de la normatividad vigente.

Artículo 29. Prohibición de la asignación forzosa de afiliados. Bajo ninguna circunstancia se permitirá la asignación forzosa de beneficiarios del Régimen Subsidiado a una determinada EPS-S.

Sin perjuicio de lo anterior, no se entenderá como asignación forzosa cuando por retiro voluntario de la EPS-S, terminación unilateral de contrato, liquidación, declaratoria de caducidad, nulidad del contrato de aseguramiento, no renovación o suscripción del contrato por aplicación del artículo 36 del Decreto 050 de 2003 o demás normas que lo modifiquen, sustituyan o adicionen, o revocatoria de la autorización de una EPS-S o revocatoria de la habilitación total o parcial, se asigne la población a las EPS-S restantes del territorio según las disposiciones establecidas en el presente Acuerdo.

Tampoco se considera asignación forzosa los reemplazos de beneficiarios de que trata los artículos 87 y 95 de este Acuerdo.

Artículo 30. Información suministrada por las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado. Las actividades de divulgación y promoción de los servicios de las EPS-S deberán realizarse de manera amplia permanente y garantizando que toda la población beneficiaria pueda

acceder a la información del régimen de copagos, la red de prestación de servicios, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes y los mecanismos dispuestos con la Entidad Territorial para garantizar una atención integral en salud y de calidad según las normas vigentes. Para lo anterior, las EPS-S dispondrán, entre otras, en sus instalaciones y en las de su red prestadora material informativo.

Artículo 31. Prohibición a los mecanismos de selección riesgo por parte de las EPS. Las EPS-S no podrán abstenerse de afiliar a la población elegible o elegible priorizada y/o recibir traslados, una vez la población los seleccione y cuente con los requisitos para su afiliación.

Todas las acciones orientadas a dificultar la afiliación o desviarla a otro asegurador, así como incentivar el traslado de sus afiliados o el retiro del Régimen Subsidiado, se considerarán como una práctica violatoria al derecho de libertad de elección de la población.

Las Entidades Territoriales deberán velar por el cumplimiento de esta prohibición y en caso de encontrarse indicios al respecto deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud para que esta adelante las acciones de vigilancia y control correspondientes.

Artículo 32. Prohibición a los mecanismos de selección de riesgo por parte de las Entidades Territoriales. Las autoridades y entidades públicas de los órdenes nacional, distrital, departamental y municipal no podrán promover o inducir la afiliación a una determinada EPS-S.

Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado que gestionen el reemplazo de cupos de población elegible no afiliada o elegible priorizada, de manera irregular por motivo de una enfermedad catastrófica, violando el listado de población elegible no afiliada o el de población elegible priorizada, asumirá los costos asociados a la prestación de servicios de salud hasta el inicio de la vigencia de la afiliación, la cual se dará a partir del primer día del mes subsiguiente a la suscripción de la misma.

Bajo estas circunstancias, la EPS-S deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud para que ésta adelante las acciones de vigilancia y control así como aplicar las sanciones correspondientes, sin perjuicio de las sanciones disciplinarias penales o fiscales a que haya lugar.

Parágrafo. En los casos donde la afiliación del beneficiario elegible o priorizado se dé con motivo de la prestación de un servicio de urgencias u hospitalización la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado asumirá los costos asociados a la prestación de servicios de salud hasta el inicio de la vigencia de la afiliación, la cual se dará a partir del primer día del mes subsiguiente a la suscripción de la misma.

Artículo 33. Igualdad en las condiciones de promoción de la afiliación. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, tanto públicas como privadas, no podrán tener en forma privilegiada: personal de la EPS-S, publicidad, medios de divulgación comercial u oficinas al interior de las gobernaciones, entidades territoriales distritales o municipales o Direcciones de Salud, constituirá una práctica ilegal o no autorizada. Excepto en las condiciones del numeral 1 del artículo 18 del presente Acuerdo o en los actos públicos de libre elección, guardando la igualdad de condiciones para todas las EPS-S.

CAPÍTULO V

Procedimiento de traslado y pérdida de calidad de afiliado del Régimen Subsidiado

Artículo 34. Traslado de EPS-S. Un afiliado al Régimen Subsidiado, que haya permanecido como mínimo durante un año calendario en la EPS-S, podrá manifestar libremente su voluntad de traslado a otra EPS-S durante los meses de enero y febrero anteriores al inicio del período de contratación, suscribiendo el Formulario Único Nacional de Afiliación y Traslado definido por el Ministerio de la Protección Social y siguiendo el proceso descrito en el artículo 35 del presente Acuerdo, según sea el caso.

Parágrafo 1. El período mínimo de permanencia en una misma EPS-S se contabilizará desde la última fecha de afiliación o de traslado a la EPS-S respectiva, registrada en la BDUA.

Parágrafo 2. En los casos donde exista núcleo familiar, el traslado se efectuará para todo el núcleo sin importar el tiempo de afiliación de los diferentes miembros.

Parágrafo 3. Las actividades que adelanten las EPS-S tendientes a obtener el traslado de afiliados, deberán estar acordes con la normatividad vigente sobre prácticas de competencia desleal, cuya inspección, control y vigilancia le competen a la Superintendencia de Industria y Comercio. Así mismo, en ningún caso podrán ofrecer incentivos ni desarrollar mecanismos de promoción de traslados puerta a puerta.

Parágrafo 4. En los casos donde se reciban denuncias o se detecten traslados masivos mediante procedimientos de auditoría de la BDUA se informará a la Superintendencia Nacional de Salud para que adelante las acciones de inspección, vigilancia y control tendientes a verificar que no se haya violado el derecho a la libre elección y o que no se hayan presentado mecanismos de promoción puerta a puerta.

Artículo 35. Procedimiento de traslado de EPS-S. Para efectos de traslado de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado se seguirá el siguiente procedimiento:

1. La Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado y las EPS-S deberán divulgar a los afiliados, noventa (90) días antes del inicio del periodo de contratación, las condiciones para efectuar el traslado de EPS-S.

2. El traslado lo realizará el afiliado de manera directa ante la EPS-S de su elección hasta treinta (30) días antes de iniciar el periodo de contratación. Para tal efecto, deberá acercarse el cabeza de familia con los documentos de identificación de él y de su núcleo familiar y manifestar su intención de trasladarse.

3. La EPS-S receptora deberá consultar en la BDUA que la persona se encuentre afiliada a una EPS-S y que haya cumplido con el año de afiliación a ésta. Sí se da cumplimiento a estos requisitos procederá a informarle sus derechos y deberes, señalándolos a través de los contenidos de la "Carta de derechos del Afiliado y del Paciente". Destacando de manera particular: contenidos del plan de beneficios correspondiente, el régimen de copagos, la red de prestación de servicios, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes y los mecanismos dispuestos con la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado para garantizar una atención integral en salud y de calidad según las normas vigentes.

   Así mismo, deberá enfatizar en los deberes, su obligación de reportar las novedades de grupo familiar como nacimientos y muertes, las modificaciones en su domicilio y actualización de sus documentos de identificación entre otras, así como las implicaciones de la suplantación.

4. El cabeza de familia deberá diligenciar y firmar el Formulario Único de Afiliación y Traslados. Firmar el listado de conocimiento de los procesos de atención en salud y el recibido de la Carta de derechos del Afiliado y del Paciente y de la "Carta de Desempeño". Así mismo, la EPS-S deberá entregar el carné de afiliación del cabeza de familia y de cada uno de los miembros del grupo familiar si es del caso, siguiendo el procedimiento estipulado en el artículo 28 del presente Acuerdo.

5. El afiliado deberá entregar al momento de suscribir el traslado el (los) carné(s) de afiliación a la EPS-S de origen y ésta deberá destruir el (los) documento(s). En caso que el afiliado haya perdido el documento deberá suscribir un formato de tal hecho.

6. La EPS-S receptora deberá presentar ante la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado el formulario único de traslado, previo al proceso de contratación e informará a la EPS-S de origen dentro de los ocho (8) días siguientes sobre la solicitud del retiro de la población. La Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado deberá velar por evitar la multiafiliación.

7. Una vez cumplido el procedimiento anterior, el traslado de los afiliados se hará efectivo desde el primer día del período de contratación siguiente.

8. El reporte de la novedad por traslado de EPS-S a la BDUA se realizará en los tiempos establecidos para el reporte de información con la normatividad vigente.

Parágrafo. En todo caso la responsabilidad de la atención del usuario seguirá a cargo de la EPS-S en la cual se encuentre afiliado, hasta tanto se haga efectivo el traslado a la EPS-S que eligió.

Si el traslado ha sido rechazado en el registro de la BDUA, la EPS-S receptora deberá dar aviso al afiliado de tal situación, especificando si debe esperar a la próxima vigencia para su afiliación o el procedimiento para que éste adelante las aclaraciones necesarias siempre y cuando sean de la responsabilidad del afiliado.

Artículo 36. Traslado por incumplimiento de las obligaciones de las Entidades Promotoras del Régimen Subsidiado. Cuando se presente incumplimiento de las obligaciones de las EPS-S para con el afiliado, éste podrá manifestar en cualquier momento su intención de traslado ante la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado, quien adelantará la investigación correspondiente en un tiempo no mayor a sesenta (60) días calendario, a fin de establecer si hubo incumplimiento

por parte de la EPS-S. Una vez surtido el procedimiento anterior y en caso de comprobarse el incumplimiento, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar, la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado notificará esta decisión al afiliado, a la EPS-S a la cual pertenece y a la Superintendencia Nacional de Salud para las acciones de vigilancia y control a que haya lugar.

Realizado el procedimiento anterior, el afiliado, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la notificación de que trata el inciso anterior, tramitará ante la EPS-S seleccionada su novedad de traslado, la cual se entenderá efectiva a partir del primer día del mes siguiente a la radicación de Formulario Único Nacional de Afiliación y Traslado. La EPS-S receptora tramitará el traslado según procedimiento anterior.

En todo caso, la responsabilidad de la atención del usuario seguirá a cargo de la EPS-S en la cual se encuentre afiliado, hasta tanto se haga efectivo el traslado a la EPS-S que eligió.

Artículo 37. Manejo financiero de los traslados de los afiliados de las Cajas de Compensación Familiar con recursos administrados directamente por éstas en virtud del artículo 217 de la Ley 100 de 1993. El manejo financiero del traslado de afiliados que se realice en virtud del principio de la libre elección, se hará conforme al siguiente procedimiento:

1. Vencido el período para efectuar los traslados, las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado efectuarán un cruce entre número de afiliados trasladados a las Cajas de Compensación Familiar y de estas a otras EPS-S.

2. Si este cruce arroja como resultado que el número de afiliados retirados de las Cajas de Compensación Familiar es mayor que el número de nuevos afiliados a las mismas, estas entidades darán aviso de estas novedades al Ministerio de la Protección Social y girarán al Fosyga-Subcuenta de Solidaridad el valor mensual de las Unidades de Pago por Capitación Subsidiada correspondiente al número de retirados que exceda al número de los nuevos afiliados, a más tardar el tercer día hábil siguiente a la fecha límite establecida para el pago de los aportes del subsidio familiar por parte de los empleadores.

3. En caso que el número de nuevos afiliados sea mayor que el número de afiliados retirados, la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado mantendrá la asignación de los recursos necesarios para garantizar la continuidad del número de nuevos afiliados que excedan al número de afiliados retirados.

Parágrafo 1. Las Cajas de Compensación Familiar sólo podrán realizar ampliaciones de cobertura con recursos que las mismas administran directamente, en el evento en que conforme a sus proyecciones financieras de mediano y largo plazo, se prevean mayores ingresos de los necesarios para garantizar la continuidad de su población afiliada y el giro al FOSYGA de los recursos de que trata el numeral 2 del presente artículo.

Parágrafo 2. Los recursos de financiamiento de los cupos liberados en las entidades territoriales por efecto de los traslados de afiliados a Cajas de Compensación Familiar se asignarán para garantizar la continuidad de la afiliación de la población del respectivo municipio.

Artículo 38. Traslado entre regímenes y suspensión de afiliaciones al Régimen Subsidiado. Los afiliados del Régimen Subsidiado que se afilien al Régimen Contributivo mantendrán suspendida su afiliación al Régimen Subsidiado y se reservará su cupo hasta por un (1) año a partir de que se haga efectiva la nueva afiliación según las reglas del Régimen Contributivo. Para efectos de lo cual, el afiliado deberá informar en el Formulario Único de Afiliación y Traslado su condición de afiliado del Régimen Subsidiado.

El Ministerio de la Protección Social, una vez registrada la novedad por traslado entre regímenes en la BDUA, procederá a registrar la novedad de suspensión de la afiliación y la reserva del cupo de la persona y su núcleo familiar, generando un listado mensual en el que informará a las EPS-S y las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado de esta novedad.

Una vez se haya recibido el listado de novedades de traslado del Régimen Subsidiado al contributivo y suspensión de cupos, las EPS-S deberán enviar comunicaciones a sus afiliados que se encuentran en esta condición, especificando el tiempo máximo de la suspensión de la afiliación y el procedimiento para su activación.

La activación del cupo de Régimen Subsidiado del cabeza de familia y su grupo familiar se realizará por cualquiera de los siguientes medios:

1. Que el afiliado informe a la EPS-S de la pérdida de capacidad económica que dio lugar a su afiliación al

Régimen Contributivo y su intención de activar la afiliación al Régimen Subsidiado. En este caso, la EPS-S deberá informar a la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado los afiliados que hayan utilizado este mecanismo de activación a más tardar ocho (8) días después de la comunicación del afiliado. Así mismo, se deberá reportar dicha novedad ante la BDUA de acuerdo con la normatividad vigente.

2. Cuando el afiliado o el empleador marquen la novedad de retiro en la autoliquidación de aporte del Régimen Contributivo.

3. Que el afiliado haya permanecido por más de tres (3) meses inactivo en el Régimen Contributivo y se tramite por parte de la EPS-S que tenía inicialmente su afiliación, la novedad de activación y la de cada uno de los miembros del núcleo familiar.

El Ministerio de la Protección Social informará la actualización de la novedad de traslado del Régimen Contributivo al subsidiado y la activación del cupo a las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado y a las EPS-S. Una vez sea recibida esta información la EPS-S tendrá ocho (8) días para dar aviso al afiliado sobre la condición de su afiliación. Por su parte la Entidad Territorial verificará el cumplimiento de este aviso.

Parágrafo 1. Para la aplicación del numeral 3 de este artículo, en los casos en que la persona haya ingresado al Régimen Contributivo y además haya modificado su municipio de residencia, la activación al Régimen Subsidiado se realizará a la EPS-S y municipio de origen.

Una vez efectuada la activación de su afiliación en el Régimen Subsidiado en los términos previstos en este artículo, el afiliado podrá iniciar el procedimiento de traslado de municipio previsto en el artículo 40 de este Acuerdo.

Parágrafo 2. La EPS-S deberá garantizar la atención de la población afiliada que se traslada al Régimen Contributivo hasta que se apruebe su traslado y sea registrado como novedad en la BDUA, momento hasta el cual se le reconocerá el pago de la UPC-S.

Parágrafo 3. Durante el periodo de suspensión de la afiliación al Régimen Subsidiado la Entidad Territorial no deberá efectuar giro de recursos por este afiliado.

No obstante, en virtud de la garantía del financiamiento de la continuidad se mantendrá en el presupuesto de la Entidad Territorial los recursos para el financiamiento del cupo.

Parágrafo 4. El Ministerio de la Protección Social contará con un periodo máximo de seis (6) meses para la implementación de los mecanismos previstos en este artículo, periodo en el cual las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado y las EPS-S operarán con la reglamentación actual.

Artículo 39. Mecanismos de detección de cambio de municipio de residencia. La población que cambie de municipio o distrito de residencia deberá reportar esta novedad ante su EPS-S en el marco de sus derechos y deberes en el SGSSS.

Sin perjuicio de lo anterior, se consideran como mecanismos válidos de identificación de traslados de municipio o de distrito de residencia los siguientes:

1. Cuando ante la red prestadora de servicios de primer nivel de atención se presenten afiliados de otros municipios, caso en el cual recordará al afiliado su deber de notificar a la EPS-S si su cambio de residencia es permanente.

2. Cuando la entidad territorial del municipio o distrito receptor atienda la solicitud de afiliación o de la aplicación de la encuesta SISBEN. La Entidad Territorial del municipio receptor, deberá informar en un término no mayor a quince (15) días a la EPS-S y a la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado del municipio de origen, sobre la novedad del afiliado.

Artículo 40. Procedimiento de traslado del municipio o distrito de residencia. Cuando una persona afiliada al Régimen Subsidiado fije su domicilio en un municipio diferente al que se afilió inicialmente se procederá de la siguiente manera:

1. Durante la vigencia contractual:

   a. Si el traslado se da entre los municipios o distritos de las regiones donde la EPS-S que lo asegura está autorizada, la EPS-S es responsable de su atención por el tiempo restante de la vigencia contractual. Para tal efecto, la EPS-S deberá contar con procedimientos de contingencia que garanticen la atención de la población.

b. Si el traslado se da a un municipio donde la EPS-S no se encuentra autorizada en la región, el afiliado deberá presentarse ante la nueva EPS-S de su elección y solicitar su afiliación por traslado de municipio de domicilio, el cual se encuentra exento del periodo de traslado de que trata el artículo 34 del presente Acuerdo. En los casos donde el municipio no cuente con cobertura superior la EPS-S deberá dar aviso a la Entidad Territorial para que genere la correspondiente adición al contrato o reemplazo de cupo de que trata el artículo 87 del presente Acuerdo según sea el caso.

   En todo caso la EPS-S deberá contar con alianzas o convenios con otras EPS-S de las regiones donde no se encuentra autorizada, que le permitan garantizar la atención de la población en tanto se formaliza el traslado del afiliado. El incumplimiento a la suscripción de este tipo de alianzas o convenios, que no ofrezcan garantías para la continuidad de la atención, estará sujeta a las instrucciones y sanciones a que haya lugar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

2. Para la continuidad de la afiliación en la siguiente vigencia contractual:

   a. La población deberá ser sisbenizada antes del inicio del nuevo periodo de contratación. Si el afiliado, obtiene un puntaje de SISBEN I o II, la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado mantendrá su afiliación. Si el afiliado incrementa su puntaje a un nivel III de SISBEN, continuará su afiliación, no obstante se deberá verificar sus condición de elegibilidad descrito en los artículos 11 y 12 del presente Acuerdo.

   b. Cumplida la condición del literal a), si el afiliado se encuentra en un municipio donde la EPS-S no tiene autorización éste podrá seleccionar una nueva EPS-S y se registrará de acuerdo con la normatividad vigente como una novedad de traslado de EPS. Dicho traslado se encuentra exento del periodo de traslado de que trata el artículo 34 del presente Acuerdo.

Parágrafo 1. Durante la vigencia contractual el puntaje SISBEN obtenido en el municipio de origen que asignó el subsidio se considerará como válido en el municipio receptor, con el objetivo de garantizar la continuidad de la afiliación del beneficiario y en concordancia con el artículo 24 de la Ley 1176 de 2007.

Una vez finalizada la vigencia contractual, si a el ciudadano no ha se le ha aplicado la encuesta SISBEN habiendo solicitado su nueva aplicación, mantendrá su afiliación al Régimen Subsidiado en el municipio receptor. Dicha afiliación se financiará con recursos de esfuerzo propio del municipio receptor, hasta tanto cumpla con el procedimiento de aplicación de la encuesta SISBEN.

Parágrafo 2. Si la población pertenece a un grupo especial y no ha perdido las condiciones fijadas para pertenecer a éste, las entidades responsables de la elaboración de los listados censales deberán registrar la novedad de cambio de municipio de residencia e informará a la nueva EPS-S para que proceda a registrar la novedad de cambio de municipio en la BDUA.

Artículo 41. Manejo de información en los cambios de municipio o distrito de residencia. Una vez sea detectado el traslado por cualquiera de los mecanismos señalados en el artículo 39 de este Acuerdo, la EPS-S receptora deberá informar al afiliado, sobre su nueva red prestadora y señalarle el procedimiento de afiliación en el nuevo municipio según sea el caso.

Así mismo, la EPS-S receptora deberá informar a la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado del municipio receptor así como a la del municipio de origen sobre la novedad de traslado de municipio de residencia del afiliado.

El registro de la novedad por traslado de municipio ante la BDUA deberá realizarse en los términos y plazos establecidos en la normatividad vigente.

El Ministerio de la Protección Social generará un reporte mensual de novedades de traslado por municipio de residencia e informará a las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado y EPS-S.

Artículo 42. Manejo financiero del traslado del municipio de residencia. El municipio de origen seguirá reconociendo la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado UPC´S a la EPS-S a la que se encuentre afiliada la persona migrante durante la vigencia contractual, hasta tanto se haya perfeccionado el traslado por cambio de residencia, garantizando la continuidad de la afiliación.

En la nueva vigencia contractual se reasignarán los recursos del municipio de origen al receptor por este concepto, siguiendo el procedimiento dispuesto en los artículos 54 y 86 del presente Acuerdo.

Artículo 43. Continuidad en la prestación de servicios de salud. En todo evento en que se produzca un traslado de un afiliado de EPS-S a otra EPS-S y existan sentencias de tutela que obliguen la prestación de servicios de salud excluidos del plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado la EPS-S receptora prestará los servicios y recobrará a la entidad territorial que financia el aseguramiento en la EPS-S en la que se genero la sentencia de tutela, en los términos de la sentencia y las normas vigentes.

Esta garantía también aplica en los casos previstos en los artículos 49 y 50 del presente Acuerdo.

Artículo 44. Pérdida de la calidad de afiliado en el Régimen Subsidiado. La calidad de afiliado al Régimen Subsidiado se perderá si se cumplen las condiciones definidas por la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios para pertenecer al Régimen Contributivo, regímenes de excepción o especiales.

Artículo 45. Suplantación consentida de los afiliados en el Régimen Subsidiado. En los casos en que se demuestre que se ha presentado suplantación consentida por parte del afiliado del Régimen Subsidiado, este deberá asumir el pago de la prestación de servicios que se haya causado como consecuencia de esta. La EPS-S deberá reportar el caso ante la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado y a la Superintendencia Nacional de Salud para que estos adelanten el proceso correspondiente.

CAPÍTULO VI

La multiafiliación

Artículo 46. Múltiple afiliación en el Régimen Subsidiado. De conformidad con la normatividad vigente, se entiende que se presenta múltiple afiliación en el Régimen Subsidiado en los eventos en que una misma persona se encuentre reportada como afiliada dos o más veces en una misma EPS-S, o se encuentre simultáneamente afiliada a dos o más EPS-S, o se encuentre simultáneamente afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, o a los regímenes especiales y de excepción, en un mismo periodo.

Parágrafo. No se considerará que exista múltiple afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud cuando una persona se encuentre afiliada inactiva al Sistema General de Pensiones y se encuentre afiliada al Régimen Subsidiado de salud.

Artículo 47. Responsabilidades en las situaciones de múltiple afiliación. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado, las EPS-S y los usuarios serán responsables por la inobservancia de los procedimientos previstos en el presente acuerdo, cuando den como resultado situaciones de multiafiliación.

Las EPS que operen en el régimen contributivo serán responsables de la información remitida al Ministerio de la Protección Social en relación con sus afiliados al Régimen Contributivo. De manera especial, responderán por las circunstancias en que reporten personas como afiliadas y compensadas sin que en realidad lo sean, casos en los cuales la EPS correspondiente responderá por la atención del afiliado hasta finalizar el período de contratación del Régimen Subsidiado correspondiente, sin perjuicio de las demás sanciones a que haya lugar o de la obligatoriedad de reintegrar las Unidades de Pago por Capitación recibidas en forma indebida en el Régimen Contributivo.

Artículo 48. Efectos de la múltiple afiliación. Cuando el Ministerio de la Protección Social detecte que una persona cuenta con múltiples afiliaciones simultaneas entre el Régimen Subsidiado y el Contributivo, notificará a las EPS-S y a las entidades territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado que se suspende la afiliación en este régimen y que, en caso que las EPS-S haya recibido recursos de UPC-S por el periodo en que se detectó, estos se deberán reintegrar en la liquidación del contrato. Por los periodos de suspensión las EPS-S no podrán generar gastos asociados a la atención de esta población y deberá dar aviso de tal hecho a su red prestadora.

De igual manera, cuando la múltiple afiliación de un afiliado se presente respecto de una sola EPS en razón a que la persona se encuentra afiliada de manera simultánea tanto en el Régimen Contributivo como en el Subsidiado de la misma EPS, la afiliación válida, de conformidad con lo previsto en las normas vigentes, será la del Régimen Contributivo si ésta continua vigente. Teniendo en cuenta que las EPS son responsables por sus bases de datos, la EPS responsable de la múltiple afiliación deberá proceder a la devolución de las respectivas UPC-S recibidas en exceso, conforme las reglas previstas en el Decreto-Ley 1281 de 2002, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar.

CAPÍTULO VII

Garantía de afiliación ante el retiro voluntario de las EPS-S y en circunstancias excepcionales

Artículo 49. Retiro voluntario de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado de Salud. Las EPS-S solo podrán retirarse voluntariamente al vencimiento de los períodos contractuales establecidos, siempre y cuando hayan informado su intención de retiro a la Superintendencia Nacional de Salud y a la entidad territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado por lo menos ciento veinte (120) días calendario antes de terminar el período de contratación vigente.

Los afiliados podrán elegir nueva EPS-S acogiéndose al procedimiento establecido en los artículos 19 y 85 según sea el caso, para lo cual la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado y la EPS-S, notificarán de su retiro a los afiliados por medios disponibles y de amplia circulación regional.

Parágrafo 1. Cuando una EPS-S se haya retirado voluntariamente de la operación del Régimen Subsidiado de Salud en un municipio y solicite una nueva inscripción para administrar el Régimen Subsidiado de Salud en ese municipio, en ningún caso podrá hacerse dentro de los tres (3) años siguientes al retiro.

Parágrafo 2. Cuando una EPS-S se haya retirado voluntariamente de la operación del Régimen Subsidiado de Salud en más del 40% de los municipios de una región en los que se encuentre operando, perderá su autorización regional para la siguiente vigencia contractual. Sólo podrá recuperar la autorización una vez se inicie nuevamente el proceso de autorizaciones.

Artículo 50. Procedimiento para la afiliación en circunstancias excepcionales. Se garantizará la continuidad del aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado de Salud, en los siguientes casos:

1. Revocatoria de la autorización o de la habilitación para operar el Régimen Subsidiado.
2. Disolución y liquidación de la EPS-S.
3. Terminación unilateral de los contratos de aseguramiento.
4. Declaratoria de caducidad del contrato de aseguramiento.
5. Nulidad de los contratos de aseguramiento.
6. No suscripción o renovación del contrato de aseguramiento por aplicación del artículo 36 del Decreto 050 de 2003 y sus modificaciones.

Una vez los actos administrativos que hayan ordenado cualquiera de los casos anteriores se encuentren debidamente ejecutoriados o la sentencia judicial que ordene la nulidad del contrato esté en firme se aplicará el siguiente procedimiento:

1. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado informarán de forma inmediata a la Entidad Territorial Departamental y a la Superintendencia Nacional de Salud de ser necesario, la ocurrencia de cualquiera de las circunstancias enunciadas, hasta tanto no se realice esta comunicación la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado en el territorio asumirá todos los costos que se generen, por la atención de los afiliados.

2. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado informarán a los afiliados a través de medios de amplia circulación y difusión, el día siguiente a la ocurrencia de cualquiera de las circunstancias enunciadas, que la EPS-S a la que se encuentran afiliados no continuará operando.

3. La asignación de los afiliados será realizada por la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado con presencia de un delegado de la Dirección Departamental de Salud el mismo día a las EPS-S restantes que operan así: 50% en proporción al número de afiliados que tenga cada EPS-S en los respectivos municipios donde operaba la EPS-S saliente y el 50% restante distribuido por igual entre todas las EPS-S que se encuentren inscritas en el municipio. Con los afiliados que tengan enfermedades de alto costo se conformará un grupo aparte y se distribuirán aleatoriamente, en proporción al número de afiliados incluidos los asignados que tenga cada EPS-S.

   Para efecto de la asignación de usuarios a que hace referencia el inciso anterior, la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado no podrá estar intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud, no debe presentar mora con su red de prestadores de servicios de acuerdo con la normatividad vigente y deberá estar cumpliendo oportunamente con los reportes y envío de información.

4. La Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado y las EPS-S con afiliados asignados informarán a los mismos sobre la EPS-S que les correspondió y la posibilidad de libre elección para el siguiente período de contratación. En caso de que el afiliado manifieste su decisión de traslado, este se hará efectivo en los términos establecidos en el presente Acuerdo.

5. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado y EPS-S procederán a adicionar los contratos vigentes por el período del año que falte, según el número de afiliados asignados. La prestación de los servicios y el pago de las UPC-S se garantizarán durante este período, mediante la entrega del listado de afiliados o las bases de datos, por parte de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado a la red prestadora contratada, indicándole que el afiliado puede acceder a los servicios con el carné de la anterior EPS-S. La EPS-S deberá contratar inmediatamente con las IPS los servicios que garanticen el plan de beneficios correspondiente a estos afiliados.

   La póliza para el cubrimiento de las enfermedades catastróficas así como la contratación por capitación, se hará exclusivamente por los afiliados que se encontraban registrados en la BDUA por la anterior EPS-S.

6. La EPS-S deberá entregar un nuevo carné a los afiliados asignados, dentro de los treinta (30) días calendario, siguientes a la adición del contrato siempre que a la fecha de esta adición falten más de cuatro meses para que se termine la vigencia contractual.

   La EPS-S deberá informar a los afiliados que mientras obtengan el nuevo carné podrán acceder a los servicios de salud con la presentación del carné de la anterior EPS-S.

7. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado reportarán la novedad a las Entidades Promotoras de Salud del Subsidiado del Régimen Salud y procederán a la adición del contrato en ejecución dentro de los dos (2) días siguientes al reporte de la novedad.

Parágrafo. Tratándose de afiliados de las comunidades indígenas, las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado solicitarán a la autoridad tradicional que seleccione la EPS-S a la cual se trasladarán de manera colectiva.

Artículo 51. Convocatoria a inscripción de Entidades Promotoras del Régimen Subsidiado de Salud. Si por efecto de las circunstancias previstas en los artículos 49 y 50, no hay oferta de EPS-S en el municipio, la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado deberá convocar a las EPS-S habilitadas y autorizadas en la región, previamente inscritas o que se inscriban, para participar en los procesos de afiliación de la población.

Las EPS-S que se hayan inscrito en un municipio y se abstengan de participar en el proceso de afiliación perderán su autorización regional en la próxima vigencia. La Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado deberá dar aviso de tal circunstancia a la Superintendencia Nacional de Salud para que ésta adelante el proceso correspondiente.

Si surtido este procedimiento persiste la ausencia de oferta de EPS-S, la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado podrá convocar la EPS-S pública de orden nacional para que afilie la población de manera excepcional.

Parágrafo. En los casos en que una Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado se quede sin oferta aseguradora la Superintendencia Nacional de Salud deberá indagar por las causas que dieron lugar a esta situación y aplicar las sanciones necesarias en caso de la presencia de irregularidades.

CAPÍTULO VIII

Contratación en el Régimen Subsidiado

Artículo 52. Contratos para el aseguramiento. Para proveer el aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado y administrar los recursos de este Régimen, la entidad territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado suscribirá un único contrato con cada EPS-S que se encuentre inscrita en el territorio y seleccionada por los beneficiarios.

Conforme lo establece el numeral 2 del artículo 216 de la Ley 100 de 1993, este contrato se regirá por el derecho privado y deberá detallar todas y cada una de las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado de Salud y, como mínimo la información que determine el Ministerio de la Protección Social, sin perjuicio de la aplicación de las normas presupuestales vigentes.

Parágrafo 2. Para el manejo de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 que las Cajas de Compensación Familiar administran directamente, se harán contratos por separado del resto de contratos de la respectiva EPS-S.

Artículo 53. Vigencia del contrato. El período de contratación será de un (1) año, comprendido entre el primero (1°) de abril y el treinta y uno (31) de marzo del año siguiente.

Artículo 54. Estimación del valor del contrato en entidades territoriales con cobertura superior. Para la estimación del valor del contrato que suscriban las Entidades Territoriales con cobertura superior y las EPS-S se procederá de la siguiente forma:

1. **Estimación del factor de ajuste municipal.** Dicho factor es un multiplicador que permite establecer el número de afiliados en que se estima se modificará durante el siguiente periodo de contratación el tamaño de la población afiliada en el municipio por concepto de nacimientos, muertes y migración municipal. El factor de ajuste es único para el municipio y se aplicará a cada uno de los contratos. Será estimado por el Ministerio de la Protección Social de la siguiente manera para cada período de contratación, sin perjuicio de que sea revisado por circunstancias excepcionales:

   FA = (1+(N-M)*(1+Im)

   Donde:

   N = Tasa de natalidad municipal anual expresada en 1/1000
   M = Tasa de mortalidad municipal expresada en 1/1000
   Im = Tasa neta de migración población SISBEN I y II calculada a partir del promedio de los tres últimos reportes certificados por el Departamento Nacional de Planeación. Para cada una de las tres encuestas certificadas disponibles se calcula para cada municipio la tasa de migración neta, así:

   Im = (inmigrantes – emigrantes) / (población SISBEN I y II),

   El factor se estandariza para garantizar un efecto neutro o aditivo.

2. Se estima el número de cupos asignados al municipio por concepto del factor de ajuste:

$$\text{Cupos de factor de ajuste municipal} = \text{Afiliados de continuidad municipales netos} * FA$$

Donde:

- **Afiliados de continuidad municipales netos:** corresponden al número de población afiliada del municipio al inicio del periodo de contratación anterior al que se va a contratar, más el efecto neto de las novedades registradas por cambio de municipio de residencia de los afiliados, nacimientos y muertes durante ese periodo de contratación anterior.

FA: Factor de ajuste municipal establecido en el numeral 1.

3. La estimación de los cupos de la EPS-S se estima a partir de la formula:

$$\text{Cupos estimados para la EPS-S} = \left(\text{Afiliados de continuidad netos EPS-S (+/-) Traslados}\right) + \left(\text{Participación de la EPS-S en el municipio} * \text{Cupos de factor de ajuste municipal}\right)$$

Donde:

- **Afiliados de continuidad netos EPS-S:** corresponden al número de población afiliada a la EPS-S al inicio del periodo de contratación anterior al que se va a contratar, más el efecto neto de las novedades registradas por cambio de municipio de residencia de los afiliados, nacimientos y muertes durante ese periodo de contratación anterior.
- **Participación de la EPS-S en el municipio:** Es la relación entre la suma de los afiliados netos de la EPS-S en el municipio y el efecto neto de sus traslados con el número total de afiliados netos del municipio.
- **Cupos por factor de ajuste municipal.** Estimado a partir del numeral 2 del presente artículo

4. El valor total del contrato se establecerá a partir del valor de la UPC´S por el número de cupos estimados para la EPS-S:

$$\text{Valor del contrato EPS-S} = \text{Valor de la UPC-S mes} * \text{Cupos estimados para La EPS-S} * \text{Meses totales del contrato}$$

Parágrafo 1. En los casos donde la afiliación exceda el número de cupos asignados a una o varias EPS-S por concepto del factor de ajuste, la entidad territorial utilizará los cupos disponibles en otras EPS-S por concepto del factor de ajuste y realizará las modificaciones contractuales a que haya lugar.

Parágrafo 2. La entidad territorial deberá presupuestar el valor total de la estimación del valor de los contratos por cada EPS-S, que incluye el factor de ajuste municipal.

Parágrafo 3. De manera excepcional el Ministerio de la Protección utilizará un factor de ajuste transitorio para los municipios que se encuentran en cobertura superior que se implementará durante el periodo excepcional de contratación de que trata el artículo 94 del presente Acuerdo. Sin perjuicio de lo anterior, su aplicación se hará en los términos del presente Acuerdo.

Artículo 55. Fuentes de financiamiento del factor de ajuste. El contrato deberá especificar el número de cupos equivalentes al factor de ajuste que resulte de aplicar la fórmula del artículo 54 del presente Acuerdo, los cuales se financiaran con cargo a los recursos del cofinanciación del FOSYGA, siempre y cuando la Entidad Territorial haya asignado previa y plenamente los demás recursos del Régimen Subsidiado incluidas las rentas cedidas y demás recursos de esfuerzo propio, que de acuerdo con la Ley están obligados a asignar, mantener y presupuestar.

Parágrafo1. La asignación de cupos por factor de ajuste no constituye obligación de pago de la UPC-S a la EPS-S, excepto que se cumplan las condiciones de afiliación y pago señaladas en este Acuerdo.

Parágrafo 2. Las condiciones del manejo de los cupos por factor de ajuste deben formar parte de los contenidos de la minuta del contrato, la cual deberá preveer que el factor de ajuste es un mecanismo que permite hacer determinable el valor del contrato.

Artículo 56. Información del contrato. El Ministerio de la Protección Social en el ámbito de sus competencias definirá los contenidos mínimos de la minuta del contrato y especificará el anexo técnico del mismo.

En los contratos de Régimen Subsidiado de Salud se entenderán incorporadas las metas estratégicas e indicadores de resultados en salud para el país y la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado, que sean competencia de la EPS-S en el marco del aseguramiento de su población afiliada y de las garantías de prestación de los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado. Para estos efectos, el anexo técnico deberá permitir hacer seguimiento al cumplimiento de tales metas.

Si la EPS-S no puede reportar la información requerida en el anexo técnico y demuestra que la causa de lo anterior es el no reporte por parte de las IPS contratadas en el municipio, ésta podrá ser considerada como una causa de insuficiencia del prestador y deberá reemplazarlo dentro de la red prestadora.

Parágrafo 1. El Ministerio de la Protección Social en el marco de sus competencias legales, diseñará la metodología para el seguimiento y evaluación del cumplimiento de ésta obligación por parte de las EPS-S.

Parágrafo 2. En el caso de los municipios que pertenecen a los antiguos territorios nacionales, el anexo técnico contemplará especificidades al modelo de atención de mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de esta población asegurada de acuerdo con lo dispuesto en el literal i del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.

Artículo 57. Contenidos de la minuta del contrato en municipios con número máximo de EPS-S. En el anexo técnico para los municipios señalados en el numeral tercero del artículo 82 del presente Acuerdo, se deberá especificar las características del modelo de atención que debe ofrecerla la EPS-S a su población de acuerdo con factores críticos como: dispersión, socioculturales y ambientales.

Artículo 58. Contratación electrónica. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado suscribirán los contratos para el aseguramiento de la población con las EPS-S autorizadas e inscritas en su territorio, mediante contratación electrónica y firma digital, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999 y la Ley 1150 de 2007 y sus reglamentos.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social, diseñará e implementará los mecanismos e instrumentos necesarios para que las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado y EPS-S puedan materializar el inciso anterior, así como los tiempos y fases para su implementación.

Artículo 59. Prohibición de trasladar las responsabilidades del aseguramiento. Las responsabilidades del aseguramiento de la población afiliada y la administración

del riesgo en salud le corresponden de manera indelegable a la EPS-S y en consecuencia estas entidades no podrán ceder ni trasladar sus responsabilidades a terceros. Por lo tanto, con independencia de la modalidad que utilicen las EPS-S para la contratación de su red prestadora, las EPS-S deberán hacer seguimiento al uso de los servicios de salud, los requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas de su red prestadora que le permitan garantizar la debida atención de sus usuarios.

Parágrafo. La firma y operación de las alianzas o convenios con otras EPS-S de que trata el numeral 1b) del artículo 40 del presente Acuerdo, no constituyen un traslado de responsabilidad en el aseguramiento.

Artículo 60. Obligatoriedad de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado de Salud de suscribir contratos cuando los beneficiarios la hayan seleccionado. Cuando una EPS-S se encuentre habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud, haya sido autorizada para operar en una región, esté debidamente inscrita en el municipio y durante el proceso de afiliación o traslado sea elegida libremente por la población elegible, tendrá la obligación de suscribir los contratos para el aseguramiento de la población y administración de recursos en el Régimen Subsidiado de Salud sin importar la modalidad de subsidio asignado.

Parágrafo. En caso que la EPS-S se abstenga de suscribir el contrato no podrá participar en ese municipio durante la vigencia y perderá la autorización en la región para la siguiente vigencia contractual.

Artículo 61. Prohibición de cesión voluntaria de contratos para el aseguramiento. En el Régimen Subsidiado de Salud se encuentra prohibida en cualquier caso la cesión voluntaria de contratos de aseguramiento.

Artículo 62. Garantías para el acceso a los servicios de salud. Previo al inicio del contrato para el aseguramiento, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado están en la obligación de suministrar a la entidad territorial su red prestadora de servicios y suscrito el contrato la EPS'S entregará a dicha red en un tiempo no mayor a ocho (8) días la base de datos de población afiliada.

Las EPS-S deberán garantizar a los afiliados en lo que compete al Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S la cobertura de su plan de beneficios, la agilidad y oportunidad en el acceso efectivo a los servicios, en el nivel de complejidad que lo requiera y no podrán implantar mecanismos que limiten o dificulten el acceso a la prestación de los mismos.

Las EPS-S deberán crear los mecanismos necesarios para la detección y corrección de las inconsistencias detectadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en sus bases de datos.

El incumplimiento de estas obligaciones estará sujeta a las instrucciones y sanciones a que haya lugar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con la ley.

Artículo 63. Verificación de la red prestadora de servicios de las EPS-S. Una vez sean suscritos los contratos para el aseguramiento, las EPS-S presentarán ante la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado, la relación de los contratos vigentes especificando el tiempo de contratación con los prestadores de servicios de salud que acrediten la existencia de la red asistencial estructurada por niveles de complejidad, con su respectivo tiempo de contratación. Igualmente deberán actualizar permanentemente todo cambio que se presente en la red de servicios disponible.

Los contratos que suscriban las EPS-S con los prestadores de servicios de salud no podrán realizarse por un plazo inferior a la vigencia del respectivo período contractual del Régimen Subsidiado, salvo cuando por eventos excepcionales relacionados con el incumplimiento de las obligaciones del prestador o la revocatoria de su habilitación, se requiera una contratación por menor tiempo para completar el período anual de contratación.

Parágrafo 1. Sin perjuicio del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007, las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado al celebrar los contratos para el aseguramiento, respetarán la libertad que tienen las Entidades Promotoras de Salud del Subsidiado de Salud para seleccionar los prestadores con los cuales deban celebrar contrato de prestación de servicios de salud. Las partes se abstendrán de imponer cláusulas gravosas.

Parágrafo 2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007 y en concordancia con el parágrafo del mismo, en los casos en que por la distribución geográfica y/o la dispersión municipal, la EPS-S podrá contratar con prestadores que se encuentren localizados de manera más próxima al sitio de residencia del afiliado, esta con-

tratación computará para efectos del porcentaje mínimo de contratación con la red pública de servicios, previsto por la ley.

Artículo 64. Mecanismos de coordinación para prestación de servicios no POS-S. Con el fin de garantizar la continuidad en la atención de los afiliados, las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado deberán suministrar a las EPS-S al momento de la suscripción del contrato un listado de la Red de Instituciones Prestadoras de Servicios en los distintos niveles de complejidad que hayan sido contratadas para la realización de procedimientos de diagnóstico y tratamientos no incluidos en el POS-S para la atención de los afiliados, dicho listado deberá formar parte de la minuta del contrato.

Las EPS-S deben garantizar la prestación de los servicios contenidos en el POS-S y de requerirse la utilización de los servicios no incluidos en este, deberá remitir a los afiliados a las IPS del listado suministrado por la Entidad Territorial, suministrando además a la misma Entidad Territorial la información suficiente, adecuada y oportuna para el seguimiento del afiliado, en especial para los procedimientos de referencia y contrareferencia.

Artículo 65. Interventoría y supervisión de contratos. En desarrollo de las competencias previstas en las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001 y 1122 de 2007, decretos y demás actos administrativos reglamentarios, las entidades territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado deberán realizar el seguimiento y control del cabal cumplimiento de las obligaciones a cargo de las EPS-S, según los parámetros definidos por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 66. Pago de la UPC-S. Salvo en los casos señalados para afiliación de recién nacidos, para el reconocimiento de la UPC-S a la EPS-S, será requisito indispensable el registro de la afiliación en la BDUA. El pago de la Entidad Territorial a la EPS-S se liquidará desde la fecha de vigencia de la afiliación señalada en los términos del artículo 15 del presente Acuerdo.

El pago de la UPC-S se hará bimestre anticipado dentro de los diez (10) primeros días del respectivo bimestre, teniendo en cuenta las novedades avaladas del bimestre anterior sin perjuicio de los ajustes que deban realizarse posteriormente.

Parágrafo 1. La vigencia de este artículo inicia en la siguiente vigencia de contratación una vez sea publicado este Acuerdo.

Parágrafo 2. La garantía en la prestación de servicios de salud a los afiliados se hace efectiva desde que entra en vigencia la afiliación, con independencia del registro de la misma en la BDUA.

Artículo 67. Utilización de los recursos de la UPC-S. Los recursos por UPC-S que perciban las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado serán aplicados para garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado de la totalidad de los afiliados a la EPS-S, sin perjuicio de los gastos de administración que no podrán exceder el 8% del total de los ingresos operacionales.

Artículo 68. Liquidación de contratos. Al finalizar la vigencia contractual, se efectuará una revisión integral de la ejecución del contrato para efectos de determinar el cumplimiento de las obligaciones por parte de las EPS-S y la ejecución de recursos.

La liquidación del contrato deberá efectuarse a más tardar cuatro (4) meses finalizado el período contractual. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado que no se encuentren en cobertura superior, no podrán acceder a recursos de ampliación de cobertura sin cumplir este requisito.

Si en el proceso de liquidación de contratos se encuentren recursos excedentes correspondientes a la cofinanciación del Fondo de Solidaridad y Garantía "FOSYGA", luego de agotar las demás fuentes de financiación del Régimen Subsidiado, deberán destinarse para garantizar la continuidad de la afiliación al Régimen Subsidiado de la siguiente vigencia contractual, sin que tal destinación constituya sustitución de ninguna fuente de financiamiento.

Parágrafo. Respecto de los contratos para el aseguramiento suscritos entre las EPS-S y las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado, previos a la vigencia de contratación que inicia el 1º de octubre de 2009, se aplicarán los criterios auxiliares presentados en el artículo 90 del presente Acuerdo.

CAPITULO IX

Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado

Artículo 69. Eficiencia en las competencias de las Entidades Territoriales en el Régimen Subsidiado. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado deberán adelantar con eficiencia y los demás principios rectores que orientan la función pública, las competencias señaladas por la Ley para el aseguramiento de la población en el territorio de su jurisdicción y su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en especial de la población pobre y vulnerable a través del Régimen Subsidiado.

Artículo 70. Finalidad de los estándares técnicos y administrativos en la función de aseguramiento de las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado. Los estándares técnicos y administrativos en la función de aseguramiento buscan garantizar que las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado puedan asumir con eficiencia y de acuerdo a sus capacidades las competencias asignadas por la ley para el aseguramiento de la población pobre y vulnerable al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del Régimen Subsidiado.

Artículo 71. Estándares técnicos y administrativos de la función de aseguramiento de las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado. En el marco del artículo 26 de la Ley 1176 de 2007 y el artículo 2 de la Ley 1122 del 2007, el Ministerio de la Protección Social establecerá los estándares técnicos y administrativos con los que deberán contar las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado para el desarrollo eficiente de las funciones y procesos que realizan en el Régimen Subsidiado, derivados de las competencias asignadas por Ley y demás actos administrativos que la reglamenten.

Artículo 72. Cumplimiento de los estándares técnicos y administrativos. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado cuyos resultados de la evaluación del cumplimiento de los estándares técnicos y administrativos muestren una capacidad total e integral para el cumplimiento de las funciones y procesos en el aseguramiento de la población, continuará en el desempeño de sus funciones en el aseguramiento de la población.

Artículo 73. Incumplimiento de los estándares técnicos y administrativos. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado que como resultado de las evaluaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social se encuentren incumpliendo con los estándares técnicos y administrativos podrán perder, una vez surtido el debido proceso, sus competencias relativas a la operación del Régimen Subsidiado y de manera cautelar ser asumidas por los departamentos por el periodo que defina la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 74. Las direcciones departamentales de salud. En los casos en que los departamentos asuman de manera cautelar la operación del Régimen Subsidiado por el incumplimiento de los municipios de los estándares técnicos y administrativos, aquellos se encargarán de adelantar los procesos de selección de población elegible al Régimen Subsidiado de Salud, la contratación de las EPS-S para el aseguramiento de la población y la interventoría de los contratos, de conformidad con las disposiciones que el Gobierno Nacional expida para tal efecto.

El pago de las UPC-S a las EPS-S que operan en los municipios con medida cautelar, se realizará utilizando la figura de giro directo a la EPS-S durante el tiempo que la medida este vigente, de acuerdo con la ley y la reglamentación aplicable, sin perjuicio de que el giro directo se aplique en caso de afectación del flujo de recursos o de no envío de la información por parte de las entidades territoriales, durante el período contractual.

CAPITULO X

Regiones y mercados de aseguramiento del Régimen Subsidiado en los municipios y distritos

Artículo 75. Autorización regional. La autorización regional delimita los mercados donde puede ofertar una EPS-S con el propósito de especializar sus servicios de acuerdo a las características de la demanda poblacional asegurada y la red de servicios entre otros factores, a fin de lograr una mejor administración del riesgo en salud.

De acuerdo con la autorización, los municipios solo podrán contratar el Régimen Subsidiado con las EPS-S habilitadas que hayan sido seleccionadas para operar en la respectiva región y los beneficiarios del subsidio solo podrán escoger una EPS-S entre aquellas seleccionadas en la región.

Artículo 76. Regiones de operación. El Ministerio de la Protección Social en el marco de sus competencias definirá el número de las regiones para la operación del Régimen Subsidiado de acuerdo con criterios de población afiliada, geografía cultural y red de servicios.

Artículo 77. Número de EPS-S por región. El número máximo de EPS-S que pueden operar en una región se determinará con base en el tamaño poblacional de la región y el tamaño mínimo de población con que puede operar un asegurador. Esta estimación se actualizará cada cuatro años de acuerdo con la vigencia de la autorización.

En cada región se buscará la presencia de los distintos tipos de EPS-S según su naturaleza jurídica, esto es al menos una EPS indígena, una EPS pública del orden nacional, una Entidad Solidaria de Salud, una Caja de Compensación Familiar, una EPS privada, y una EPS pública o mayoritariamente pública del orden departamental o municipal de la respectiva región.

Artículo 78. Número de regiones en que participa una EPS-S. Las EPS-S podrán ser autorizadas para operar en las cinco (5) regiones establecidas o las que se definan, siempre y cuando, se inscriban y participen en los proceso de afiliación como mínimo en un 20% de los municipios que componen cada región.

Parágrafo. Las EPS-S que en la actualidad cuenten con autorizaciones extraordinarias para operar en departamentos por fuera de las regiones hoy autorizadas, deberán cumplir con lo establecido en el presente artículo para continuar operando en ellos a partir del 1 abril de 2010.

Artículo 79. Criterios de selección de las EPS-S para cada región. Las EPS-S que estén interesadas en participar o continuar participando en una región serán seleccionadas de acuerdo con la metodología establecida por el Ministerio de la Protección Social, en el marco de la evaluación de resultados previsto en el artículo 2 de la Ley 1122 de 2007.

Sin perjuicio de lo anterior, se deberán incorporar las siguientes consideraciones en la metodología de evaluación:

1. Los indicadores deberán ser medidos por región y no de manera agregada nacional, de manera tal que la renovación de la autorización es independiente para cada EPS-S en cada región. En los casos en que la EPS-S este autorizada para operar en un departamento de manera excepcional y deba obtener la autorización regional, su evaluación se realizará con base en los resultados de los indicadores del departamento donde opera.
2. Se deberán incorporar indicadores de gestión y resultado sobre las siguientes poblaciones prioritarias: poblaciones infantil menor de 5 años, indígenas y población desplazada.
3. Se darán puntajes adicionales a la EPS-S que se encuentren operando con un modelo de administración del riesgo en salud que le permita identificar los principales factores de riesgo y de concentración de estos en su población asegurada y adelanten programas para su mitigación en el marco de sus competencias.

Para tal efecto el Ministerio de la Protección Social contará con un máximo de diez (10) meses contados a partir de la vigencia de este Acuerdo, para hacer público los parámetros de evaluación, efectuar los cálculos necesarios para la asignación de puntajes cuyos resultados se harán públicos en la página web del Ministerio para que los interesados presenten sus observaciones y por último publique el listado de las EPS-S seleccionadas en cada región.

Parágrafo 1. Cuando una EPS del Régimen Contributivo desee participar en la evaluación para la autorización regional y ésta no posea experiencia en el Régimen Subsidiado, la calificación se realizará sobre sus resultados en la población afiliada del Régimen Contributivo.

Parágrafo 2. Si la EPS-S no es habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud por no cumplir con los requisitos para ello, no podrá ser contratada y deberá darse paso a la siguiente EPS-S en el orden de la lista de elegibilidad para la región. En todo caso, para sustituir las EPS-S no habilitadas sólo podrán tenerse en cuenta las siguientes tres EPS-S que tengan los mejores puntajes de la lista.

Artículo 80. Vigencia de la autorización regional. La vigencia de la autorización regional se otorgará por un periodo de cuatro años, sin perjuicio de las medidas sancionatorias o cautelares a que haya lugar.

Artículo 81. Inscripción de las EPS-S en los territorios. Las EPS-S que ingresan al mercado municipal, distrital deberán inscribirse, conforme a las siguientes condiciones, siempre que cumplan con todos los requisitos legales y reglamentarios para funcionar y no estar impedidas para celebrar contratos con el Estado conforme lo señalado por el artículo 2 de la Ley 901 de 2004 y el Decreto 3361 de 2004:

1. La EPS-S que pretenda inscribirse en cualquier municipio deberá estar debidamente habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud y autorizada para la operación regional conforme a las condiciones fijadas en el presente Acuerdo.
2. La EPS-S se podrá inscribir en cualquier tiempo presentando únicamente una comunicación dirigida al alcalde o al director de salud con anterioridad al inicio de la vigencia contractual en el que vaya a afiliar, en la cual manifiesta su intención de participar en la administración del Régimen Subsidiado de Salud en la respectiva Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado, sin sujeción a la presentación de ningún otro requisito.
3. Las EPS-S que se encuentren inscritas en un municipio no deberán realizar nuevamente el proceso de inscripción siempre y cuando cumpla con las condiciones del primer inciso de este numeral.
4. La entidad territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado formalizará la inscripción mediante comunicación, la cual deberá darse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la radicación de la solicitud.

Artículo 82. Oferta aseguradora y tamaño del mercado de aseguramiento subsidiado. El número de EPS-S por mercado de aseguramiento se establecerá de la siguiente manera:

1. Los municipios con más de 50.000 cupos asignados podrán contar con un número irrestricto de EPS-S siempre y cuando ninguna tenga una participación mayor al 35% de estos. De igual manera, esta disposición aplica a municipios cuyos cupos asignados oscilan entre 10.000 y 50.000 y disponen de oferta prestadora de servicios, pública y privada, suficiente que garantice condiciones de competencia.

   En caso contrario, la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado deberá promover el ingreso de nuevas EPS-S dentro de las que se encuentran inscritas o autorizadas para la región.

2. Los municipios cuyos tamaños oscilen entre 10,000 y 50,000 cupos asignados, en los cuales la oferta prestadora de servicios es exclusivamente pública podrá operar con número máximo de 3 EPS-S.

3. Los municipios cuyo tamaño sea menor a 10,000 cupos asignados, en los cuales la oferta prestadora de servicios sea exclusivamente pública podrá operar con número máximo de 2 EPS-S.

Parágrafo 1. El Ministerio de la Protección Social de acuerdo con sus facultades legales publicará el listado de municipios clasificados de acuerdo a estos criterios en los diez primeros días del mes de octubre de cada año.

Parágrafo 2. Sin perjuicio de lo señalado en los numerales 2 y 3 de presente artículo, el número mínimo de EPS-S podrá ampliarse cuando una EPS-S demuestre que su operación se desarrolla en mercados municipales circundantes que garanticen la atención de la población asegurada, economías de escala en el aseguramiento y una gestión eficiente, de acuerdo con los indicadores y la reglamentación que para este efecto expida el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 3. En los casos en que los municipios señalados en los numerales 2 y 3 cuenten con un número superior de EPS-S al definido en el presente artículo a la entrada en vigencia del presente Acuerdo, la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado deberá ajustar el número de EPS-S que continuarán operando en su jurisdicción, para lo cual aplicará los criterios de selección que defina el Ministerio de la Protección Social.

El ajuste al número de mínimo de EPS por municipio deberá estar vigente a partir de la contratación del 1º de abril de 2010.

CAPITULO XI

Régimen de transición

Artículo 83. De las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado sin cobertura superior. En tanto las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado que a la fecha de la expedición y publicación del presente Acuerdo no se encuentren en cobertura superior, adelantarán los procesos de selección de beneficiarios afiliación, y contratación, siguiendo los lineamientos de los artículos 84, 85, 86 y 87 del presente Acuerdo.

Artículo 84. Selección de población elegible priorizada en Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado sin cobertura superior en términos de la transición. Para la selección de beneficiarios en los municipios o distritos que no hayan logrado cobertura superior, se aplicará el siguiente procedimiento y criterios de priorización sobre la población elegible no afiliada.

Las entidades territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado elaborarán los listados de población priorizada al Régimen Subsidiado a partir del listado de población elegible de que trata el artículo 11 del presente Acuerdo, para lo cual ordenarán la población en los niveles I y II de la encuesta SISBEN, en orden ascendente de menor a mayor puntaje y de la más antigua a la más reciente, con su núcleo familiar cuando haya lugar a ello. Sobre este listado aplicarán los siguientes criterios de priorización:

1. Menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
2. Población infantil menor de 5 años.
3. Mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en programas de control prenatal y posnatal.
4. Población con discapacidad identificada mediante la encuesta SISBEN.
5. Mujeres cabeza de familia de acuerdo la definición legal.
6. Población de personas mayores.
7. Población indígena.
8. Población del área rural.
9. Población del área urbana.

En cualquier caso, entre los 60 y 30 días calendario antes del proceso de contratación, la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado deberá publicar el listado de población priorizada en un lugar o medio de fácil acceso a la población y entregarlo en medio magnético a las EPS-S que se encuentran inscritas en el municipio.

En todo caso la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado deberá, una vez priorizada la población en la base municipal de beneficiarios, cruzarla con la BDUA siguiendo el procedimiento establecido en el parágrafo 3 del artículo 12 del presente Acuerdo. Los listados actualizados deberán estar siempre publicados en lugar de fácil acceso a la población.

La población que se identifique como afiliada al Régimen Subsidiado o Contributivo deberá ser retirada de la base municipal de beneficiarios y la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado, adelantará las acciones necesarias para verificar la situación de afiliación de dicha población.

Parágrafo 1. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado se abstendrán de utilizar bases de la encuesta SISBEN no certificadas por el Departamento Nacional de Planeación en el procedimiento de priorización.

Parágrafo 2. Se excluye de la aplicación de estos criterios de priorización la población en condición de desplazamiento forzado y la desmovilizada, ya que estas cuentan con cupos específicos para su afiliación. Sin perjuicio de lo anterior, la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado deberá verificar si las personas registradas en estos listados censales se encuentran con afiliación activa al Régimen Subsidiado o Contributivo con el propósito de evitar posibles multiafiliaciones.

Parágrafo 3. Los menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF, prioritarios según lo establecido en el presente artículo, podrán afiliarse sin su grupo familiar.

Parágrafo 4. Al listado de menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, no se le aplica el plazo de disponibilidad previsto en este artículo.

Parágrafo 5. La Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado se abstendrá de priorizar y posteriormente afiliar poblaciones que no encuentre debidamente identificadas.

Artículo 85. Procedimiento para la afiliación en Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado sin cobertura superior. El procedimiento de afiliación de la población beneficiaria seleccionada como prioritaria en los territorios sin cobertura superior deberá desarrollarse de la siguiente forma:

1. Las entidades territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado, precisarán las condiciones con las cuales se realizará el proceso de libre elección, dentro de los procedimientos definidos en el presente Acuerdo y las normas que sobre control social e inspección vigilancia y control se encuentre vigentes, e informarán tanto a las entidades que se encuentran seleccionadas para administrar el Régimen Subsidiado en la región como a los usuarios.

2. Una vez las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado hayan conformado el listado de priorizados de que trata el artículo 84 del presente Acuerdo; deberán divulgar en medios de fácil acceso las listas de población priorizada y éstas deberán estar permanentemente publicados.

Comunicará a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, entre los ciento veinte (120) y noventa (90) días calendario antes de iniciarse un nuevo período de contratación o de adición de los contratos vigentes por ampliación de coberturas, que deben elegir una Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado seleccionada para operar en la región e inscrita en el municipio o distrito.

3. Las entidades territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado, convocarán a los beneficiarios priorizados a participar del proceso de libre elección. El período de afiliación se llevará a cabo por acto público, entre los noventa (90) y veinte (20) días calendario antes de iniciarse un nuevo período de contratación o de adición por ampliación de cobertura a los contratos vigentes.

   La EPS-S o el operador que administre la afiliación única electrónica al momento de proceso de libre elección, deberá informar a la población sus derechos y deberes, señalándolos a través de los contenidos de la "Carta de derechos del Afiliado y del Paciente" destacando de manera particular: contenidos del POS´S, el régimen de copagos, si los hay, la red de prestación de servicios, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes y los mecanismos dispuestos con la Entidad Territorial para garantizar una atención integral en salud y de calidad según las normas vigentes. Así mismo deberá enfatizar en los deberes, las implicaciones de la suplantación, su obligación de reportar las novedades tales como nacimientos y muertes de grupo familiar, las modificaciones en su domicilio y actualización de sus documentos de identificación. Así mismo, deberá entregar la "Carta de Desempeño".

   Por último deberá señalarle al afiliado la fecha a partir de la cual su afiliación está vigente, de acuerdo con lo señalado en el parágrafo 1 de este Artículo.

4. Para la afiliación, el cabeza de familia deberá diligenciar y firmar el Formulario Único de Afiliación y Traslados, firmar el listado de conocimiento de los procesos de atención en salud y el recibido de su "Cartilla de Derechos y Deberes" y la Carta de Desempeño, mostrar los documentos de identificación de él y de su núcleo familiar. La entrega del carné de cada uno de los miembros de su núcleo familiar se realizara de acuerdo con el procedimiento estipulado en el artículo 28 del presente Acuerdo.

5. Durante el proceso de libre elección la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado deberá garantizar que no se presente multiafiliación entre las EPS-S de su jurisdicción.

6. Vencido el período de qué trata el numeral tres (3) y dentro de los veinte (20) días calendario la entidad territorial responsable de la operación el Régimen Subsidiado realizará un acto público, con el objeto de que se empleen los cupos disponibles según las prioridades establecidas en el presente Acuerdo, teniendo en cuenta el número de personas que no acudieron en la primera convocatoria, para lo cual citará en estricto orden del listado de priorizados, a nuevos beneficiarios.

7. En el caso de que un potencial beneficiario priorizado no haya hecho uso del derecho de libre elección habiendo sido convocado, dentro de los términos establecidos en el presente Acuerdo, podrá presentarse ante la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado y suscribir su afiliación durante los primeros diez (10) días de cada mes y hasta dos (2) meses antes de finalizar la vigencia contractual.

Parágrafo 1. Para todos los efectos legales, la afiliación adquiere vigencia a partir del primer día del nuevo período de contratación o de la adición respectiva en los casos cuya suscripción fue previa a la del nuevo contrato. En los casos donde la afiliación se suscribió bajo las condiciones del numeral 7 de este artículo la vigencia de la afiliación va desde el primer día del mes siguiente a la fecha de su suscripción.

Parágrafo 2. Una vez presentada la afiliación ante la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado en los casos de que trata el numeral 7 del presente artículo, el afiliado deberá presentarse a más tardar ocho (8) días antes del inicio de la vigencia de su afiliación ante la EPS-S y solicitar su carné.

Artículo 86. Estimación del valor del contrato en Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado sin cobertura superior. Para el caso de los contratos de continuidad el procedimiento para establecer los cupos asignados y el valor del contrato es el mismo del numeral 2 del Artículo 54 del presente Acuerdo. Durante el periodo de transición, para estas entidades territoriales, no existirá factor de ajuste para la estimación de los cupos asignados.

Los contratos de ampliación se suscribirán por el número de beneficiarios que se afilien en el proceso de libre elección y su valor se establece en la relación de afiliados, valor de UPC-S mensual y meses totales del contrato.

Parágrafo: Cuando se trate de ampliaciones con recursos de los que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, las Cajas de Compensación Familiar informarán al Ministerio de la Protección Social y las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado sobre el número máximo de beneficiarios a los que podrá afiliar con tales recursos para su autorización.

Artículo 87. Reemplazos de cupos de afiliados contratados en Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado sin cobertura superior. Durante la ejecución de un contrato, la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado reemplazará los afiliados inicialmente contratados o los que se encuentren en la base de datos por las siguientes causales:

1. Por el fallecimiento del afiliado.
2. Cuando se liberen subsidios por efectos de traslados de municipios de residencia traslado a los regímenes subsidiado o contributivo o regímenes especiales una vez vencido el tiempo de suspensión.
3. Por pérdida de la calidad de afiliado del Régimen Subsidiado.

La Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado previo a iniciar el proceso de reemplazos, deberá consultar la existencia en la BDUA del registro de las novedades asociadas a las anteriores causales.

Los subsidios liberados serán reemplazados de forma mensual por la entidad territorial encargada de la operación del Régimen Subsidiado, quien asignará los afiliados en el mismo orden en que aparecen en la base de datos de población elegible o elegible priorizada del último reporte del Ministerio de la Protección Social, en estricto orden descendente, de manera aleatoria y proporcional entre las EPS-S que dispongan de cupos hasta el número de cupos disponibles en cada una de ellas.

Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado contarán con ocho (8) días hábiles para dar aviso y entregar la base de información de población asignada a las EPS-S que han tenido reemplazos por este mecanismo.

La Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado UPC´S, se reconocerá a las EPS-S a partir del primer día del mes siguiente a la fecha de entrega efectiva del carné al afiliado.

El reporte de la novedad de ingreso ante la BDUA se realizará en los términos y tiempos establecidos para el reporte de información de acuerdo con la normatividad vigente.

Artículo 88. Efectos en la operación derivados de la múltiple afiliación en el Régimen Subsidiado. Los siguientes efectos de la múltiple afiliación, de acuerdo a las causas que le den origen, se aplicarán para las contrataciones previas a la del 1º de octubre de 2009:

1. **Múltiple afiliación en una misma EPS-S.** En el evento de que el Ministerio de la Protección Social o el administrador fiduciario de FOSYGA, detecten múltiple afiliación en una misma EPS-S, se notificará a la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado y a la EPS-S, la cual deberá proceder a dejar una sola afiliación y eliminar las demás afiliaciones, efectuando la devolución de las respectivas UPC-S recibidas en exceso, conforme las reglas previstas en el Decreto-Ley 1281 de 2002, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar. De igual manera el municipio deberá informar del hecho a las autoridades de vigilancia y control.

   De igual manera, cuando las EPS-S dentro de los cruces que deben realizar al interior de su base de datos detecten la existencia de duplicados internos dentro de la misma EPS-S, deberán restituir los recursos correspondientes conforme las reglas previstas en el Decreto-Ley 1281 de 2002.

   Cuando la EPS-S no efectúe la devolución de las UPC-S en el caso en que se detecte múltiple afiliación en la misma EPS-S, dentro del plazo estipulado, la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado descontará este valor de los pagos futuros.

2. **Múltiple afiliación entre distintas EPS-S.** En el evento de que el Ministerio de la Protección Social o el administrador fiduciario de los recursos de FOSYGA detecten esta novedad en la base de datos posterior al inicio de la contratación, se validará la afiliación a la EPS-S que primero lo carnetizó y en el evento de que las fechas de carnetización coincidan se validará la afiliación a la EPS-S que demuestre la prestación efectiva de servicios de salud al usuario.

Una vez se determine la EPS-S que continuará a cargo del aseguramiento del afiliado, el municipio lo dará a conocer de manera inmediata a las EPS-S involucradas y a los afiliados. La UPC-S se reconocerá y pagará a la EPS-S no seleccionada hasta la fecha en que el municipio le notifique la suspensión o desafiliación del usuario, según corresponda.

3. **Múltiple afiliación al Régimen Subsidiado de Salud en diferentes entidades territoriales.** Cuando el Ministerio de la Protección Social, el administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA o el departamento detecten múltiples afiliaciones al Régimen Subsidiado de Salud en diferentes entidades territoriales, el Ministerio de la Protección Social notificará a las entidades respectivas, dejando como única afiliación la señalada en la última encuesta SISBEN. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado reportarán las novedades a las EPS correspondientes. Las UPC-S no se pagarán a partir de la fecha de notificación de las novedades.

   El Ministerio de la Protección Social definirá el mecanismo para la depuración de la multiafiliación en estos casos y la notificación al afiliado se realizará conforme a lo contemplado en el Código Contencioso Administrativo.

Artículo 89. Inconsistencias en la identificación de las personas. En aquellos eventos en que las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado detecten o les sean comunicadas inconsistencias respecto de la plena identificación de los afiliados, en los términos que para efectos de la identificación haya definido el Ministerio de la Protección Social, deberán, dentro de los diez (10) días siguientes a la detección o la comunicación, desarrollar las acciones necesarias para comunicar al afiliado los problemas detectados de tal manera que se pueda lograr la plena y correcta identificación del afiliado.

En los casos anteriores, el correspondiente municipio deberá, en observancia del debido proceso, solicitar al afiliado, los documentos que acrediten su correcta identificación, otorgando un plazo para la acreditación de los requisitos de identificación faltantes e informándole que transcurrido el plazo inicial, sin que el afiliado haya aportado lo requerido, se procederá a la suspensión de su afiliación, hasta por quince (15) días, mediante acto administrativo motivado y garantizando el debido proceso.

Pasado el plazo anterior sin que el afiliado comparezca a la presentación de dichos documentos, previa la garantía del derecho de defensa y con sujeción al debido proceso, se procederá a su desafiliación.

Dentro de este mismo trámite, el municipio solicitará a la EPS-S en la cual se encuentre la persona afiliada, los soportes de identificación de que disponga dicha entidad o los que para el efecto, les sean suministrados por el afiliado. Las EPS-S podrán solicitar al afiliado la exhibición de los documentos que lo identifiquen o que se requieran para la correcta identificación, y la EPS-S adoptará los mecanismos necesarios para conservar copia de dichos documentos.

Una vez en firme el acto que determine la desafiliación, el municipio procederá de manera inmediata a notificarlo a la respectiva EPS-S. A partir de la fecha de notificación, no se reconocerá la UPC-S por esa persona como tampoco existirá obligación de la EPS-S de garantizarle el POS-S.

Parágrafo 1. Los municipios podrán celebrar convenios o alianzas con su red prestadora de servicios, para la obtención al momento de la prestación de los servicios de salud, de los documentos que acrediten la identificación de los afiliados, sin que en ningún caso, la atención médica pueda condicionarse a la presentación de los documentos.

Parágrafo 2. Si dentro del proceso de desafiliación se logra la plena identificación del afiliado deberá reactivarse en la EPS-S a la que pertenecía inicialmente y dicha entidad no podrá negarse a recibirlo.

Artículo 90. Criterios auxiliares para efectuar la liquidación de contratos del Régimen Subsidiado de Salud en los eventos en que se presente múltiple afiliación. Respecto de los contratos de aseguramiento suscritos entre las EPS-S y las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado, previos a la contratación del 1º de octubre de 2009, se aplicarán las siguientes reglas, exclusivamente respecto de las personas que fueron detectadas con afiliación múltiple en el Sistema y siempre y cuando la responsabilidad de la misma no sea atribuible a la EPS-S.

Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado respecto de quienes se detecte que la afiliación de determinadas personas no se considere válida, desde el inicio del contrato o que deje de serlo en algún momento de la ejecución del mismo, deberán reintegrar en su totalidad el valor de las UPC-S pagadas durante los períodos en que se presentó la múltiple afiliación.

Sin embargo, cuando se trate de multiafiliación en el Régimen Subsidiado en diferente municipio o multiafiliación con el Régimen Contributivo, o con un régimen especial o de excepción, en cualquier caso, las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado reconocerán a estas EPS-S los siguientes gastos siempre y cuando se hayan realizado durante los períodos en que se presentó la multiafiliación y sin perjuicio del pago oportuno que conforme a las normas vigentes, haya debido efectuarse a la entidad administradora del Régimen Subsidiado, de las respectivas UPC-S.

a. Si la persona ya fue carnetizada en dicha EPS-S e incluida en los contratos de prestación de servicios, habrá lugar al reconocimiento a la EPS-S de un porcentaje de gastos administrativos que no podrá ser superior en ningún caso al 8% de las UPC-S recibidas por ese afiliado. Si el gasto administrativo por cada afiliado fue inferior al 8% de la UPC-S, la EPS-S deberá informarlo a la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado y solo se reconocerá el porcentaje efectivamente gastado por la EPS-S;

b. Por concepto de prestación de servicios de salud se reconocerán los servicios prestados al afiliado incluyendo la contratación de los mismos por capitación y el valor de la póliza para la atención de enfermedades de alto costo siempre y cuando dichos gastos se hayan reconocido y pagado. Estos gastos deberán ser acreditados por la EPS-S mediante la presentación de los documentos que los soporten; en los casos previstos en los literales anteriores, la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado que reconoce los gastos quedará subrogada en los derechos de la EPS-S para efectos de realizar el recobro a la entidad de aseguramiento del Régimen Subsidiado, del Régimen Contributivo, de regímenes especiales o a la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado que ha debido responder por los pagos realizados, o a las IPS en los casos en que tales IPS hayan recibido doble capitación por el mismo afiliado, hasta por un monto igual al reconocido por la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado. La entidad responsable del pago deberá pronunciarse sobre los recobros dentro de los 45 días siguientes a su presentación bien sea realizando el pago correspondiente o efectuando glosas que estén debidamente soportadas. En todo caso se pagará la parte no glosada.

En los casos de multiafiliación al Régimen Subsidiado en el mismo municipio no habrá lugar al reconocimiento de los gastos señalados en el literal a) del presente artículo pero podrá reconocerse lo previsto en el literal b) y aplicar lo previsto en el inciso anterior.

La Superintendencia Nacional de Salud dentro del ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control velará porque las entidades responsables de efectuar los reintegros a la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado los realicen de conformidad con lo previsto en los incisos anteriores.

En ningún caso el valor a reconocer por estos gastos, por parte de la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado, podrá ser superior a la sumatoria de las UPC-S de los afiliados multiafiliados de cada EPS-S.

Parágrafo. Se presumirá para todos los efectos legales que la EPS-S es responsable de la afiliación irregular cuando la múltiple afiliación se produce dentro de su misma entidad y en consecuencia la EPS-S, independientemente de las sanciones que procedan, deberá reintegrar a la Entidad Territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado los valores correspondientes a las UPC-S que haya recibido por concepto de la doble afiliación, en los términos establecidos en el Decreto-Ley 1281 de 2002, sin derecho a los reconocimientos de que trata el presente artículo.

CAPITULO XII

Disposiciones Finales

Artículo 91. Registro de afiliación de toda la población carnetizada. Una vez sea publicado el presente acuerdo, las EPS-S y Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado contarán con un máximo de un (1) mes para registrar la afiliación de la población carnetizada que aún no se encuentre en la BDUA. Durante este periodo, el reconocimiento de las UPC-S se realizará teniendo como único requisito indispensable la carnetización.

Vencido el plazo señalado la única población que se reconocerá como afiliada será la que se encuentre registrada en la BDUA en concordancia con lo dispuesto en el artículo 15 del presente Acuerdo.

Artículo 92. Transformación de subsidios parciales. De manera extraordinaria, las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado que cuenten con población de niveles I y II del SISBEN afiliados al Régimen Subsidiado como beneficiarios de

subsidios parciales y tengan disponibilidad de cupos de subsidios plenos, podrán hacer uso de estos liberando los subsidios parciales en la siguiente vigencia de contratación, que inicia el 1º de octubre de 2009. Para hacer uso de este mecanismo, las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado deberán informar al Ministerio de la Protección Social para su autorización a más tardar quince (15) días antes del inicio del siguiente período de contratación.

Artículo 93. Periodo excepcional en la contratación. De manera extraordinaria, por la implementación de las nuevas medidas de operación del Régimen Subsidiado con el propósito de garantizar la continuidad de la afiliación y dar cumplimiento a lo dispuesto en el Acuerdo 408, se establece un periodo excepcional de contratación, el cual inicia el 1° de octubre de 2009 y termina el 30 de marzo de 2010.

Artículo 94. Reasignación de cupos no utilizados. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado deberán informar al Ministerio de la Protección Social el número de cupos no utilizados para subsidios plenos y parciales por fuente de financiamiento, a más tardar cinco (5) días calendario, previos al inicio del período de contratación que comienza el 1° de octubre de 2009.

A partir de esta información y con los resultados del estudio previsto en el Acuerdo 408, la población carnetizada y el nivel de afiliación registrado en la BDUA, el Ministerio de la Protección Social realizará, teniendo en cuenta la aplicación legal de cada fuente de financiamiento del Régimen Subsidiado, una reasignación de cupos que permita financiar la continuidad de la afiliación para el período de contratación del 1 de octubre de 2009 al 31 de marzo de 2010, para la ampliación de cobertura o las demás necesidades de financiamiento del Régimen Subsidiado.

Las entidades territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado adicionalmente informarán al Ministerio de la Protección Social antes del 31 de enero de 2010 el monto de los recursos disponibles en caja a 31 de diciembre de 2009, correspondientes a cupos no utilizados, por fuente de financiamiento, que comprenderán tanto el capital como los rendimientos financieros causados hasta dicho corte, de acuerdo con las instrucciones que para tal efecto expida el Ministerio de la Protección Social.

Para los períodos de contratación subsiguientes, las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado deberán informar al Ministerio de la Protección Social el número de cupos no utilizados para subsidios plenos y parciales por fuente de financiamiento, tres (3) meses antes del vencimiento de cada período contractual para que se proceda a la reasignación de cupos, de conformidad con lo dispuesto en el presente artículo.

Artículo 95. Asignación extraordinaria de población elegible no afiliada. De manera extraordinaria, una vez se cumplan los plazos estipulados en el artículo 11 del presente Acuerdo y el Ministerio de la Protección Social ponga a disposición el listado nacional de población elegible, las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado asignarán la población elegible no afiliada a las EPS-S contratadas en su territorio con el siguiente procedimiento:

1. La Entidad Territorial dará aplicación al artículo 12 del presente Acuerdo de manera perentoria durante el mes siguiente.

2. La Entidad Territorial asignará los afiliados en el orden descendente en que aparecen en el listado de población elegible resultante de aplicar el numeral anterior, a más tardar dentro de los primeros diez (10) días calendario del mes de febrero de 2010, utilizando los mecanismos que garanticen la transparencia en la asignación y distribuyendo la población, de manera aleatoria entre las EPS-S inscritas, de conformidad con lo prescrito en el artículo 50 numeral 3 del presente Acuerdo, garantizando la permanencia en la misma EPS-S del núcleo familiar.

3. La Entidad Territorial entregará la base de información de población asignada a las respectivas EPS-S, dentro de los ocho (8) días siguientes al vencimiento del plazo señalado en el numeral anterior.

4. La población asignada se registrará en BDUA como novedad de afiliación de conformidad con la reglamentación vigente.

5. Las entidades territoriales y las EPS-S deberán, de manera conjunta, realizar las acciones necesarias para lograr la afiliación efectiva de la población asignada durante el periodo de contratación que inicia el día 1 de abril de 2010. La afiliación efectiva comprende: que el cabeza de familia diligencie y firme el Formulario Único de Afiliación y Traslados, firme el listado de conocimiento de los procesos de atención en salud y el recibido de su "Cartilla de Derechos y Deberes" y la Carta de Desempeño y reciba el carné de cada uno de los miembros de su núcleo familiar

6. La Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado UPC´S, se reconocerá a las EPS-S a partir del primer día de la vigencia contractual que inicia el 1º de abril de 2010.

7. Si finalizada la vigencia contractual, la EPS-S no logra la afiliación efectiva de la población, la Entidad Territorial deberá reportar en la BDUA el retiro de la población y descontar la totalidad de las UPC-S pagadas por esta población en la liquidación del contrato y la EPS-S deberá reintegrar dicho valor.

Parágrafo 1. El Ministerio de la Protección Social publicará el listado de las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado que pueden aplicar esta medida y el periodo en que podrán desarrollarla.

Parágrafo 2. La población asignada por este mecanismo goza de todos los beneficios del aseguramiento en salud por parte de las EPS-S a quienes fueron asignadas desde el 1° de abril de 2010.

Parágrafo 3. En ejercicio de la libertad de elección, la población que haya sido afiliada mediante este mecanismo podrá trasladarse de EPS en la siguiente vigencia contractual.

Artículo 96. Vigencia y derogaciones. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y deroga expresamente los Acuerdos 77, 244, 253, 258, 267, 273, 294, 300, 303, 304, 307, 330, 331, 343, 346 y 391, y las demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá, D. C., a los 29 MAYO DE 2009

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social
Presidente CNSSS

OSCAR IVAN ZULUAGA ESCOBAR
Ministro de Hacienda y Crédito Público

LEONARDO CUBILLOS TURRIAGO
Secretario Técnico CNSSS (E)

El presente Acuerdo se encuentra publicado en el Diario Oficial 47.476 del 18 de septiembre de 2009.

Impreso en el mes de febrero de 2010
en los talleres de Buenos & Creativos S.A.S.
1.000 ejemplares
Bogotá 2010. Colombia.

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
Carrera 13 No. 32-76 Piso 15
Teléfono: 330 50 00 Ext.: 1590
Línea de atención al usuario desde Bogotá: 330 5000 Exts.: 3380/81
Resto del país: 01 8000 910097
Página Web: www.minproteccionsocial.gov.co