



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

# Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud

Informe Final

Capítulo 10  
Procesos Especiales

Capítulo 11  
Relación Costo - Beneficio del Nuevo Modelo de  
Supervisión en el Sector de la Salud



Programa de Apoyo a la Reforma de Salud



## **CAPÍTULO 10**

<b>PROCESOS ESPECIALES</b>	<b>602</b>
<b>10.1 PROCESO: RED DE CONTROLADORES</b>	<b>602</b>
10.1.1 Aspectos Generales	602
10.1.2 Debilidades Detectadas	603
10.1.3 Naturaleza de las Debilidades	604
10.1.4 Solución Propuesta	604
10.1.5 tareas en el Modelo de IVC frente a las Redes de Controladores y al Comité Interinstitucional de Apoyo	606
10.1.6 Agentes Implicados	606
10.1.7 Instrumentos en que se Localiza la Solución Propuesta	607
10.1.8 Actuaciones de los Agentes en la Solución Propuesta	607
10.1.9 Procesos en la Solución Propuesta	612
<b>10.2 PROCESO: REGIMENES DE EXCEPCION</b>	<b>612</b>
10.2.1 Aspectos Generales	612
10.2.2 Debilidades Detectadas	613
10.2.3 Naturaleza de las Debilidades	614
10.2.4 Solución Propuesta	614
10.2.5 Tareas en el Modelo de IVC frente a los Regímenes de Excepción	615
10.2.6 Agentes Implicados	615
10.2.7 Instrumentos en que se Localiza la Solución Propuesta	615
10.2.8 Agentes y Procesos de la Solución Propuesta.	615
<b>10.3 PROCESO: Población Vinculada</b>	<b>616</b>
10.3.1 Aspectos Generales	616
10.3.2 Debilidades Detectadas	617
10.3.3 Naturaleza de las Debilidades	617
10.3.4 Propuesta de Solución	617
10.3.5 Tareas en el Modelo de IVC Frente a la Población Vinculada	620
10.3.6 Agentes Implicados	621
10.3.7 Instrumentos en que se localiza la Solución Propuesta	622
10.3.8 PROCESOS Y Actuaciones de los Agentes en la Solución Propuesta	622
<b>10.4 PROCESO : LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL MODELO DE IVC</b>	<b>622</b>
10.4.1 Aspectos Generales	622
10.4.2 Debilidades Detectadas	625
10.4.3 Naturaleza de las Debilidades	627
10.4.4 Propuesta de Solución	627
10.4.5 Tareas en el Modelo de IVC en la Participación Ciudadana	637
10.4.6 Agentes Implicados	637
10.4.7 Instrumentos en que se Localiza la Solución Propuesta	637
10.4.8 Agentes y Procesos de la Participación Ciudadana en la Solución Propuesta	637

## **CAPÍTULO 11**

<b>RELACION COSTO – BENEFICIO DEL NUEVO MODELO DE SUPERVISION EN EL SECTOR DE LA SALUD</b>	<b>642</b>
<b>11.1 ASPECTOS GENERALES</b>	<b>642</b>
11.1.1 INTRODUCCIÓN	642
11.1.2 Definición del Marco Metodológico	642
11.1.3 Características de la Inversión en la Supervisión	643
<b>11.2 CALCULO DE LOS COSTOS</b>	<b>646</b>
11.2.1 ASPECTOS GENERALES	646
11.2.2 Las Distorsiones de los Precios	646
11.2.3 Conclusiones	647
<b>11.3 DETERMINACIÓN DE LOS PRECIOS SOMBRA</b>	<b>648</b>
11.3.1 Factor de Conversión Estándar	648
11.3.2 Factor de Conversión de Productos y Materiales de Origen Nacional	649
11.3.3 Factor de Conversión de Materiales y Equipos de Origen Externo	650
11.3.4 Factor de Conversión de la Mano de Obra Calificada	650
11.3.5 Factor de Conversión de la Mano de Obra No Calificada	651
11.3.6 Resumen y Conclusiones	652
<b>11.4 CALCULO DE LOS BENEFICIOS</b>	<b>652</b>
11.4.1 ASPECTOS GENERALES	652
11.4.2 La Medición de las Menores Pérdidas para el Estado	653
11.4.3 . La Medición del Beneficio Social del Ahorro en Tiempos de Espera	654
11.4.4 El Valor del Tiempo de Espera Ahorrado	654
11.4.5 La Aplicación Práctica	658
<b>11.5 CÁLCULO DEL BENEFICIO POR SALVAMENTO DE VIDA O AUMENTO DE LOS AÑOS DE EXISTENCIA</b>	<b>660</b>
<b>11.6 FLUJOS DE COSTOS Y BENEFICIOS</b>	<b>661</b>
11.6.1 Indicadores Corto Plazo	661
11.6.2 Indicadores de Largo Plazo	662
<b>11.7 APROXIMACION A UNA ESTIMACION DE COSTO BENEFICIO</b>	<b>663</b>
11.7.1 Estimación de los Costos	663
11.7.2 Estimación de los Beneficios	665
11.7.3 Resumen	666

## CAPÍTULO 10

### procesos especiales

#### 10.1 PROCESO: RED DE CONTROLADORES

##### 10.1.1 ASPECTOS GENERALES

Tradicionalmente, en el sector de la salud, cuando se alude a la Red de Controladores se hace alusión al conjunto de entidades y agentes del Estado que, estando encargados de tareas de control en distintos campos y, dentro de ellos el de la salud, no tienen como función específica la de supervisar este sector. En el sentido señalado, dentro de la red se han reunido, principalmente, a la Contraloría General de la República y al Ministerio Público en cabeza de la Procuraduría General de la Nación y con la participación de la Defensoría del Pueblo.

La primera por cuanto sus funciones de ley la orientan al control de los recursos públicos, de tal manera que teniendo los correspondientes al sector de la salud tal carácter, forzosamente la CGR debe realizar una función fiscalizadora frente a los mismos. La segunda, por cuanto la PGN se encarga de vigilar las actuaciones de los funcionarios públicos, los mismos que participan en un número plural de procesos al interior del sector, en particular lo atinente al régimen subsidiado y a la salud pública y la Defensoría tiene como vocación institucional, como su nombre lo indica, la defensa de los intereses de los ciudadanos.

Dentro de la concepción tradicional a que se hace alusión se han incluido igualmente otros organismos del Estado como la Fiscalía General de la Nación en su función de judicializar a los ciudadanos que incurran en delitos de carácter penal o, incluso la misma DIAN como agente tributarios por excelencia en el país. Se podrían mencionar otras agencias cuyas actuaciones resultan incluso menos evidentes, pero que de alguna manera han sido comprometidas, básicamente en las circulares expedidas en el pasado por la SNS, con la Red de Controladores. Dentro de ellas están el DAS, el Ministerio de Comercio Exterior y otras, cuya inclusión se ha realizado bajo el simple prurito de que en algunos de los trámites relacionados con salud tienen una injerencia que, en realidad, no tiene distingo de las que realizan en general con los otros sectores económicos del país.

Aparte de la propia definición de las agencias que conforman la Red, se ha definido el objeto esencial como la coordinación entre las diferentes agencias a fin de mejorar los resultados del modelo de gestión de supervisión actualmente en práctica. En esta coordinación se definió como el agente central a la SNS. Incluso, en la práctica, se condujeron algunas acciones de la Red como las

denominadas Patrullas Voladoras que consistieron en la conformación de comisiones compuestas por miembros de las diferentes agencias que realizaban visitas a lugares específicos, buscando detectar la comisión de irregularidades y su penalización.

La visión planteada dentro de la propuesta difiere de la tradicional que ha sido expuesta de manera escueta. La diferencia fundamental radica en reconocer que las agencias que conforman la actualmente denominada Red de Controladores, tienen definidas sus funciones y los alcances de las mismas a través de instrumentos legales específicos, los cuales son lo suficientemente taxativos como para no requerir que las acciones sobre el sector de la salud se produzcan bajo la coordinación o iniciativa de un agente particular.

Es preciso no llamarse a engaño. Lo anterior no conduce a concluir que la acción de dichas agencias estatales no sea necesaria y procedente. Se trata, por el contrario, de reconocer que ellas no requieren del concepto de Red para realizar sus actuaciones y que los efectos que tendrían sobre el sector de la salud serían mucho más eficaces si se parte de los principios esenciales sobre los cuales se podría lograr instrumentar una acción más eficiente, basada en el conocimiento de la información obtenida por los agentes de supervisión propios del sector de la salud.

Por lo expuesto, la propuesta introduce una nueva concepción de la Red de Controladores, ésta realmente concordante con la articulación de agencias y agentes de control, mientras que a la acción con los organismos de vigilancia del Estado se le reconoce como un Comité Interinstitucional de Apoyo al Control como realmente corresponde con su naturaleza.

### **10.1.2 DEBILIDADES DETECTADAS**

En general, frente a la actualmente denominada Red de Controladores, el diagnóstico permitió evidenciar los siguientes:

- En sentido estricto, no se requiere del concepto de red de controladores para que los organismos fiscalizadores del Estado ejerzan sus acciones de vigilancia sobre los agentes que actúan dentro del sistema de salud, puesto que por mandato legal ellos tienen el encargo de realizarlo, cada uno dentro de las funciones y competencias que les han sido asignadas.
- Las acciones de los agentes que componen la red no poseen la articulación requerida, de manera que terminan convirtiéndose en acciones aisladas de cada uno de las entidades.
- Las “Patrullas Voladoras” tienen alcance es claramente limitado, por ser herramientas coyunturales de inspección.
- La operatividad de la Red de Controladores depende esencialmente de la información de que dispongan los organismos de control para ejercer su acción. Ante los conflictos de interés de las entidades territoriales, la inoperancia de las Contralorías Territoriales y las limitaciones en el accionar de la SNS y la CGR, no es posible disponer de tal información, con lo cual la Red de Controladores se convierte en una mera expresión de voluntad de buscar sinergias entre las diferentes agencias que son propias al sector de la salud y aquellas que son externas al mismo.

- No existen, de manera real, redes de controladores que articulen a las diferentes agencias de supervisión, propios del sector de la salud.
- No existen redes de controladores relacionadas con los agentes de control que, aún sin ser funcionarios públicos, sí ejercen esta clase de actividad y se convierten en coadyuvadores de la gestión de los agentes de supervisión del sector e, incluso, de los organismos de fiscalización del estado.

De esta manera los aspectos centrales a resolver se relacionan, en primer lugar, con la conformación de las redes de controladores, compuestas éstas por agentes y agencias propias del sector y, en segundo término, frente a los organismos fiscalizadores del Estado, en el suministro de información cierta y oportuna sobre irregularidades para que puedan desplegar su acción y se conviertan, efectivamente, en un apoyo en la supervisión del sector.

### **10.1.3 NATURALEZA DE LAS DEBILIDADES**

- De inexistencia de Redes de Controladores propias del sector de la salud.
- De ineficiencia de lo que actualmente se denomina Red de Controladores.
- De carencia de traslados de información.

### **10.1.4 SOLUCIÓN PROPUESTA**

En torno a los organismos de vigilancia del Estado, se distinguen con claridad los alcances de las tareas de cada uno de ellos y se invierten las prioridades en la conceptualización de las relaciones con los mismos: dentro del modelo actualmente en práctica se trata de apoyarse en las actuaciones de inspección que ellas puedan realizar y de la información que puedan aportar a los agentes supervisores del sector de la salud, a sabiendas que, dado el universo de control esta acción es limitada y, consecuentemente, con un alto grado de ineficiencia. Dentro de la propuesta que se plantea, sin desmedro de las inspecciones que los organismos de vigilancia del Estado puedan realizar, lo importante es la coordinación de la información desde el sector de la salud hacia tales organismos, en particular la Contraloría General de la República y la Fiscalía general de la Nación, de suerte que éstos puedan desplegar su acción sancionatoria y creen efectos disuasivos dentro del sector.

En el sentido planteado, una primera propuesta se relaciona con una nueva definición para la acción conjunta de las agencias y agentes de supervisión propios del sector con los mencionados organismos de vigilancia del Estado. Se trata ya no de la Red de Controladores, sino de un Comité Interinstitucional de Apoyo a la supervisión del sector, en donde el flujo de las acciones va desde el interior del sector de la salud hacia dichos organismos.

A su turno, las acciones al interior de dicho Comité Interinstitucional se diferencian de manera clara: por un lado se tiene las actividades investigativas y sancionatorias de la Contraloría General de la República (CGR) en el orden fiscal (esto es, en la utilización de los recursos públicos), de la

Procuraduría General de la Nación (PGN) en el orden administrativo (es decir, las actuaciones de los funcionarios públicos) y de la Fiscalía General de la Nación (FGN) en la comisión de delitos penales cualquiera que sea su naturaleza. Por el otro lado se consideran las acciones de las personerías y de la Defensoría del Pueblo con una participación activa en procesos críticos ya desarrollados como las actualizaciones del SISBEN, la selección de beneficiarios del régimen subsidiado y la atención de quejas y reclamos de la ciudadanía por irregularidades en la prestación de los servicios de aseguramiento o de salud.

En este nuevo escenario, frente a la CGR, la PGN y la FGN, el Comité Interinstitucional tiene como objeto la definición y, el posterior seguimiento, de la manera como se ha de trasladar la información de las irregularidades conocidas por los agentes de supervisión propios del sector a tales organismos y el seguimiento de las acciones tomadas y los resultados obtenidos.

Por su parte, en lo correspondiente a las personerías y a la Defensoría del Pueblo, se trata de coordinar sus acciones de apoyo a la supervisión que se debe realizar en el nivel local, de la manera como ha sido definido en los acápites precedentes. En particular, las manifestaciones de estas instituciones sobre los procesos reseñados, en los cuales participan, deben ser atendidas en el nivel local, en particular por las DDS, de manera que se conviertan en un bastión de su acción y proporcionen información que, además de ser de gran utilidad, tiene la característica de ser de muy bajo costo.

Por otra parte, la propuesta contempla la conceptualización de dos Redes de Controladores de carácter distinto, pero complementarias. De una parte se encuentra La Red de Controladores integrada por los organismos de control y, de otra, aquella conformada por los agentes de control. Como se ve, estas redes tienen la particularidad de estar conformadas por agentes y agencias propias del sector de la salud que deben coordinar sus acciones en procura de una supervisión eficaz.

Los organismos de control son entidades de carácter público a los cuales la ley les ha asignado funciones de inspección, vigilancia y control sobre el Sistema y el Sector. A su turno, los agentes de control son organismos o personas de naturaleza privada que, en virtud del principio de autoregulación y autocontrol, coadyuvan a los propósitos de la inspección, vigilancia y control y ejercen funciones de control o auditoría interna respecto de las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud o que en desarrollo de actividades de participación social o ciudadana, ejercen funciones de veeduría sobre algunos procesos a cargo de entidades vigiladas o de entes territoriales dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De esta forma, los organismos de control son:

- Ministerio de Salud.
- Superintendencia Nacional de Salud
- Entidades territoriales, dentro de las cuales están incluidas tanto los Departamentos, Distritos y Municipios, como las Direcciones de Salud correspondientes.



- Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos –INVIMA–
- Instituto Nacional de Salud.
- Tribunales de ética médica.

En cuanto a los agentes de control, ellos son:

- Revisorías fiscales
- Auditorías externas o Interventorías
- Auditorías Internas u Oficinas de control interno
- Organismos de participación ciudadana.

Las dos Redes de Controladores tienen como cabeza coordinadora y directriz a la SNS y desarrollarán sus actividades dentro de los lineamientos y marcos que éste les signe a través de los instrumentos idóneos para ellos.

#### **10.1.5 TAREAS EN EL MODELO DE IVC FRENTE A LAS REDES DE CONTROLADORES Y AL COMITÉ INTERINSTITUCIONAL DE APOYO**

De acuerdo con la propuesta planteada, la tarea fundamental es la definición, por parte de la SNS de las directrices y de los mecanismos de coordinación en las actuaciones de los integrantes de las redes de controladores y el liderazgo en la conformación y funcionamiento del Comité Interinstitucional de Apoyo al control del sector.

#### **10.1.6 AGENTES IMPLICADOS**

- Ministerio de Salud
- Superintendencia Nacional de Salud
- Direcciones Departamentales de Salud
- Direcciones Locales de Salud o Autoridades Municipales
- INVIMA
- INS
- Tribunales de Ética Médica
- Revisores Fiscales
- Auditorías Externas
- Oficinas de Control Interno
- Participación Ciudadana
- Contraloría General de la República
- Procuraduría General de la Nación
- Fiscalía General de la Nación

- Defensoría del Pueblo
- Personerías

### **10.1.7 INSTRUMENTOS EN QUE SE LOCALIZA LA SOLUCIÓN PROPUESTA**

- Ley 715
- Reglamentación de la Ley 715
- Circulares de la SNS.

### **10.1.8 ACTUACIONES DE LOS AGENTES EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA**

#### **A. Agencias Propias del Sector Salud**

##### **Ministerio de Salud.**

Es el organismo encargado de formular las políticas de salud según las directrices del Gobierno Nacional, dentro del cual participan en esta materia la Presidencia de la República, los Ministerios de Hacienda y Crédito Público, y Trabajo y Seguridad Social. En ejercicio de sus competencias legales, el Ministerio ejerce funciones de regulación, dirección y coordinación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como la ejecución de políticas y acciones de salud pública, en concurso con las entidades territoriales.

##### **Superintendencia Nacional de Salud.**

Es el ente rector del Sistema General de Inspección, Vigilancia y Control. En tal virtud, le corresponde establecer las reglas mínimas que deben aplicar los organismos y agentes de control en el desarrollo de esta clase de funciones, así como, llevar a cabo la organización, dirección, coordinación y evaluación de la inspección, vigilancia y control. Para tales efectos, además de las acciones directas que realice en relación con las entidades vigiladas, articulará y coordinará a todos los organismos y agentes de control en el ejercicio de las funciones en la materia.

##### **Departamentos.**

Su principal función es servir de enlace de la Superintendencia Nacional de Salud con los entes municipales para la coordinación de funciones de inspección, vigilancia y control sobre el Sistema y el Sector y la evaluación de resultados obtenidos en desarrollo de las mismas. Por su parte, los Departamentos vigilarán que los municipios de sus respectivas jurisdicciones utilicen los recursos para la salud de acuerdo con las prescripciones legales o reglamentarias que establecen su destinación. Esta vigilancia podrá ser ejercida en forma directa o a través de auditorías externas, las cuales serán contratadas por el Departamento Nacional de Planeación a requerimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, cuando esta entidad verifique la existencia de condiciones inadecuadas para el ejercicio directo de estas funciones por las entidades municipales, en los términos previstos en el artículo 60 de la Ley 715 de 2001.

En adición, los Departamentos deberán hacer especial seguimiento a los procesos de actualización del SISBEN para la efectiva afiliación de la población más pobre y vulnerable, velando porque la selección se realice dentro de criterios de objetividad e imparcialidad. La realización de estas actividades debe adelantarse con el concurso de las organizaciones de veeduría ciudadana y las personerías municipales.

### **Municipios.**

De acuerdo con las directrices que fije la Superintendencia Nacional de Salud y bajo la coordinación de los Departamentos, los municipios deberán ejercer la interventoría sobre los contratos del régimen subsidiado y la inspección, vigilancia y control de las instituciones que prestan servicios de salud en su territorio. Para tales efectos, los municipios deben establecer procedimientos de evaluación del trámite de las quejas y peticiones presentadas por los afiliados o usuarios ante a los prestadores de servicios de la localidad y a lograr una respuesta suficiente y oportuna de las mismas. En la ejecución de sus funciones, deberán informar a la Superintendencia y demás autoridades competentes, sobre el incumplimiento de las normas por parte de los prestadores de servicios y por las entidades involucradas en los contratos de aseguramiento del régimen subsidiado, así como en el manejo de tales recursos.

### **Distritos.**

Los Distritos deben ejercer las mismas funciones de inspección, vigilancia y control sobre el Sistema y el Sector que han sido atribuidas por la ley a los Departamentos y Municipios, con excepción de aquellas relativas a la función de enlace e intermediación que realizan los Departamentos entre los Municipios y la Nación.

### **Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA.**

El Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA, desarrolla las funciones establecidas en la ley 100 de 1993, el Decreto 1290 de 1994 y demás normas complementarias. Es el ente encargado de ejecutar las políticas en materia sanitaria y de control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales homeopáticos y los generados por la biotecnología, reactivos de diagnóstico, así como los demás productos que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva.

En concurso con las entidades departamentales y municipales, el INVIMA expide los registros y licencias sanitarias de los productos enumerados anteriormente y de las empresas encargadas de su producción, importación o comercialización.

### **Instituto Nacional de Salud**

El Instituto Nacional de Salud es la autoridad técnico científica nacional en salud, desarrolla las funciones establecidas en el Decreto 1291 de 1994 y tiene a su cargo la responsabilidad de actuar

como laboratorio de referencia nacional y, en tal virtud, coordinar técnicamente la red nacional de laboratorios de salud pública, en las áreas de su competencia.

En ejercicio de esas funciones, tiene a su cargo las siguientes tareas: i) participar en la planeación, desarrollo y articulación de los sistemas de información en salud y vigilancia epidemiológica, en coordinación con el Ministerio de Salud, las entidades territoriales y demás órganos del Sistema, ii) coordinar, asesorar y supervisar la red nacional de laboratorios y servir como laboratorio nacional de salud y de referencia, y iii) en coordinación con el Ministerio de Salud definir estrategias, impulsar y coordinar los planes y programas de transferencia de tecnología y de asistencia médica para la red nacional de laboratorios.

## **B. Agentes de Control propios del Sector Salud**

### **Revisorías Fiscales**

Las Revisorías fiscales son órganos de control de las entidades promotoras de Salud, designadas por la asamblea de accionistas o el órgano competente y cumplen con las funciones establecidas en el artículo 207 del Código de Comercio. Las funciones de la revisoría fiscal se enfocan al control de las operaciones de la empresa, para verificar su sujeción a las normas legales o las decisiones de los órganos de dirección y administración; a informar a estos órganos sociales sobre las irregularidades encontradas en el funcionamiento de la sociedad; a colaborar con las entidades gubernamentales de control y rendirles los informes necesarios; a velar porque se lleve adecuadamente la contabilidad de la sociedad y los libros y documentos correspondientes; a inspeccionar los bienes de la sociedad para correcta conservación y custodia; a impartir las instrucciones y hacer las visitas necesarias para mantener un control permanente de los bienes sociales; a autorizar los balances de la entidad con su informe o dictamen correspondiente y a convocar a los órganos sociales cuando lo estime necesario.

La revisoría fiscal está constituida como un órgano auxiliar de los organismos gubernamentales de control, en virtud de las funciones de auditoría externa que realiza en las empresas respectivas y de la independencia y autonomía de que goza en el ejercicio de sus funciones. Estas características determinan que las labores que llevan a cabo las revisorías fiscales se conviertan en instrumento fundamental de las funciones de inspección, vigilancia y control del Estado, tanto por la información que obtienen en el ejercicio de sus actividades, como por los correctivos que toman para el saneamiento de irregularidades o prácticas indeseables al interior de la empresa. La gestión de la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las demás entidades integrantes de la Red de Controladores, debe nutrirse de la información de las revisorías fiscales y de los resultados obtenidos en el desarrollo de sus actividades.

### **Auditorías Externas o Interventorías.**

Las auditorías externas o interventorías son empresas o personas que también desarrollan actividades de monitoreo e inspección al interior de las entidades vigiladas, pero no cumplen funciones asignadas por la ley, sino que ejecutan aquellas actividades para las cuales han sido especialmente contratadas. De tal manera que, el marco de sus actividades está definido por los

términos del contrato que hayan celebrado respecto de la entidad que inspeccionen, pero su función también resulta un insumo fundamental para los organismos estatales de control, tanto en la información que recopilen en la ejecución de sus actividades, como en los resultados obtenidos o en las recomendaciones que presenten en el curso de sus actuaciones. Adicionalmente, las auditorías externas también gozan de autonomía e independencia, pues su vinculación con la entidad objeto de inspección es básicamente contractual, no laboral y esto determina que sus actividades se realizarán según sus propios procedimientos y en las áreas en las que se acordó adelantar.

### **Auditorías Internas u Oficinas de Control Interno**

Las auditorías internas son dependencias de las entidades vigiladas que cumplen funciones de control interno sobre el desarrollo, ejecución y eficacia de los procedimientos y actividades al interior de la empresa. Sus funciones son también de monitoreo e inspección y están determinadas fundamentalmente por las directrices de la empresa a la que pertenecen, expresadas a través de manuales de funciones, manuales de procedimientos o instructivos internos expedidos bajo cualquier otra denominación, pero de aplicación general en el ámbito empresarial.

La información que recogen las auditorías internas constituye un insumo fundamental para el mejoramiento de procedimientos y prácticas empresariales y para la detección de situaciones irregulares al interior de las empresas. La función de control interno es responsabilidad de la administración de la sociedad o empresa y corresponde a dicha administración implantar las políticas y procedimientos de control interno de la entidad respectiva, así como adoptar las medidas necesarias cuando se encuentre evidencia de prácticas ilegales o perjudiciales para la empresa. La función de control interno no debe limitarse a ajustar las operaciones y procedimientos de la empresa a las normas legales, sino que debe incluir la evaluación de alternativas y adopción de medidas que mejoren la eficiencia y resultados de la entidad.

La auditoría interna coadyuva la función de las entidades gubernamentales de control en la medida en que constituye una primera instancia de seguimiento y monitoreo al interior de las empresas y cuando es realizada en forma efectiva puede proporcionar herramientas importantes para la buena marcha de las entidades, así como información y resultados importantes para el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control.

### **Formas de Participación social en el control.**

Las formas de participación social se establecen en el Decreto 1757 de 1994 y tienen como propósito que las personas naturales o jurídicas participen a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud. Constituyen una forma de control a la gestión de los agentes involucrados en el Sistema y, principalmente de las empresas promotoras de salud y de los prestadores de servicios de salud. Al mismo tiempo, es una forma de participar en la gestión de esas entidades y en el diseño de políticas que permitan el control social en todas las instancias del Sistema, en especial, en el nivel descentralizado. Los principales agentes que se conforman para ejercer las distintas formas de participación social son los siguientes:

- **Comités de Participación Comunitaria COPACOS.** Son organismos colegiados de carácter municipal o local, en los cuales participan tanto autoridades públicas, como representantes de distintos grupos de usuarios, con funciones legales dirigidas a la participación en la definición de programas y proyectos en salud, así como, en el control de la prestación de servicios en salud y en la destinación y aplicación de las diferentes fuentes de financiamiento para salud. En términos legales, constituyen un apoyo esencial a las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema en el nivel local, con facultades legales para convocar y solicitar explicaciones a los funcionarios públicos que laboran en la respectiva entidad territorial para que aclaren aspectos atinentes al ejercicio de sus funciones, que los Comités consideren pertinentes.
- **Alianzas o Asociaciones de Usuarios.** Son agrupaciones de usuarios del Sistema, pertenecientes a los regímenes contributivo y subsidiado, cuyas funciones legales están encaminadas a la defensa de los derechos de los usuarios y al seguimiento en la calidad de los servicios de salud, las cuales son ejercidas como representantes de los usuarios ante las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud. Constituyen una forma de control institucional a estos agentes del Sistema y de canal de comunicación entre los usuarios y tales instituciones, así como en la adopción de mecanismos que permitan una mayor garantía para el ejercicio de los derechos de los usuarios y la efectiva atención de sus peticiones. En términos legales, representan un apoyo para las funciones de inspección, vigilancia y control a las empresas promotoras de salud y a las instituciones prestadoras de servicios de salud, especialmente en la atención y garantía de los derechos de los usuarios.

#### **Comités de Ética Hospitalaria.**

Son organismos colegiados que ejercen sus funciones en las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, en los cuales participan tanto funcionarios de dichas instituciones, como representantes de distintos grupos de usuarios. Sus funciones legales están dirigidas a promover la adopción de programas y proyectos en salud, a servir de canal de comunicación entre los usuarios y la respectiva institución y a garantizar la existencia de mecanismos de atención de peticiones de los usuarios al interior de tales instituciones. En términos legales, constituyen un apoyo para las funciones de inspección, vigilancia y control de las instituciones prestadoras de servicios de salud, en especial, en la garantía a la atención de los servicios en salud.

#### **C. Consejo Interinstitucional de Apoyo al Control.**

Las actuaciones de los organismos del Comité Interinstitucional de Apoyo son aquellas que les han sido atribuidas por ley.

## 10.1.9 PROCESOS EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Los procesos de la solución propuesta en la coordinación de tareas de la red de controladores han sido suficientemente expuestos a los largos del presente documento, por lo que no se considera conveniente repetirlos en esta sección.

## 10.2 PROCESO: REGIMENES DE EXCEPCION

### 10.2.1 ASPECTOS GENERALES

La ley 100 de 1993 determinó, con razones que no resultan muy claras en algunos casos, la existencia de algunos regímenes que constituyen una excepción al SGSSS, de donde se deriva su nombre de regímenes de excepción. Por su parte, la ley 715 estableció, como una de las competencias de los departamentos, “ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y **en los regímenes de excepción** definidos en la Ley 100 de 1993” (negrilla no es del original); esta competencia debe desarrollarse atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia.

Esta aparente contradicción entre los dos instrumentos legales citados se resuelve al percatarse que la ley 715 considera un marco más amplio que la ley 100 al propender porque el marco de supervisión se realice sobre el conjunto del sector de la salud y no simplemente sobre el SGSSS. De esta manera, la primera de las leyes citadas ha incorporado a las obligaciones de supervisión a los regímenes excluidos, desde una óptica muy particular, al hacerlo a partir de las competencias de los departamentos.

Ahora bien, es claro que los regímenes de excepción o excluidos, como suele denominárseles, tienen características particulares que los separan del conjunto del SGSSS. En primer lugar, en lo que corresponde a su financiamiento, éste proviene de fuentes distintas a las del SGSSS en general, dependiendo, esencialmente, de las apropiaciones que para tal efecto se realicen en el presupuesto nacional. En segunda instancia, en lo que se refiere al aseguramiento, tampoco participan estos regímenes de la competencia regulada bajo la cual se funda el sistema, sino que corresponden a organizaciones con clientela cautiva que no participan el mercado buscando atraer nuevos afiliados, sino que ya disponen de ellos en el universo particular que cobijan delimitado por la vinculación laboral o por la definición del gremio a que corresponden. Finalmente, en el campo de la prestación es en donde, quizás tienen una mayor semejanza con el conjunto del sistema aunque no de manera íntegra; en efecto, en aquellos casos en que tales regímenes acuden al conjunto de prestadores del sistema, se asemejan al mismo en el sentido de propiciar la mejor atención, en lo referente a la calidad de prestación a sus usuarios. No obstante, debe señalarse que, incluso, algunos de los regímenes en comento, como las fuerzas militares cuentan con redes de prestadores.

De la manera señalada, los regímenes de excepción constituyen una suerte de modelo de carácter corporativista con clientela cautiva y con mecanismos de financiación independientes a los del

SGSSS. En el sentido propuesto, son auto referentes, se auto-regulan, tienen sus propios organismos de regulación. En el caso Magisterio es un contrato vigilado por los beneficiarios, y elaborado por un Consejo en donde participa el Ministerio de Educación, el Ministerio de Hacienda y el Sindicato. En el caso ECOPETROL su regulación es un pacto colectivo y una convención colectiva, donde conciertan empleador y trabajadores, vigilado por sus beneficiarios. En el caso de las Fuerzas Militares y Policía Nacional el sistema de salud está regulado por un Consejo Superior donde participan las jerarquías superiores, el personal de retiro y trabajadores, y es controlado por todas las instancias de control de todas las fuerzas, y por la inspección general de las Fuerzas Militares.

Es decir que se trata de casos en los cuales predominan los mecanismos de autocontrol, ya sea por la fortaleza en el manejo de negociaciones colectivas que garantizan los derechos de los grupos de trabajadores, o bien, por la especial función que cumplen los servidores dentro de las funciones del Estado, como es el caso de las Fuerzas Armadas, frente a las cuales la ley, con buen criterio impone condiciones especiales.

Más allá de las consideraciones anteriores, durante los debates correspondientes a la ley 715 se planteó la necesidad de reconsiderar la conveniencia de mantener a ECOPETROL y al Magisterio (aparte de las Universidades que fueron autorizadas de manera reciente) como regímenes excluidos. De igual manera se propuso que se diera la oportunidad a que tales regímenes se convirtieran en aseguradores y que compitieran con el resto de instituciones, dando a sus usuarios actuales las posibilidades de acceder a nuevos servicios si así lo decidían. No obstante, el legislador no consideró esta propuesta y la ley 715 ni dispuso una nueva conformación en este frente ni la obligatoriedad de conversión en aseguradores de tales regímenes, sino que buscó controlarlos a partir de las competencias otorgadas a los departamentos ya comentadas.

Ahora bien, es claro que los elementos de control sobre los regímenes excluidos, en particular lo correspondiente al financiamiento, se encuentran dentro del ámbito de la Contraloría General de la República, como quiera que el mismo se concreta esencialmente a apropiaciones fiscales. Por su parte, En el caso del aseguramiento se cuenta con elementos de autocontrol de los mismos afiliados quienes imponen unas condiciones elevadas de atención, propias de las negociaciones colectivas de los sindicatos con sus empleadores, ejerciendo acciones para la garantía de sus derechos, bajo la misma línea de negociación sindical. Por su parte, en la prestación de servicios, deben compartirse los mismos criterios de control que frente a los demás prestadores del país, a fin de que los usuarios, al menos en lo que se refiere a este campo, sean tratados con el mismo rasero.

En este marco es preciso definir con claridad el alcance de las labores de supervisión de las agencias encargadas de esta actividad al interior del SGSSS y de los organismos de control del Estado.

### **10.2.2 DEBILIDADES DETECTADAS**

- No se realiza una verificación adecuada de los aportes a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA, por parte de los regímenes excluidos. Lo anterior no significa que tal aporte no se realiza, sino que no se verifica la justeza de la contribución realizada.



- No se dispone de información acerca de los prestadores de servicios propios de algunos regímenes excluidos, en particular las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.
- No se dispone de información acerca del tratamiento dados por los regímenes excluidos a las quejas de sus usuarios frente a la atención que reciben de los prestadores que conforman la red de los mismos.
- No se realiza supervisión sobre el aseguramiento de los regímenes de excepción

### **10.2.3 NATURALEZA DE LAS DEBILIDADES**

- De definición de los campos de supervisión y de autocontrol
- De información

### **10.2.4 SOLUCIÓN PROPUESTA**

Como se planteó, la solución pasa por definir, con claridad, el alcance de las labores de supervisión de las agencias encargadas de esta actividad al interior del SGSSS y de los organismos de control del Estado, así como de los campos que corresponden de manera específica al autocontrol de los regímenes de excepción y en los cuales, por la naturaleza de estos regímenes no debe haber injerencia de las agencias de supervisión propias del SGSSS.

En primer lugar, no parece conducente pensar que la SNS o cualquiera de los agentes territoriales de supervisión tenga la capacidad de realizar una vigilancia sobre la manera como se ejecutan los recursos públicos que son entregados desde el presupuesto nacional para el financiamiento de estos regímenes. Esta labor debe ser desarrollada por la Contraloría General de la República en el ejercicio y cumplimiento de sus funciones. En este campo, la función particular que deben cumplir los gestores del modelo de supervisión del SGSSS se relaciona con la vigilancia que deben ejercer sobre el pago del punto porcentual del ingreso base de sus cotizantes a la subcuenta de solidaridad de FOSYGA.

En cuanto a lo que corresponde al aseguramiento, éste debe dejarse, básicamente, a los procesos de autocontrol de cada uno de los regímenes, en la medida en que, como se planteó, éstos son modelos de corte corporativista y, en tal sentido, autoreferentes. De esta manera la vigilancia que se debe llevar a partir del orden departamental debe ceñirse al conocimiento de las bases de datos de los afiliados, la red de prestadores y los planes de salud que se otorgan a los diferentes usuarios, así como al seguimiento de las quejas.

Finalmente, en lo que respecta a la prestación, se considera que con la aplicación del modelo de gestión de supervisión planteado para la prestación de los servicios (Capítulo 6) en general, se señala el conjunto de elementos que debe cobijar la prestación en los regímenes excluidos, incorporando dentro de tales medidas a los prestadores propios de esos regímenes.

Lo anterior significa que ni la SNS ni los otros agentes de control deben participar en la supervisión del financiamiento (excepto por la contribución a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA); en el aseguramiento deben tener una injerencia orientada a lo fundamental, sin atentar contra la autoregulación de los regímenes de excepción y que, en lo correspondiente a prestación, se debe hacer extensivo el modelo de gestión planteado para los prestadores.

#### **10.2.5 TAREAS EN EL MODELO DE IVC FRENTE A LOS REGÍMENES DE EXCEPCIÓN**

De la manera señalada las tareas a acometer con respecto a los regímenes de excepción son las siguientes:

- Definición del esquema de control de los aportes a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA.
- Aplicación del modelo de gestión de supervisión

#### **10.2.6 AGENTES IMPLICADOS**

- Regímenes de Excepción
- Direcciones Departamentales de Salud
- Superintendencia Nacional de Salud
- FOSYGA

#### **10.2.7 INSTRUMENTOS EN QUE SE LOCALIZA LA SOLUCIÓN PROPUESTA**

- Ley 715
- Mecanismos de control a los aportes a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA
- Gestión de supervisión de la prestación de servicios

#### **10.2.8 AGENTES Y PROCESOS DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA.**

Las actuaciones de los agentes, así como los procesos de la solución propuesta corresponden de manera similar a los ya planteados en los capítulos correspondientes, por lo que no es necesario repetirlos.

El caso de los aportes a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA fue tratado en el acápite 5.1 (Generación de Recursos del Régimen Subsidiado). A su turno el modelo de gestión de la supervisión ha sido desarrollado en diversos acápites del capítulo 7 (Organización, Indicadores, Transparencia, Quejas y Reclamos, autoregulación y autocontrol).

## 10.3 PROCESO: POBLACIÓN VINCULADA

### 10.3.1 ASPECTOS GENERALES

Como ha sido señalado, el sistema de salud en Colombia ha sido organizado bajo los principios fundamentales de universalidad, equidad y calidad en los servicios. Con lo anterior el propósito esencial es que el conjunto de la población colombiana tenga acceso a los servicios de salud, sin distinción de ninguna naturaleza. Este esquema, ha definido la existencia de dos regímenes diferenciados por la capacidad de pago de la población: en el primero, el contributivo, deben afiliarse las capas de la población con mayores ingresos y con capacidad de pago; al segundo, el subsidiado, deben pertenecer todos aquellos pobladores cuyo nivel de ingresos no les permite el pago de una contribución por la seguridad social. La idea se redondea con la universalidad de la afiliación dada por la consideración de que todos los habitantes del país deben pertenecer a uno u otro régimen, proceso que, en principio debía ser culminado en el 2001.

No obstante, dadas las circunstancias de desaceleración económica del país, la meta de afiliación del conjunto de la población no fue cumplida dentro del plazo inicialmente previsto. Ello significa la existencia de capas de pobladores que no disponen de recursos para pertenecer al régimen contributivo y que, por razones de índole presupuestal, no se encuentran aún afiliados al régimen subsidiado, pero frente a los cuales el Estado mantiene la obligación de proporcionar los servicios de salud que requieren. A esta población se le ha denominado con el rótulo de vinculada.

Ahora bien, las fuentes de recursos para financiar la atención de los servicios de salud de la población vinculada tienen su origen en el presupuesto nacional y en los recursos que por esfuerzo propio (incluyendo las rentas cedidas) recauden las entidades territoriales para este propósito.

En este aspecto se debe tener en cuenta que dentro del espíritu de los distintos instrumentos legales que rigen el sector de la salud se encuentra como principio fundamental que la población vinculada sea un segmento cada vez menor, privilegiándose el enfoque de subsidio a la demanda a través de la búsqueda de que la cobertura del régimen subsidiado sea cada vez mayor hasta lograr la meta de la universalidad en la afiliación. De esta manera la ley 715 ha planteado un sistema de transición prohibiendo, justamente, que se propenda por una cada vez mayor afiliación al régimen subsidiado y por el languidecimiento del subsidio a la oferta, concretado en la atención a la población vinculada.

De la manera planteada, se presentan cuatro elementos fundamentales sobre los cuales se debe dirigir la gestión de la IVC en lo que corresponde a la población vinculada, de la siguiente manera:

- Distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones y de los provenientes de esfuerzo propio para atención a la población vinculada.
- Pago, por parte de las entidades territoriales a las instituciones prestadoras de servicios por la atención de la población vinculada.
- Verificación de la atención y de la calidad de la misma otorgada a la población vinculada por parte de las IPS.

- Verificación de la justeza de la condición de población carente de recursos de quienes obtienen atención de servicios de salud en condición de población vinculada.

### **10.3.2 DEBILIDADES DETECTADAS**

Aparte de las debilidades del sistema de supervisión que han sido referidas para la distribución y el flujo de recursos del régimen subsidiado y que son aplicables de manera general a la atención de la población vinculada, de manera general las debilidades detectadas en relación con ésta radican en los siguientes aspectos:

- No existe un proceso de supervisión eficiente en cuanto a la distribución y asignación de recursos de subsidio a la oferta. Así como la generación, distribución y flujo de recursos del régimen subsidiado presenta falencias, en el campo de la atención a la población vinculada se verifica la misma circunstancia.
- No existe un proceso de supervisión acerca de la exactitud de los pagos, ni la oportunidad de los mismos que se realizan a las IPS por la atención de la población vinculada.
- No existe verificación en la prestación misma dada a la población vinculada, ni en lo que respecta a la calidad de la misma.
- No existen instrumentos de verificación acerca de la condición de población vinculada, es decir, que efectivamente carezcan de recursos para pertenecer al régimen contributivo, de quienes reciben atención de servicios de salud en esta calidad

### **10.3.3 NATURALEZA DE LAS DEBILIDADES**

- De carencia de una sistema de gestión de la supervisión
- De coordinación de actividades
- De imposición de sanciones.

### **10.3.4 PROPUESTA DE SOLUCIÓN**

Desde su propia enunciación es posible verificar que cada uno de los aspectos esenciales, relacionados con la gestión de la IVC en torno a la población vinculada, tienen componentes similares a procesos ya desarrollados para los regímenes contributivo y/o subsidiado

#### **10.3.4.1 Distribución y Aplicación de Recursos**

De esta manera, en lo que corresponde a la asignación de recursos para atención de la población vinculada por parte de las entidades territoriales, la propuesta es altamente similar a la realizada con ocasión de la distribución y flujo de recursos del régimen subsidiado. En otras palabras el modelo de gestión de IVC propuesto implica la ejecución de los municipios de la distribución general de los recursos y, dentro de ellos, los correspondientes a la atención de la población vinculada.

El proceso de supervisión de esta ejecución de los recursos correspondientes a la atención de la población vinculada debe ser desarrollado esencialmente por el nivel departamental, a través de los mismos procesos y los mismos mecanismos que fueron propuestos para el caso ya enunciado del régimen subsidiado. Para tal efecto el instrumento esencial es el cumplimiento de la ley 715 en cuanto a los montos límites que se deben aplicar a dicha atención, bajo la filosofía de fortalecimiento del régimen subsidiado y de languidecimiento de la población vinculada.

Alternativamente (y, obligatoriamente, para el caso de los departamentos creados a partir de la Constitución Política de 1991), la supervisión debe ser realizada por auditorías externas, especialmente contratadas para el efecto; estas alternativas no son excluyentes con la supervisión a cargo de los departamentos y deben ser consideradas en aquellos casos en los cuales se compruebe que la gestión departamental no es eficiente, de acuerdo con dictamen proferido por la SNS.

#### **10.3.4.2 Pago de los Servicios Proporcionados a la Población Vinculada**

También en este aspecto se encuentra un proceso similar a uno ya desarrollado para el caso de las funciones de aseguramiento y prestación. Por lo tanto, la propuesta estriba en repetir ese mismo procedimiento para el caso del pago de los servicios prestados a la población vinculada, teniendo en cuenta que, en este caso, el agente pagador no es la aseguradora, sino la entidad territorial, la cual actúa, por así decirlo, como la aseguradora de la población vinculada.

La idea esencial, como se recordará, consiste en definir unos procedimientos para la presentación de las facturas por parte del prestador, en este caso, únicamente por la prestación de servicios y en establecer unos mecanismos de pago que aseguren el flujo de caja de quien realiza el cobro, para impedir que se produzcan demoras injustificadas en el nivel local para la realización de los pagos. Igualmente se establece un procedimiento para la realización de las objeciones y la respuesta a las mismas sobre la factura inicialmente presentada.

El proceso de ejecución se realiza, esencialmente por el nivel municipal y la supervisión corre a cargo de las direcciones departamentales de salud, todo bajo la orientación y dirección de la SNS. En los casos en que se presenten conflictos de interés es necesario acudir a las auditorías externas como el instrumento que permite enervar esta circunstancia.

#### **10.3.4.3 Verificación de la Calidad en la Atención y en la Prestación del Servicio**

Nuevamente se trata de un aspecto cuyos elementos fundamentales han sido desarrollados a lo largo del capítulo dedicado a la gestión de la IVC de la prestación de servicios. Teniendo claro que, dados los principios esenciales del sistema, la calidad en la atención y en la prestación de los servicios debe ser idéntica para el conjunto de la población, sin distinguir de la condición de la misma, el proceso de IVC sobre la prestación de la población vinculada no debe sufrir alteraciones.

Conviene, eso sí, advertir acerca de los posibles conflictos de interés que puedan presentarse cuando es el departamento quien debe realizar las labores de IVC sobre prestadores que se encuentran dentro de su propia red. En este caso caben dos posibles alternativas, como ha sido ya definido: en

primer lugar, teniendo conciencia del conflicto de interés y buscando la solución a esta circunstancia al interior de la misma organización departamental, es posible precaver jerarquía entre quienes se encargan del manejo de la red pública y quienes desarrollan las labores de IVC; de manera análoga a como ocurre frecuentemente en el sistema financiero, se trata de establecer una suerte de murallas chinas (“fire walls”) que delimiten las responsabilidades de los agentes y permitan que cada uno de ellos se desempeñe libremente en el campo particular que le compete.

Esta solución tiene la ventaja de involucrar un mínimo de costos, pero tiene la obvia desventaja de la dificultad de definir las murallas chinas planteadas, máxime cuando se trata de organizaciones administrativas con recursos limitados. Con ello se estaría incurriendo en un peligro latente acerca de que efectivamente se presenten los conflictos de interés y que los funcionarios no tengan incentivos para desarrollar una IVC de la manera requerida sobre una red de prestadores que está bajo su propia responsabilidad. Ello, a su turno, propiciaría la existencia de comportamientos oportunistas de los agentes vigilados, en desmedro de la calidad de los servicios.

La segunda alternativa consiste en recurrir, nuevamente, a agentes externos que tengan la capacidad de separar, con la claridad requerida, las labores de manejo de la red pública y su comportamiento de aquellas relacionadas con la verificación de que dicha red está prestando los servicios de salud, tanto a la población vinculada como a los demás habitantes, de la manera debida.

Esta alternativa tiene la ventaja de permitir separar al ejecutor del supervisor, pero presenta la desventaja de ser notablemente más costosa que la precedente.

#### **10.3.4.4 Verificación de la Real Condición de Población Vinculada**

El cuarto elemento a definir en torno a la población vinculada es la verificación acerca de la real condición de población pobre y vulnerable no afiliada al régimen subsidiado de quien recibe el servicio en esta calidad.

Esta circunstancia es agravada por el hecho de que el desarrollo normativo del sector de la salud ha propiciado, de manera inexplicables, que bajo la condición de vinculado se pueda acceder a servicios que van incluso más allá de los previstos por el POS-S, en incluso del POS del régimen contributivo. Es claro que este desarrollo ha propiciado conductas oportunistas de los agentes que para acceder a servicios que en principio no se encuentran dentro de los planes a los cuales tienen derecho de acuerdo con su régimen, apelan a la condición de vinculados sin realmente serlo.

Por supuesto el instrumento más importante en el aspecto que nos ocupa es la extinción de la población vinculada a partir de su vinculación al régimen subsidiado. Ahora bien, mientras persista la existencia de este segmento de la población, un elemento fundamental para desincentivar las conductas oportunistas de los agentes, pero más propio del campo de la regulación que de la supervisión, es la redefinición de los planes de salud y de los alcances de la atención a la población vinculada, de manera que ésta no tenga acceso a servicios más allá de los que cubre el POS del régimen subsidiado. Con esta limitación se eliminarían los actuales incentivos a actuaciones

perversas de los agentes, buscando aprovechar los vacíos normativos con respecto a los distintos niveles de atención que se reciben, en función de la calidad que se ostente..

Mientras no se surta la igualación de los servicios de salud entre los diferentes POS, existirá el incentivo a la población a tratar de beneficiarse de aquellos planes que les representan una mayor atención, de acuerdo con sus necesidades particulares. Esta circunstancia es más crítica en las atenciones que se conceden a la población vinculada hecho que atrae incluso a los afiliados al régimen contributivo a tratar de sacar ventajas de esta situación, lo cual constituye las conductas oportunistas referidas.

En cuanto a lo que corresponde a la supervisión propiamente dicha, es preciso reconocer de antemano sus limitaciones para poder lograr la comprobación de la calidad de población vinculada de quien recibe el servicio como tal.

La idea esencial en este campo es que los prestadores de salud que atienden a esta clase de usuarios consoliden información acerca de los pacientes, la cual pueda ser consolidada a nivel departamental y, posteriormente, en el nivel nacional. Esta información permite cotejar la identificación de quienes fueron atendidos como población vinculada, con las bases de datos correspondientes al régimen contributivo y al régimen subsidiado y de esta manera detectar las conductas oportunistas.

Para el futuro es preciso disponer los medios para que sean los propios prestadores de servicios quienes puedan acceder, vía Internet, a las bases de datos del Ministerio de Salud o de la SNS y poder verificar, en tiempo directo, que quien se presenta como población vinculada, efectivamente ostenta tal condición. Desde luego, hacia futuro, la mejor solución es que no exista más la población vinculada, por su acceso al régimen subsidiado.

De igual manera, las veedurías ciudadanas y los usuarios a través de sus distintas manifestaciones pueden convertirse en un apoyo a la detección de quienes quieren acceder a servicios de población vinculada sin serlo. Para el efecto se debe permitir que esas manifestaciones se den espontáneamente, dejando a disposición de los ciudadanos mecanismos expeditos para que éstos puedan señalar las personas que incurren en conductas irregulares, sin correr el peligro de ser identificados. En este caso se debe seguir un procedimiento similar al planteado en acápites anteriores para las quejas y reclamos, con la diferenciación de que, en este caso, las denuncias se pueden realizar de manera anónima.

Desde luego, es preciso tener en cuenta que este tipo de señalamientos comunitarios puede conducir a situaciones anómalas en donde a través de las mismas se ventilen rencillas personales. Por ello, es muy importante la participación de las Alianzas de Usuarios en la verificación inicial de la denuncia, sirviendo como un primer tamiz para verificar la conducencia de la acusación.

### **10.3.5 TAREAS EN EL MODELO DE IVC FRENTE A LA POBLACIÓN VINCULADA**

De esta suerte las soluciones en lo correspondiente a la población vinculada recogen lo planteado en los acápites 4.1, 7.8, Capítulo 5 y 6.7, relacionados con la aplicación y flujo de recursos para el

régimen subsidiado, los flujos de recursos de las aseguradoras a los prestadores, prestación de servicios y atención de quejas y reclamos. Desde luego los conceptos deben ser ajustados a los requerimientos de la población vinculada, pero el modelo de gestión de la supervisión permanece similar.

De esta manera, para el control de la distribución de los recursos es preciso:

- Giro directo a los Fondos Territoriales de Salud los cuales no deben tener unidad de caja con los otros recursos del nivel territorial (Ley 715).
- Descentralización de la IVC en la instancia departamental a través de las DDS (Ley 715).
- Contratación de auditorías externas cuando se comprueben ineficiencias técnicas o insuficiencia de recursos en las DDS (ley 715). En los casos de los nuevos departamentos es imperativa la contratación de auditorías externas
- Coordinación de la SNS sobre las Direcciones de Salud y las auditorías externas para definir la coordinación y homogeneización de su accionar y para recibir los informes pertinentes acerca de la ocurrencia de circunstancias anómalas.
- Coordinación de la SNS con la Contraloría General de la República para ponerla en conocimiento de las situaciones irregulares.
- Procesos de control (sanciones) en cabeza de la SNS y la Contraloría General de la República. La SNS debe coordinar dentro del esquema que se diseñe para el adecuado funcionamiento del Comité Interinstitucional de Control, las acciones pertinentes con la Contraloría, con el propósito de aprovechar la información que este Organismo de Control le proporcione en virtud de las investigaciones que adelante sobre los Fondos de Salud. Esta información debe ser remitida por la Contraloría en forma regular y completa, de tal manera que se convierta en un mecanismo institucional a fin de que la SNS tenga información suficiente para controlar la generación, flujo y aplicación de recursos de salud, en lo que se refiere al manejo de tales recursos en los Fondos de Salud.
- Aplicación del proceso de pagos entre aseguradores y prestadores a los que tienen lugar entre las entidades locales y los prestadores por concepto de la población vinculada.
- Coordinación para confrontar información de población vinculada atendida con las bases de datos de los regímenes contributivo y subsidiado.

#### **10.3.6 AGENTES IMPLICADOS**

- Ministerio de Salud
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público
- Departamento Nacional de Planeación
- Superintendencia Nacional de Salud



- Direcciones Departamentales de Salud
- Direcciones Municipales de Salud
- Auditorías Externas
- Ciudadanía

### **10.3.7 INSTRUMENTOS EN QUE SE LOCALIZA LA SOLUCIÓN PROPUESTA**

- Ley 715
- Decreto Reglamentario de la ley 715, según facultades del artículo 107
- Sistemas de Información
- Definición de canales de comunicación de información entre DDS y SNS

### **10.3.8 PROCESOS Y ACTUACIONES DE LOS AGENTES EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA**

Los procesos y las actuaciones de los agentes en la solución propuesta son similares a los descritos en los acápite 4.3.9, 7.7.6 7,8.8 y el capítulo 8 del presente documento, por lo que se hace innecesario volver a nombrar .

## **10.4 PROCESO : LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL MODELO DE IVC**

### **10.4.1 ASPECTOS GENERALES**

#### **10.4.1.1 Generalidades**

El presente acápite se ocupa de la participación social en el sistema de salud. Es claro que en los capítulos precedentes se ha abordado el tema desde diversas ópticas particulares, por cuanto esta participación es un elemento presente en gran parte de los procesos objeto de control en el sistema de salud, constituyendo, por así decirlo, el elemento de cierre del circuito de inspección, vigilancia y control. No obstante, dado precisamente el cruce transversal que este factor realiza sobre el conjunto de ejes del sistema, se ha considerado conveniente elaborar un capítulo aparte con el fin de exponer con mayor amplitud y claridad el marco conceptual y las diferentes acciones que se proponen en torno a este aspecto.

Dado que los procedimientos en los cuales participa la comunidad han sido desarrollados en buena parte en las páginas precedentes, en este capítulo, para no incurrir en repeticiones, se ha realizado un esfuerzo de abstracción y síntesis que permita presentar los elementos más relevantes de la participación social, sin necesidad de reiterar el conjunto de elementos operativos en los cuales ella participa.

Es importante mencionar que el enfoque esencial desde el cual se aborda la problemática de la participación social en el SGSSS es el relacionado con el marco de inspección, vigilancia y control, por lo que, es preciso aclararlo enfáticamente, el análisis no tiene pretensiones por fuera de los límites del campo delimitado.

#### **10.4.1.2 Marco Conceptual General**

El usuario, es el eje del SGSSS en la medida en que sus principios fundamentales están centrados en los procesos de aseguramiento y prestación de servicios, cuyo fin último es la atención de los servicios de salud bajo la filosofía de mejorar su calidad de vida, afianzamiento en sus expectativas de renta y mejorar su capital humano. Es así como desde la expedición del Decreto 1757 de 1994, se plantea que rol del usuario es determinante para el mejoramiento de los servicios de aseguramiento y prestación de servicios (incluyendo en este último la salud pública y la promoción y prevención).

Diferentes entidades tales como el Ministerio de Salud, la Defensoría del Pueblo, la Universidad Nacional y El Centro de Gestión Hospitalaria han desarrollado estudios alrededor del Papel de los Usuarios en el SGSSS. De manera general de los estudios realizados, y la experiencia recabada por el Ministerio de Salud, se concluye que “el usuario sigue estando en desventaja frente a los demás actores del Sistema, especialmente por su alto grado de desinformación y comprensión de los cambios que se han generado en el Sector, lo cual constituye el primer obstáculo para su participación como regulador del Sistema”.

Aunque los procesos de reforma en Colombia están avanzando en la línea estratégica de predominio de los mercados para conciliar los objetivos de equidad, eficiencia y libertad de elección, el desarrollo de instrumentos que permitan ejercer control ciudadano sobre las funciones de tales servicios es aún muy precario. Pese a los avances realizados, también se está lejos de contar con instrumentos apropiados para que la ciudadanía ejerza un control efectivo sobre los prestadores de tales servicios.

Entre los principales obstáculos para el desarrollo de la participación ciudadana se destacan: la desigualdad en la distribución de los ingresos y de otras formas de poder (tales como el conocimiento), el carácter incipiente del reconocimiento de los derechos de las personas frente a los servicios públicos, la escasa información acerca de esos derechos y la ausencia de mecanismos que permitan hacerlos efectivos, la precariedad con que los mecanismos de control existentes reconocen la diversidad social y recogen la opinión de las minorías o de los sectores más marginados, y el débil desarrollo de las organizaciones sociales.

Además de la problemática planteada, en Colombia, el énfasis fue puesto en el aseguramiento y la provisión de servicios de un programa obligatorio de salud (POS) para los afiliados en dos regímenes, el contributivo y el subsidiado, que supuestamente alcanzarían la cobertura universal en el 2001 e igualarían los beneficios entre el programa para población con capacidad de pago y el dirigido a los pobres. El régimen subsidiado se ha terminado por configurar como un programa diferencial y discriminatorio de acceso a servicios (para pobres), mediante la asignación de

subsidios, sin adaptación cultural ni práctica del modelo de aseguramiento y en donde el usuario ha sido desplazado por los intereses de rentabilidad económica y por la política de los demás actores. El otro paquete de beneficios de carácter colectivo a bienes públicos con externalidades positivas y negativas quedó asumido por el Plan de Atención Básica (concepto reformulado en el cuerpo de la ley 715); no obstante, en los hechos, se deterioraron las acciones de promoción y prevención, la participación social en salud, la vigilancia epidemiológica y el desarrollo de los recursos humanos en salud.

En un enfoque general, la experiencia histórica indica que la participación ciudadana en materia de salud ha sido entendida de diversas formas:

- i. La participación como beneficiario, que ha sido la forma más rudimentaria de interpretar la participación por parte de los organismos gubernamentales responsables en los distintos países, considera a las personas como simples receptoras o beneficiarias de la atención de los servicios sociales. Aún en estos días es difícil romper la tradicional relación vertical propia del sector de la salud en donde los Estados son altamente prestadores directos y, por tanto, les asigna escasos espacios de participación a las personas. Esta visión ha sido la predominante en las organizaciones creadas bajo el concepto de gratuidad de la salud en países como Colombia en donde el sector público ha tenido un papel y desarrollo preponderantes y en grandes estratos de la población, en particular los afiliados al régimen subsidiado se entiende que el acceso a los servicios de salud es una gracia concedida por los gobernantes.
- ii. La participación como contribución a la promoción de condiciones adecuadas de vida. En el sector de la salud es frecuente definir la participación como el apoyo voluntario de la población a determinados programas y proyectos de desarrollo social establecidos por los servicios de salud o las autoridades locales. Sin embargo, se mantiene una relación de verticalidad entre el agente público y las personas, que son vistas como un instrumento o recurso que facilita la acción del Estado.

La participación comunitaria, que en general promueven los organismos institucionales, básicamente el Estado, la cual interpreta dicha participación como la organización de la comunidad en comités o grupos de apoyo a los programas y proyectos de desarrollo social. El objetivo de la organización es, además de la obtención de recursos de la misma comunidad, transmitir conocimientos y capacitar a la población para que se transforme en un agente activo de su desarrollo.

Esta visión más completa de la participación asigna mayores espacios de acción a la ciudadanía. Sin embargo, en una sociedad en modernización, con una creciente heterogeneidad de intereses, visiones y modos de vida de las personas, es difícil identificar a la “comunidad” como una entidad que actúe ante el sector de la salud como interlocutor único o en representación de esta diversidad social. Dicho desde una perspectiva económica, la anterior afirmación implica que la actuación racional de los agentes por satisfacer sus intereses de manera egoísta, difícilmente desemboca en la homogeneidad de intereses frente al sector de la salud a no ser el elemento general, de forzosa tutela

por parte del Estado, de contar con una atención con estándares de calidad que ellos identifiquen como apropiados.

En este contexto de heterogeneidad social, los instrumentos de participación colectivos tradicionales son cada vez menos eficaces para recoger las demandas de los ciudadanos y su limitación es aún mayor en países que presentan un escaso desarrollo de sus redes sociales, como ocurre en la mayor parte de los países de Latinoamérica. Los ciudadanos considerados de manera aislada no se identifican con sus congéneres en la toma de acciones frente al sector de la salud sobre aspectos de consideración general, con lo cual las organizaciones colectivas se convierten en terreno propicio para el asalto de uno pequeños grupos de presión que quieren obtener ventajas particulares a partir de las mismas.

Una visión más moderna de participación en la salud reconoce a las personas como usuarios (demandantes de los servicios en un contexto de mercado) y a la vez como ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de la calidad y oportunidad del servicio, así como del uso eficiente de los recursos. Surge entonces la demanda de una mayor responsabilidad del sistema frente a la ciudadanía y la necesidad de implementar distintos mecanismos de participación, ya sean individuales o colectivos, que permitan a las personas exigir sus derechos de protección de la salud y de formación educativa.

Sin embargo, dentro de este contexto, la injerencia del mecanismo de la participación social en la gestión de la IVC en los modelos de salud es aún más limitada. Ella se ha circunscrito a la manifestación individual o colectiva de las inconformidades que se tienen frente a los resultados mismos del sistema, esto es, a los efectos finales sobre la prestación de los servicios de salud, sin que se hayan desarrollado de manera eficaz instancias previas que permitan que la comunidad participe en proceso menos casuísticos y que se relacionen con la misma estructuración y filosofía en del sistema en general, siempre desde el punto de vista de la supervisión.

Por ello, el enfoque de la participación ciudadana en el modelo de IVC debe construir los marcos y los escenarios necesarios para que ella se convierta efectivamente en el circuito de cierre de la supervisión y, además, en la posibilidad de obtener información de los propios usuarios acerca de la manera como se están desarrollando los procesos al interior del sistema. Esta información tiene, además, la particularidad de ser, como en los casos ya referidos de la autoregulación y el autocontrol, poco costosa y de cubrimiento generalizado.

#### **10.4.2 DEBILIDADES DETECTADAS**

Con el fin de facilitar el abordaje de las propuestas planteadas en el presente documento, se presenta, una breve descripción sobre las conclusiones de la investigación adelantada en esta materia, en la fase de diagnóstico :

- Existe un conjunto amplísimo de normas sobre participación social, en general y especialmente en el sector de la salud. Sin embargo, tal abundancia fomenta principalmente el desarrollo de

una cultura de participación representativa, más que de la población misma, individual o colectivamente considerada.

- La base de la participación real, constituida por información legible y práctica para el usuario no tiene suficiente desarrollo normativo y prácticamente ningún desarrollo práctico. La información es de tipo especializado y se canaliza formalmente a través de las veedurías y otras organizaciones representativas, que incrementan la asimetría de información con la población.
- La asimetría de la información contribuye a desintegrar y a dispersar las acciones de las organizaciones comunitarias, generando atomización y proliferación de veedurías ciudadanas, representantes en juntas directivas y representantes de asociaciones gremiales, que tienden a defender intereses particulares, sin contribuir necesariamente al mejoramiento de la prestación de servicios en general.
- En los resultados obtenidos en el trabajo de campo, se confirman estas tendencias. Se observa un importante número de mecanismos para propiciar la participación de la comunidad en el SGSSS; no obstante, a pesar de que tales mecanismos redundan en una preocupación importante para promover la participación de la comunidad se observa una oferta excesiva de escenarios y actores de participación social, que en la práctica se enfrentan a bajos índices de cumplimiento de metas debido a la fragmentación de intereses de los grupos que las componen.
- Los mecanismos existentes para la participación ciudadana son frecuentemente objeto de captura por parte de grupos con intereses particulares, generalmente asociados a las fuerzas políticas que ostentan el poder en el nivel local. Con ello se desvirtúa el mecanismo y la participación ciudadana deriva bien en un instrumento validados de las políticas del gobierno local ya en la existencia de comportamientos oportunistas, basados en el aprovechamiento de la pretendida representación local para obtener el beneficio de grupos reducidos.
- Comúnmente a nivel de las entidades del sector salud, tanto del nivel público como del privado, se identifica más la intención por demostrar que las normas se cumplen, a que éstas hagan parte de una dinámica de propuestas y de gestión en la administración. “Hemos convocado para la conformación de las Alianzas de Usuarios, pero ellos no acuden”, esta frase dada por un directivo de una de las principales EPS del país, ilustra de manera clara el planteamiento señalado.
- Así mismo se puede observar, que en las entidades predomina un sentido o enfoque paternalista, que se relaciona con términos como “trabajar con la comunidad”, “contar con la comunidad”, “escuchar a la comunidad” “atención al usuario”, “participación de la comunidad”, entre otros, indicando que lo que se logra son espacios de interlocución más que de participación real y efectiva en la formulación, ejecución, control y evaluación de la gestión.
- No existe un marco coherente de la participación ciudadana dentro del modelo de gestión de la IVC y de cómo la ciudadanía puede participar en el control general de los agentes aseguradores y prestadores de servicios de salud en el país. Este marco ha sido suplido, ineficientemente, por

las actitudes paternalistas y por el prurito del simple cumplimiento de las normas mediante la mera presencia de las organizaciones representativas de la comunidad.

- El mayor énfasis que se ha dado en las funciones de control a la participación social y ciudadana por parte de los organismos y entidades del sector y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es a la recepción de quejas, reclamos y solicitudes y su tramitación, asunto que ha sido objeto en varias normas. Los resultados del trabajo de campo muestran que el desarrollo formal de procesos y procedimientos en este tema es moderado a nivel de todos los organismos y entidades. Adicionalmente, se puede concluir que existe una difundida tendencia a identificar la atención de las quejas de los usuarios con la existencia de mecanismos para efectuar su recepción.
- Las acciones prácticas en busca de participación activa y consciente de la comunidad se han circunscrito a los desarrollos del Ministerio de Salud a través de procesos de acercamiento con las comunidades para la verificación de la representatividad real de los miembros de veedurías, las audiencias públicas sobre aspectos determinantes en salud, entre otros temas, pero aún se encuentran restringidos a acciones aisladas, derivadas de la calidad y conciencia de los funcionarios que los impulsan.

#### **10.4.3 NATURALEZA DE LAS DEBILIDADES**

- De bajos niveles culturales y baja vocación de participación ciudadana.
- De limitación de la expresión ciudadana a las organizaciones representativas.
- De captura por grupos de presión de los mecanismos de participación ciudadana
- De bajo interés de los vigilados por prohijar y auspiciar la participación ciudadana como un elemento central de control a la gestión
- De ausencia de un marco coherente para la participación ciudadana en el modelo de gestión de IVC
- De circunscripción del enfoque de la participación ciudadana a las quejas y reclamos.
- De atención real al problema sólo desde la óptica bien intencionada, pero de alcance restringido de los funcionarios encargados en el Ministerio de Salud.

#### **10.4.4 PROPUESTA DE SOLUCIÓN**

##### **Aspectos Generales**

Los instrumentos que se desarrollen para la implementación de la Participación Social desde la óptica del modelo de gestión de IVC deben tener dos ejes fundamentales:

- El primero, de carácter conceptual, relacionado con el desarrollo del potencial de creatividad individual y colectiva, fomentando la creación y fortalecimiento de valores para la convivencia y la exigencia del respeto y el cumplimiento de los derechos y deberes ciudadanos.
- El segundo, de tipo procedimental operativo, el reconocimiento de las diferencias de los procesos en donde debe tener participación la ciudadanía, estableciendo los canales de comunicación y de interrelación con el modelo de gestión de IVC en general.

Respecto del primer aspecto, es decir, el fortalecimiento de los valores para la convivencia, se debe auspiciar que la práctica participativa sea una práctica informada, esto es, una herramienta para resolver conflictos, adaptables a las características particulares. Así mismo, es preciso fortalecer las bases para que ella sea efectiva, recuperando la credibilidad de la ciudadanía en el Estado, toda vez que “los individuos racionales no participan con grupos para obtener un bien público a menos que se les coaccione o se les estimule”. Es decir que si el Estado responde a los requerimientos individuales o colectivos está generando entornos para la conformación de grupos de base que se verían así estimulados a defender los intereses colectivos.

Por tanto para que el usuario de los servicios de salud juegue un papel fundamental en el desarrollo de los procesos de participación social, tanto a nivel individual como colectivo, es necesario que se conjuguen las necesidades comunes o particulares de individuos (en principio, con criterios egoístas), con la acción efectiva del Estado (noción de lo colectivo con la respuesta efectiva del Estado).

En el sentido propuesto, para que el usuario asuma un papel determinante, se necesita contar con un usuario informado, consciente y activo dentro del Sistema, es decir, con un usuario empoderado. Este empoderamiento tiene como fundamento el conocimiento de sus Derechos y Deberes y las respuestas del Estado, de suerte que le permita orientarse para la solución de sus problemas, para incidir en el cumplimiento de las obligaciones de los actores del sistema y para ser un vigilante en últimas de todo el conjunto: **se trata de desarrollar la capacidad de las personas de hacer valer sus derechos ante la prestación de los servicios sociales y, por esta vía coadyuvar de manera eficiente al control del sistema desde lo social.**

El supuesto presente en la afirmación anterior es que la participación es efectiva, independientemente que sea representativa o directa, en la medida en que se consideren sus intereses reales. Es decir, que la participación ciudadana es mucho más efectiva y eficiente cuando los individuos asumen la responsabilidad de su organización desde la óptica de los intereses particulares comunes que los pueden cohesionar y no cuando tales intereses les son impuestos o generados a partir del ejercicio de la autoridad.

En síntesis la participación no debe verse como la sustitución de las labores del Estado a nivel tanto central como local, sino como una herramienta a través de la cual se propende por el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos y en este sentido coadyuva a la vigilancia y pertinencia de los programas estatales en el nivel local.

Respecto del segundo aspecto, es decir, la necesaria diferenciación de los campos en los cuales se requiere que la participación ciudadana ejerza su acción para coadyuvar al control eficiente del sistema de salud, es preciso considerar tanto el ejercicio de la defensa sus intereses particulares – individuales, como el que corresponde a los relacionados con la comunidad particular en la cual se desempeña.

Para ello se debe reconocer que la participación ciudadana debe trascender a la instrumentación de los beneficios ligados al ciclo de un proyecto puntual donde en ocasiones se agotan las propuestas participativas. Debe abordarse desde el resultado, como un beneficio para la comunidad, (mejoramiento de la calidad de vida). El empoderamiento de la comunidad debe orientarse desde la solución de un problema (necesidad), con el fin de alcanzar la sostenibilidad de un proyecto que le beneficie a través de procesos informados que le permitan entender los conflictos que se presentan para el logro de soluciones efectivas.

En efecto, la incorporación de los actores afectados por las políticas públicas, desde la óptica propuesta, permite responder mejor a las necesidades de la ciudadanía, posibilita una mejor definición técnica de las normas y facilita su aplicación. De esta manera, un proceso participativo de definición de políticas habilita a las personas como ciudadanos conscientes de sus derechos, facilita que ejerzan posteriormente un efectivo control social sobre el sistema, e incrementa el capital social, lo cual favorece su sostenibilidad.

En este sentido deben establecerse y diferenciarse los mecanismos correspondientes a la formulación de las quejas y reclamos desde los cuales los ciudadanos ejercen su derecho individual de manifestar sus inconformidades (las cuales, por supuesto, pueden tener una expresión fortalecida a través de manifestaciones colectivas), con los relacionados con las expresiones comunitarias, en donde es preciso crear los instrumentos que las hagan más eficiente y que impidan que se conviertan en objeto de toma por unos pretendidos representantes para su provecho personal.

Concluamos, para que la Participación Social en el modelo de gestión de la IVC del SGSSS sea efectiva, es necesario definir claramente los espacios en los cuales ella es verdaderamente útil, y tiene un resultado concreto y tangible. En segundo lugar es necesario determinar los niveles en los cuales tal participación encuentra sus verdaderos nichos de acción definiendo con precisión los roles tanto comunitarios como estatales e institucionales que hacen parte del funcionamiento del Sistema.

De esta manera, la definición de la propuesta frente a la participación ciudadana debe centrarse en los siguientes aspectos:

- Acción en los Consejos Territoriales de Planeación
- Participación y acción en la elaboración y ejecución de programas relacionadas con el plan de atención básica y la promoción y prevención. COPACOS
- Acción en los aseguradores y prestadores (Alianzas de Usuarios)
- Acción en procesos relacionados con el régimen subsidiado.
- Acción en formas espontáneas de asociación sobre problemas comunes



- Acción en la interposición de quejas y reclamos.
- Libre elección.

Finalmente, conviene advertir que todo intento por promover la participación ciudadana debe partir del corolario según el cual se trata de un proceso de largo plazo que necesariamente debe pasar por etapas de formación y de estructuración, lo cual, a su turno, implica una dinámica permanente de reformulación de estrategias y organizaciones. No es razonable pensar que la sola existencia de los mecanismos va a conducir a que la expresión ciudadana tenga la amplitud y profundidad que se requiere. Evidentemente los mecanismos son necesarios, pero su eficiencia debe sujetarse a un problema de aprendizaje y de culturización con respecto al derecho de la ciudadanía a participar en los diferentes escenarios de la actividad social. Este proceso de culturización, en donde la respuesta del Estado es fundamental, está asociada a diversos factores como la identificación como personas participantes en la sociedad, el reconocimiento de los colectivos de los cuales se hace parte y la visión del otro como una fuerza aliada en la consecución de los derechos.

Por último, debe señalarse que la actual coyuntura constituye un marco propicio para el desarrollo de la participación ciudadana, habida cuenta del énfasis que en este aspecto ha puesto la ley 715, involucrando la totalidad de agentes del sistema dentro de su promoción, auspicio y patrocinio.

### **La Participación Ciudadana frente a la Planeación**

El Estado es responsable de ejercer la función normativa del sistema, la cual básicamente consiste en la definición de políticas y la regulación. Existen claras ventajas al incorporar en su definición a los actores afectados por las políticas públicas, y no solo como expresión real de la democracia política, sino también como elemento creador de condiciones que favorecen la efectividad y la sostenibilidad técnica y política. En el caso de la planeación, a través de los Consejos Territoriales de Planeación, la Participación de la comunidad es de carácter consultivo, la cual se logra cuando los ciudadanos asisten en representación de la comunidad a los organismos de la administración pública y sugieren, proponen o formulan alternativas sobre asuntos que son de su competencia.

A pesar de ello, como se ha demostrado, en los procesos de reforma de salud los procesos de decisión pública a partir del “bien deseable para la sociedad” han generado altos niveles de conflicto cuando desconocen las características particulares (culturales y sociales) de la sociedad. En Colombia, la formulación de políticas en el sector de la salud continúa realizándose de forma centralizada, con escasa participación de las personas y baja adecuación a las realidades locales.

Está claro que los diferentes mecanismos de participación que se han desarrollado en la norma tales como Consejos de Planeación y Consejos Territoriales de Seguridad Social, en la mayoría de los Departamentos y Municipios no han logrado conformarse en su totalidad y en la práctica tienen muy baja injerencia en la planeación del Sistema en los entes territoriales en los que existen. Con relación a los COPACOS, las investigaciones adelantadas por el Ministerio de Salud muestran un debilitamiento de estas organizaciones pues en la práctica la comunidad ve frustradas sus posibilidades reales de participación en la planeación del Sistema dada la baja capacidad de respuesta del Estado en sus manifestaciones locales. Adicionalmente, en cuanto a este instrumento,

se ha verificado que sus representantes no son, por lo general, provenientes de la comunidad, sino que pertenecen más a los intereses del poder político dominante en el nivel local y derivan en grupos reducidos que actúan para beneficio personal.

Este fenómeno puede explicarse fundamentalmente por los bajos niveles de cultura de los usuarios y su bajo compromiso frente a la acción de sus representantes, hecho ligado a que los mecanismos de participación desarrollados han sido hasta ahora impuestos por el Estado y no parten de las necesidades de los individuos o de la comunidad. Adicionalmente, no existen mecanismos eficaces de control individual y colectivo a las acciones de los representantes de la comunidad, con lo cual éstos tienden a separarse de la base que deben representar.

De otras parte, muy pocos individuos cuentan con la información, capacitación y elementos suficientes para participar de manera efectiva en la planeación de políticas. Finalmente los espacios de participación en la planeación y ejecución de políticas no están claramente delimitados lo cual en la práctica presenta conflictos generando un claro desinterés de la comunidad por participar en la planeación.

Para la verdadera participación en los procesos de planeación se hace necesario contar con más información y capacitación de los agentes comunitarios que representen los intereses de la comunidad. La participación, en estas condiciones podría convertirse en un verdadero espacio de concertación para definir prioridades en los programas de salud a nivel territorial y local.

Dentro del marco descrito, la propuesta plantea, para la participación ciudadana dentro de los Consejos Territoriales de Planeación, que se produzcan elementos de retroalimentación entre los representantes de la comunidad y ésta, en el sentido que se le informe acerca de las acciones que han sido tomadas al interior de tales Consejos y se le ilustre acerca de cómo esas acciones van a repercutir en el mejoramiento del bienestar de la comunidad.

Este proceso debe conducirse a partir de las direcciones locales de salud y del Ministerio de Salud y debe plantearse desde una perspectiva gradual y progresiva. En otras palabras los elegidos por la comunidad para representarlos en los mencionados Consejos deben ser elegidos por la comunidad mediante un proceso de divulgación masiva a nivel municipal para lo cual los candidatos deben presentar propuestas que contemplen necesidades y programas que procuren mejorar la calidad de vida de la comunidad en general. Esta elección debe hacerse con el apoyo y coordinación de las alcaldías a través de las DLS y la Personería.

Para evaluar su gestión, deben presentar periódicamente (máximo seis meses) Informes de Actividades a las autoridades locales, acerca de las acciones que ellos condujeron en nombre del colectivo que representan y de la manera como ellas les propician mejoramientos en su bienestar. Estos informes deben ser divulgados ante la opinión pública mediante audiencias públicas a las cuales debe citar la autoridad local (Alcalde) con suficiente publicidad y tiempo de antelación (cinco días hábiles).

Las audiencias mencionadas deben ser el escenario para que los representantes de la comunidad rindan cuentas ante ella de su gestión y ésta tenga la oportunidad de pronunciarse acerca de su satisfacción o insatisfacción acerca del informe presentado y tengan la oportunidad de realizar una nueva elección de representantes.

En una primera fase, estas audiencias deben ser auspiciadas por las direcciones departamentales de salud, hasta que ellas se conviertan en un instrumento rutinario de evaluación de la gestión de los representantes, momento en el cual debe ser la propia comunidad la encargada de realizar la citación y la audiencia. El Ministerio de Salud debe encargarse de vigilar que el proceso se está desarrollando conforme a lo esperado.

### **La Participación Ciudadana Frente a Aseguradores**

Dada la configuración y diseño del actual sistema de salud en Colombia, son las aseguradoras las entidades a ejercer la representación de los usuarios en la atención de los servicios de salud. Esta calidad emerge desde su condición de articuladores del sistema, en donde su rol fundamental, con relación a la demanda, esto es, a los usuarios, es la aglutinación de los mismos para ejercer una capacidad negociadora conjunta que necesariamente involucra los elementos de representación de los usuarios antes definidos. De la manera señalada, la concepción de la participación social en el sistema de salud adquiere una nueva dimensión, en el sentido de lograr que las aseguradoras realicen de manera efectiva y eficiente sus labores de representación de los usuarios ante los prestadores de servicios como el elemento esencial para lograr la obtención de los niveles de calidad requeridos en la atención de la salud de los ciudadanos afiliados. Un indicativo de la incompreensión de la calidad de los aseguradores y sus responsabilidades frente a los usuarios, lo constituye el hecho de que por lo general los usuarios dirijan sus reclamos hacia las IPS. Los derechos del usuarios han sido definidos en cuanto a sus relaciones con las IPS, pero no en sus relaciones con las EPS y ARS y, en el caso de los vinculados, las DTS, es decir con quienes en últimas son los responsables de la salud de la población asegurada.

A nivel operativo el elemento anterior indica que es preciso definir los elementos que aseguren tanto el desarrollo del conocimiento de los usuarios de sus deberes y derechos, así como la respuesta real de los aseguradores a las manifestaciones que ellos les plantean. Para que la participación ciudadana sea realmente eficaz el elemento que cierra el circuito es la presencia del Estado tutelando la acción de los diferentes actores del sistema, en términos de otorgar respuestas debidas y oportunas a los usuarios.

De la manera propuesta, para el fortalecimiento del control Social en la IVC del SGSSS, se hace necesario establecer principios básicos sobre los cuales se desempeñe el usuario tanto a nivel individual como colectivo. En este sentido se plantean los siguientes principios básicos:

#### **i. Conciencia de Derechos y Deberes**

Es necesario construir mecanismos que permitan fortalecer el desarrollo político de los ciudadanos y sus organizaciones como parte de la institucionalidad democrática, para potenciar las acciones de

la sociedad civil (incluyendo los grupos vulnerables) y su capacidad de “negociar y exponer sus intereses” .

Para el caso colombiano se ha previsto, como ha sido señalado en los capítulos anteriores (acápito 7.6.4), que los usuarios encuentren una información apropiada acerca de sus deberes y derechos con respecto al sistema de salud.

## **ii. Garantía de la Libre Elección**

La libre elección del usuario debe constituirse en uno de los principios básicos de un nuevo modelo de IVC. A través de este mecanismo las instituciones que no prestan un buen servicio son penalizadas por el usuario y las que si lo prestan son premiadas.

## **iii. Garantía a las respuestas**

Según se ha planteado, una tercera condición para que los mecanismos de control social funcionen es que el usuario, tanto en forma individual como colectiva, encuentre una respuesta oportuna y fundamentada a sus requerimientos. Esto solo se logra si existen instancias de resolución eficaces. En primera instancia, esta capacidad resolutoria permite garantizar los derechos de los usuarios de los servicios de salud; en una segunda instancia permite mejorar la calidad de dichos servicios y el funcionamiento general del Sistema .

Ahora bien, una vez los usuarios conocen de sus derechos, es necesario fortalecer los mecanismos de participación ciudadana a través de los cuales van a velar porque las aseguradoras se conviertan verdaderamente en la expresión de los intereses de los usuarios ante los prestadores de servicios. Para el efecto se ha considerado conveniente fortalecer las Alianzas o Asociaciones de usuarios previstas en el Decreto 1757 de 1996.

Estas asociaciones, como su nombre lo indica, deben agrupar a los afiliados de cada una de las aseguradoras y convertirse en voceros del colectivo frente al incumplimiento de aquella de sus obligaciones frente a los usuarios o los ocurridos en la red de prestadores que le es propia.

En el nivel operativo, la idea esencial consiste en que los usuarios de los servicios de salud se empoderen frente a los aseguradores mediante el fortalecimiento de las Asociaciones o Alianzas de Usuarios permitiéndoles que se conviertan en verdaderos voceros ante la administración de las preocupaciones de los afiliados y en facilitadores de los procesos que tienen que ver con respuestas que se deben dar a los usuarios sobre distintas peticiones, de suerte que, incluso las manifestaciones individuales, tengan un vehículo colectivo de expresión, mediante el desarrollo de herramientas coercitivas bajo la vigilancia y control de las Direcciones Departamentales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

En caso de que las solicitudes presentadas por los usuarios a las aseguradoras no sean atendidas de manera satisfactoria, esta asociación podrá dirigirse ante las autoridades Departamentales a fin de que éstas sirvan de herramienta de mediación entre el usuario y el asegurador o de sanción en los casos en que se violen los derechos de los usuarios. En el caso en que se interpongan sanciones a

los aseguradores éstas debe ser tenidas en cuenta para la evaluación de la gestión de los aseguradores en las Direcciones Departamentales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud de la misma manera, en términos operativos, en que ha sido planteado para las quejas y reclamos.

Con el fin de proveer un control a las propias acciones de las asociaciones, es necesario que se rindan cuentas ante el colectivo que representan en un mecanismo similar al planteado para los Consejos de Planeación y que, al mismo tiempo, en los informes de autocontrol de los aseguradores se establezca de manera clara cuáles han sido las acciones de la asociación y las respuestas que ellas han tenido.

Así mismo las Alianzas de Usuarios juegan un papel fundamental en el desarrollo e implementación de los mecanismos de información y comunicación a los usuarios pues son estas quienes en últimas representan sus intereses frente a los aseguradores, y por tanto un canal activo de comunicación usuario asegurador.

En tal sentido, una de sus principales misiones es la de informar a los demás usuarios sobre los programas y acciones emprendidas por los aseguradores así como también comunicar al asegurador las necesidades de los usuarios frente a los programas y eventos a desarrollar en especial aquellos relacionados con la promoción y prevención.

En términos prácticos las asociaciones de usuarios deben participar en la elaboración y ejecución de programas de prevención y promoción de los aseguradores para lo cual estos últimos realizarán reuniones convocatorias periódicas que permitan contemplar las necesidades de los usuarios en dichos programas. Las asociaciones a su vez convocarán a la comunidad para que presente su vez observaciones a los programas previstos. Así mismo las asociaciones y Usuarios tendrán como tarea la de convocar y motivar a la comunidad para lograr su activa participación en el desarrollo de programas.

Por su parte los aseguradores deben disponer las herramientas necesarias para lograr el correctivo desempeño de dichas asociaciones tanto en agencias públicas como privadas.

Para lo cual debe realizar las siguientes acciones y actividades:

- Realizar Talleres de Capacitación mensual a las Alianzas de Usuarios en temas relacionados con los Derechos y Deberes de los usuarios y cambios en el sistema de salud que afecten el aseguramiento y la prestación de servicios tales como servicios contemplados en le POS entre otros.
- Contar con espacio físico en el cual puedan llevarse a cabo las reuniones de los miembros de las asociaciones y la comunidad en general.
- Suministrar a las alianzas de usuarios información oportuna y adecuada sobre su portafolio y redes de servicios incluyendo las agencias en las cuales se suministran medicamentos.

## **La Participación Ciudadana Frente a Prestadores**

En cuanto a las Alianzas de Usuarios en las instituciones prestadoras de servicios de salud, se puede decir que en casi la totalidad de instituciones tanto públicas como privadas se encuentran conformadas; sin embargo, no tienen el impacto esperado en la planeación o en el mejoramiento de la calidad de los servicios.

De otro lado, la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud está generando, en la medida en que se desarrolla el sistema, ciudadanos más informados, que tienen mayores expectativas y son más exigentes frente a los servicios. Sin embargo, las aspiraciones de los ciudadanos se modifican a mayor velocidad que la capacidad de respuesta del sistema de salud. El proceso de cambio de la regulación desde una normativa desarrollada bajo una lógica de Estado benefactor y prestador de servicios de salud hacia una regulación procompetitiva y con mayor participación y protección de los ciudadanos requiere un largo período de desarrollo.

Ahora bien, a diferencia de las aseguradoras, en los prestadores de servicios los colectivos tienen una identificación menos inmediata, por lo que no es tan claro definir “la comunidad” y la forma de elección de sus representantes. Esta dificultad ha permeado el sistema hasta propiciar que los representantes sean elegidos por los poderes locales de turno, en lo que se relaciona con los prestadores de carácter público y por los propios interesados en el evento de los prestadores de carácter privado.

Por la razón anterior cabe preguntarse si es realmente procedente centrar los esfuerzos en la búsqueda de representantes de colectivos que por definición son amorfos e itinerantes, a sabiendas que estas características conducen a desvirtuar la concepción misma de representatividad y, consecuentemente, a introducir distorsiones en el mecanismo de la participación ciudadana. Adicionalmente, el efecto demostración de esta mala representación podría traer efectos negativos sobre los demás ámbitos de participación ciudadana.

Dados los argumentos anteriores, la propuesta se orienta a procurar que las aseguradoras sean los verdaderos representantes de la comunidad ante los afiliados, cumpliendo un rol que les es esencial dentro del diseño del sistema de salud colombiano. Para ello además de la participación ciudadana es preciso que se desarrollen los mecanismos de autoregulación propuestos que garanticen que están cumpliendo efectivamente su papel de aglutinadores de la demanda y de verificadores de la calidad de los servicios que se prestan a sus afiliados.

## **Acciones en Procesos Relacionados con el Régimen Subsidiado**

La comunidad tiene un papel esencial a jugar en los procesos del régimen subsidiado, relacionado con la actualización del SISBEN, la selección de los beneficiarios del régimen subsidiado, la escogencia de aseguradoras al cual van a pertenecer y el posterior proceso de carnetización de los afiliados.

En este caso se trata de organizaciones de tipo veedurías ciudadanas las cuales tienen como propósito apoyar a las autoridades locales en los procesos descritos, participando activamente en las audiencias públicas y canalizando las inconformidades de los ciudadanos considerados individualmente, así como quejándose ante las autoridades departamentales correspondientes. Estos procesos han sido desarrollados a profundidad en los acápites 7.4.8 , 7.4.9, por lo que no es necesario volver sobre ellos en esta instancia.

### **Formas Espontáneas de Asociación**

Como se ha dejado establecido en diversas oportunidades, existen formas de asociación espontáneas de los individuos, las cuales se realizan sobre aspectos concretos que permiten su aglutinación. Tal es el caso de habitantes que tienen en común el padecimiento de una enfermedad particular y se congregan en una asociación para defender el tratamiento apropiado en el conjunto de aseguradores, es decir, se trata de organizaciones que se convierten en suprainstitucionales (en el sentido que se relacionan con el conjunto de aseguradores y de prestadores) y que por su naturaleza deben tener una respuesta del Estado para ser realmente efectivas.

Los modelos de participación exitosos en el mundo son los que se han centrado en el capital social, que parten y tienen en cuenta la cultura de los pueblos que lo desarrollan. Un proceso de Desarrollo que intente ser coherente en la relación política y social y la Participación Comunitaria debe precisar poco a poco esa realidad frente al capital social que tiene y que intenta desarrollar .

En 1983 la OPS realizó una serie inicial de estudios de 16 casos sobre la participación comunitaria en la salud en comunidades rurales y urbanas de ocho países de América Latina y el Caribe. Uno de los resultados fue que la participación comunitaria de más éxito y que se mantuvo fue continua en lugar de esporádica, y espontánea (a iniciativa de la comunidad) en lugar de a petición de autoridades externas.

En este campo la propuesta se dirige hacia el auspicio de esta clase de asociaciones, bajo la consideración de que ellas constituyen una expresión ciudadana mucho más eficiente que las alianzas de usuarios de los prestadores e, incluso, de los aseguradores.

Ahora bien, dado su carácter particular en virtud del cual se relacionan con conjuntos de vigilados y no con uno de ellos de manera específica, su acción debe dirigirse, en primer lugar, en la formulación de quejas y reclamos, ante las instancias locales, según se ha definido para esta clase de procedimientos. En lo que corresponde a acciones de política del sistema, sus manifestaciones de sugerencias deben relacionarse con el Ministerio de Salud.

### **Acciones de Quejas y Reclamos**

Las acciones de quejas y reclamos han merecido especial atención en el acápite 7.7. La idea esencial es que los canales conduzcan a depositar las quejas en las aseguradoras y que los mecanismos de control realicen la debida vigilancia sobre la atención que éstas otorgan a las mismas y, sobretodo, a la oportunidad de las respuestas.

En el caso en que la formulación de quejas sea directamente contra el asegurador, se ha previsto que la acción conjunta de las direcciones locales de salud (municipales y departamentales) con la Superintendencia Nacional de Salud, definan en la medida de sus alcances la forma como ha de ser resuelta la solicitud, quedando siempre como instancia la interposición de tutelas para hacer valer derechos sobre los cuales la legislación propia del sector de la salud no ofrece los argumentos necesarios para resolver la situación.

#### **10.4.5 TAREAS EN EL MODELO DE IVC EN LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

- Definición de rendición de cuentas de COPACOS a la comunidad.
- Definición de Alianzas de Usuarios para todas las aseguradoras
- Toma de decisión frente a las Alianzas de Usuarios de Prestadores
- Auspicio de asociaciones espontáneas

#### **10.4.6 AGENTES IMPLICADOS**

- Ministerio de Salud
- Superintendencia Nacional de Salud
- Direcciones Territoriales de Salud
- Aseguradores
- Prestadores
- Ciudadanía en sus distintas manifestaciones individuales y colectivas

#### **10.4.7 INSTRUMENTOS EN QUE SE LOCALIZA LA SOLUCIÓN PROPUESTA**

Ley 715

Reglamentación de la SNS con respecto a la participación ciudadana

#### **10.4.8 AGENTES Y PROCESOS DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA**

Los espacios de Participación dentro de un nuevo modelo de Control Social deben crearse fundamentalmente en el nivel local. Los niveles Departamental y Nacional deben cumplir una función de Vigilancia y Control para garantizar que los mecanismos de participación a nivel local funcionen adecuadamente. En los tres niveles descritos, la Participación de la Comunidad tiene tres objetivos. El primero de ellos es el Control a los Derechos, en segunda instancia la concertación de acciones que benefician a la comunidad como es el caso de las acciones de Salud Pública y, finalmente, el soporte al modelo de gestión de IVC entendido como el control desde la ciudadanía a las acciones que realizan los vigilados.

#### **Usuarios de los Servicios de Salud**



Son usuarios del sistema de salud, todos los habitantes de Colombia, toda la población que tiene derechos y obligaciones de salud, tanto desde el régimen subsidiado, desde el régimen contributivo o como vinculados al sistema. Para incentivar la participación de los usuarios es necesario que se conviertan en actores sociales ; un actor social se define por las metas que se ha propuesto alcanzar y por su capacidad de contribuir a modificar la realidad.

Los ciudadanos participan en el control del sistema de salud a través de las Alianzas de Usuarios de las Aseguradoras, de las Asociaciones Espontáneas que los agrupan y de la formulación individual y colectiva de quejas y reclamos. Así mismo son un elemento coadyuvante al monitoreo de los procesos de selección de beneficiarios del régimen subsidiado y protagonistas en la selección de las aseguradoras de este régimen, propiciando que tal selección se encuentre desprovista de presiones; estos procesos se desarrollan a través de veedurías ciudadanas, según se estableció en el acápite 7.5.4.

#### **Autoridad Municipal (Alcalde o Secretario de Salud)**

Responsable de la salud de la Comunidad En sus funciones hace parte, la promoción de la participación ciudadana (ley 715 Numeral 44.1.4.). Además, al tenor del Artículo 91, Literal E. de la Ley 136, el Alcalde debe informar a los ciudadanos sobre las ejecutorias de su gestión; convocar dos veces al año a los Ediles, y a las Organizaciones Sociales y Veedurías Ciudadanas para proporcionar la información relacionada con la gestión y demás proyectos que adelanta la Administración; difundir el Plan de Desarrollo a los gremios, organizaciones sociales y comunitarias y a la ciudadanía en general; y, facilitar la participación ciudadana en la elaboración del Plan de Desarrollo.

Las autoridades locales deben propiciar la participación de la ciudadanía en los Consejos Territoriales de Planeación. Para el efecto, convocarán a la ciudadanía para que elijan sus representantes y, siguiendo los canales de comunicación establecidos para la selección de beneficiarios del régimen subsidiado (ver acápite 7.5), en función de la categoría del municipio, definirán la rendición de cuentas de los representantes de la ciudadanía ante la comunidad.

#### **Ministerio de Salud**

Es el encargado de definir las políticas relacionadas con la participación ciudadana, estableciendo los mecanismos y estrategias de esta participación y promoviendo el ejercicio pleno de los derechos y deberes de los ciudadanos en materias de salud (Ley 715 Numeral 42.11).

#### **Superintendencia Nacional de Salud**

La SNS es el ente directo y coordinador de las tareas de participación ciudadana en lo que corresponde al soporte que ésta debe otorgar al modelo de gestión de IVC del sector. Para el efecto, establecerá las directrices de atención a la participación ciudadana y los canales por los cuales se transmite la información correspondiente. Así, debe constituirse en el controlador de las instituciones que hacen parte del Sistema de Salud para garantizar que estén dando una respuesta

adecuada a los requerimientos de los usuarios y, fundamentalmente, que se está impulsando la participación ciudadana y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.

De acuerdo con lo anterior, debe recibir la información de las direcciones departamentales acerca de la evaluación de la participación ciudadana y debe auspiciar las organizaciones espontáneas que coadyuven a la IVC.

### **Direcciones Territoriales de Salud**

A nivel regional en relación con los mecanismos de Participación Social, las DTS debe jugar un papel similar al que juega la SNS a nivel nacional y, adicionalmente, debe cumplir con las siguientes funciones:

- Establecer mecanismos estandarizados para la entrega de información a usuarios
- Verificar la existencia de mecanismos de señalización y de horarios de atención en aseguradores y prestadores de servicios
- Verificar la existencia y operación de las oficinas de quejas y reclamos en las, DLS entidades aseguradoras e IPS de su jurisdicción.
- Coordinar las acciones de las DLS de los municipios de su jurisdicción orientadas a dar respuestas a los requerimientos individuales o colectivos de sus usuarios. Para ello debe implementar un sistema de información que consolide los reportes y estadísticas de quejas tipificadas, resueltas y no resueltas en los municipios de su jurisdicción.
- Con relación a las quejas presentadas por la comunidad que este relacionadas con los derechos de los usuarios, impartir las sanciones a que haya lugar y aplicar el silencio en representación de la SNS positivo en estos casos
- Mensualmente cruzar la información de quejas presentadas y quejas resueltas de acuerdo con los reportes de las Secretarías Municipales. Para ello deben crear un sistema de información encargado de recibir cada una de las quejas y cruzarlas con los resultados obtenidos por la gestión del ente sobre el cual se ha generado la queja. Deben hacerse visitas periódicas de verificación de cumplimiento en IPS, EPS y ARS.
- Realizar reuniones periódicas de evaluación con las EPS que tengan contratos con la entidad territorial. Para la verificación de los planes y acciones se debe utilizar como insumo la información del consolidado mensual de quejas de los municipios de evaluación de planes y acciones de mejoramiento implementados a partir de las quejas de los usuarios.
- Hacer la Inspección y vigilancia de los mecanismos de participación a nivel local y servir como una instancia superior para dirimir las controversias surgidas en estos niveles

- Realizar acciones de capacitación de las instituciones y los usuarios en los municipios de su jurisdicción.

### **Direcciones Locales de Salud**

A nivel local las DLS son las responsables de los mecanismos de participación social a nivel municipal. En este sentido deben realizar las siguientes acciones:

- Vigilar los mecanismos de señalización y atención de horarios en IPS y EPS
- Vigilar los mecanismos de Control Social a nivel local.
- Vigilar y Controlar la correcta operación de las oficinas de quejas y reclamos
- Consolidar y Sistematizar las quejas presentadas por los usuarios tanto en aseguradores, prestadores y las recibidas en la entidad territorial
- Mensualmente, reportar a las DTS los consolidados de quejas
- Concertar las acciones del Plan de atención básica con las diferentes instancias de participación a nivel local y
- Realizar reuniones periódicas de seguimiento a la gestión de las quejas presentadas por los usuarios en prestadores y aseguradores.

### **Comité de Apoyo Interinstitucional:**

La articulación de acciones de la Red de Controladores es fundamental para el ejercicio del control. Para facilitar su operación el ejercicio del control social cobra importancia en el Régimen Subsidiado en los procesos de focalización y carnetización de los usuarios. En este sentido, deben fortalecerse programas como lectura pública de listados del Régimen Subsidiado en coordinación con las Personerías Municipales, que viene desarrollándose en diferentes regiones con un impacto positivo en la población y el sistema.

### **Aseguradores:**

Los aseguradores son el centro del sistema de atención de los usuarios; tal que como se dijo son los representantes de los ciudadanos en la prestación de servicios de salud, dada su calidad de articuladores del sistema.

Los aseguradores deben garantizar que las quejas presentadas ante las diferentes instancias, tanto autoridades locales o territoriales como los prestadores de servicios, les sean allegadas a través de canales expeditos. Deben igualmente auspiciar la conformación de Alianzas de Usuarios a través de convocatorias para su elección. Estas acciones, así como los resultados de las actividades de las alianzas señaladas deberán ser establecidas en los informes de autocontrol a disposición de la SNS.

### **Prestadores de Servicios:**

Es ante los prestadores que los usuarios desconocedores de sus derechos tienden a presentar sus quejas y reclamos. En la medida en que el afectado con este procedimiento es el mismo prestador, él tendrá poco interés en permitir que tal intervención sea conocida por terceros, sino que tenderá a conservarla para sí y mantenerla en el anonimato.

Dejar que los prestadores, de manera espontánea, se conviertan en los actores capacitados para dar respuesta a las solicitudes de los usuarios es inocente e iluso. Por ello, en este campo es preciso verificar que ellos, informen a los usuarios, a través de medios adecuados, que la presentación de quejas se debe realizar ante las aseguradoras o depositarlas en urnas que los aseguradores han instalado en cada uno de los prestadores que conforman su red para tal efecto, o establecer canales para que las quejas sean finalmente resueltas.

Tanto las propias aseguradoras, como las agencias de control, deben asegurar que el flujo de la documentación se realice de manera apropiada.

# CAPÍTULO 11

## RELACION COSTO - BENEFICIO DEL NUEVO MODELO DE SUPERVISION EN EL SECTOR DE LA SALUD

### 11.1 ASPECTOS GENERALES

#### 11.1.1 INTRODUCCIÓN

La evaluación económica y social de los proyectos, denominada en algunas ocasiones análisis costo - beneficio de proyectos es una herramienta que se utiliza en la economía teniendo como objetivo general la determinación de la eficiencia en el uso de los recursos, en particular, en lo que se refiere al campo de la inversión pública.

Para el caso particular de la supervisión de un mercado regulado, lo anterior se traduce en la medición del impacto que tiene la inversión en el cumplimiento de la regulación por parte de los agentes que participan dentro de dicho mercado, apuntando a evaluar los beneficios que dicho gasto acarrea entre la comunidad. Es decir que, teóricamente, lo anterior significa el cotejo de los beneficios y los costos del mismo, mediante la construcción de flujos de recursos determinados a partir de la información particular de que se disponga.

El presente documento tiene como propósito establecer la metodología que se debe observar para la evaluación económica y social de la supervisión en el sector de la salud, con el fin de determinar el impacto que ella tiene sobre la comunidad y sobre el país en general y, por esta vía, tener una comprensión cabal acerca de la eficiencia de los recursos utilizados en este sector.

#### 11.1.2 DEFINICIÓN DEL MARCO METODOLÓGICO

De manera general en la evaluación económica y social de proyectos (en este caso el proyecto es el mejoramiento del modelo de gestión de la supervisión del sector de la salud), el impacto que los mismos tienen sobre la comunidad está dado por la determinación de un Flujo Neto que permita identificar de la mejor manera los costos asociados dentro de cada proyecto en particular y los beneficios que de él se derivan. Dicho en otras palabras la definición de la relación costo – beneficio de los proyectos exige necesariamente la definición de un flujo neto de costos y beneficios incluidos dentro del desarrollo del mismo.

Es de notar que este enfoque tiene como premisa esencial la comparación de una situación inicial, denominada línea de base (esto es, la situación existente sin la ejecución del proyecto) con la situación final obtenida a través del nuevo modelo de gestión de la supervisión. La comparación de la situación de la comunidad entre una y otra alternativa es la que permite determinar los beneficios que ella va a recibir de la ejecución del proyecto en cuestión, mediante la aplicación de unos fondos que son determinables a partir de las prácticas usuales de costos.

Ahora bien, dentro del escenario planteado, el Flujo Neto está dado por la siguiente expresión:

$$FN_i = (Beci - Besi) - (Ceci - Cesi)$$

En donde:

**Fni** Flujo Neto de Beneficios y Costos del Proyecto en el año *i*

Beci Beneficios económicos con proyecto en el año *i*

Besi Beneficios económicos sin proyecto en el año *i*

Ceci Costos económicos con proyecto en el año *i*

Cesi Costos económicos sin proyecto en el año *i*

De esta manera, la primera etapa del análisis costo beneficio está dada por la determinación de los costos y beneficios para cada año del proyecto, teniendo en cuenta que los precios a los cuales ellos se determinen deben ser los precios de óptimo social (precios sombra o precios económicos) y no los precios de mercado. A su turno, el término del proyecto para proceder a la estimación se encuentra determinado por la vida útil del mismo, de acuerdo con los parámetros técnicos que se encuentran involucrados dentro de él.

La segunda etapa en la evaluación económica procede de la formulación anterior: al tener la capacidad de medir el flujo neto de beneficios y costos para un número de años determinado es posible construir un agregado de valor presente del proyecto, descontando los flujos futuros a través de un deflactor idóneo que permita realizar una medición de valores comparables a valor presente.

De esta manera es posible medir los costos y beneficios de un periodo de años determinado mediante el resultado del flujo neto de valor presente a partir de indicadores de medición tales como la Tasa Interna de Retorno Económica (para diferenciarla de la TIR financiera), el Valor Presente Neto Económico, el Periodo de Retorno de la Inversión, etc.

### 11.1.3 CARACTERÍSTICAS DE LA INVERSIÓN EN LA SUPERVISIÓN

#### 11.1.3.1 Precisiones del Alcance

Antes de adentrarse en el tratamiento detallado de los anteriores aspectos de la evaluación económica y social o la relación costo beneficio de la inversión en supervisión del sector de la salud, es necesario realizar algunas precisiones importantes de la siguiente manera:

- La supervisión, esto es, la gestión de la IVC en el sector de la salud, al igual que la supervisión en otros mercado regulados, es esencial para su buen funcionamiento; si ella no funciona de manera adecuada se corre el riesgo de que los agentes se aparten de los principios regulatorios del sector, produciendo enormes distorsiones dentro del mismo, desde desviaciones de recursos y moras en el traslado de los mismos hasta detrimento en la calidad de la prestación de los servicios, pasando por los distintos campos y procesos que han sido analizados en las páginas precedentes.

- Es conveniente darle a los instrumentos la dimensión y el alcance precisos. El mejoramiento del modelo de gestión de la supervisión del sector de la salud tiene como objetivo el ajuste de los agentes vigilados a la regulación del sector; es un error mayúsculo suponer que a partir del mejoramiento de la supervisión se van a solucionar todos los problemas actuales del sector. Si bien una supervisión adecuada se refleja en algunos campos con un impacto directo sobre la población, no se puede derivar de allí que constituye la solución final a problemas estructurales del sector.
- La IVC, aunque podría ser catalogada como un bien meritorio, es decir, uno que produce eminentemente beneficios para la comunidad en general, no es un bien libre. En cualquier escenario de solución que se plantee hacia el futuro para corregir los errores que la IVC presenta en las actuales circunstancias, es preciso considerar gastos asociados a las medidas correctivas. No es posible permitir la existencia de anomalías de gran tamaño bajo el argumento de que su supervisión implica costos.
- De la manera planteada la decisión acerca de los costos que un gobierno particular se encuentra dispuesto a asumir para contar con un sistema de supervisión eficiente es, eminentemente, una definición de tipo político. Es decir que el monto de la inversión a realizar depende esencialmente de la importancia que el gobierno le atribuya a la supervisión del sector en particular y a éste dentro del desempeño de la sociedad tanto en términos económicos como de bienestar.
- Dentro del escenario definido, sólo corresponde al gobierno y no a la consultoría, la decisión acerca de los montos que se encuentra dispuesto a invertir en el mejoramiento del sistema de supervisión actual del sistema de la salud colombiano. A la consultoría le corresponde definir los lineamientos que, de acuerdo con su mejor saber y entender, conducen a una supervisión adecuada del sector de la salud en Colombia. Es claro que la definición de esos lineamientos no puede estar sujeta a la disposición del gobierno a invertir o no, por cuanto no le es dable a la interventoría conocer a priori esa voluntad ni las magnitudes en que ella se expresa.
- Una vez planteado el modelo, el gobierno, de acuerdo con su voluntad de gasto en la supervisión del sector, tomará la decisión acerca de cuánto, cómo y con qué “timing” adecuará el sistema de supervisión actual, claramente ineficiente a uno que se ajuste con mayor claridad a las necesidades del sector.

### **11.1.3.2 Los Costos y los Beneficios**

El presente acápite realiza una presentación somera de los costos y los beneficios de la supervisión en el sector de la salud, aspectos que serán desarrollados en detalle en las secciones ulteriores.

En general los costos están dados por los relacionados con los pagos a las plantillas de personal que laboran en cada una de las agencias de supervisión o de aquellas en las cuales se delegan algunas de las funciones de inspección y vigilancia como es el caso de las auditorías externas; igualmente deben considerarse dentro de este campo, en la medida en que se trata del paso de una situación

presente a una futura, los costos que acarrearán las adecuaciones tecnológicas de los agentes de control.

Ahora bien, dado que los precios de mercado a los cuales se pagan los salarios y los bienes tecnológicos no corresponden de manera exacta a los precios de óptimo social o precios sombra o precios económicos, los precios de los diferentes insumos deben ser tomados por su valor neto para el Estado, esto es, descontando aquellos recursos que se generen nuevamente para el fisco a través del recaudo de impuestos como los aranceles o el de valor agregado. A este procedimiento es a lo que se denomina la conversión de los costos por las razones precio cuenta, la cual será examinada en detalle más adelante.

Por su parte, los beneficios tienen fuentes de expresión diversas todas ellas relacionadas con el mejoramiento de las condiciones de la comunidad beneficiada, es decir, por la medición del mayor bienestar que incorpora el mejoramiento de la gestión de la supervisión del sector dentro de la comunidad en general, incluyendo los ahorros del Estado por menores pérdidas en desviaciones de recursos y actuaciones similares. En general, los beneficios están representados en diversos factores entre los cuales sobresalen los siguientes:

- Disminución en las pérdidas de los recursos o en las moras de los traslados de los mismos.
- Los ahorros en tiempo de espera de la comunidad por los aumentos en el cumplimiento de las atenciones que le deben realizar.
- La disminución en las pérdidas de vida o en el menoscabo de la condición de salud por el mejoramiento de la calidad en el servicio.

Como se ve los beneficios se encuentran asociados a mejoras en la calidad de vida de la comunidad. Al ella apropiarse de tales beneficios el proyecto ha producido un impacto sobre la misma, el cual es necesario cuantificar en términos de los indicadores usuales y, por esta vía, estar en capacidad de tener una medición real del efecto del proyecto sobre la sociedad.

Teniendo la panorámica general de la evaluación económica (relación costo beneficio) del mejoramiento de la supervisión en el sector de la salud, sus componentes esenciales y los criterios que se deben tener en cuenta en el análisis, es preciso adentrarse en la definición de la manera como deben realizarse el procedimiento de cálculo, deteniéndose de manera detallada en la estimación de los costos y de los beneficios que comportan los proyectos.



## **11.2 CALCULO DE LOS COSTOS**

### **11.2.1 ASPECTOS GENERALES**

#### **11.2.1.1 La Conversión de Actividades a Bienes y Servicios**

En los proyectos sociales es usual trabajar los análisis de costos a partir de las diferentes actividades que se desarrollan en la ejecución de las obras. Este enfoque presenta una primera dificultad para el análisis económico, en la medida en que las actividades, por lo general, agrupan una serie de insumos que, a priori, no son claramente diferenciables.

De la manera señalada una primera actividad de la evaluación económica y social concierne a la conversión de las actividades a grupos de bienes y servicios a los cuales se les puedan asignar precios. Este problema, no obstante, no es de magnitud importante en lo que respecta a la supervisión, en donde es posible definir, en buen parte de los casos, bienes y servicios a los cuales se les puede asignar precios, en la medida en que se trata de una actividad intensiva en mano de obra (básicamente calificada).

Ahora bien, para la determinación precisa de los costos es necesario tener en cuenta que para la vida útil del proyecto es preciso incurrir en actividades de mantenimiento que permitan, justamente, que tal vida útil sea aprovechable al máximo de las posibilidades. Nuevamente las actividades involucradas en el mantenimiento deben ser conducidas hacia la especificación de bienes y servicios, por manera que se obtengan parámetros homogéneos y el cálculo se realice adecuadamente. Para el caso que nos ocupa, los gastos de mantenimiento se refieren a las inversiones que sean necesarias para mantener la actualización tecnológica, especialmente en los sistemas de información. Por lo demás, es preciso tener en cuenta que las asignaciones de personal se repiten año tras año en las actividades de supervisión; la tendencia de este costo está, nuevamente, dada por la voluntad política del gobierno a invertir en la supervisión del sector.

### **11.2.2 LAS DISTORSIONES DE LOS PRECIOS**

Una de las diferencias fundamentales de la evaluación económica y social con la evaluación financiera es que la primera tiene como fundamento los precios económicos, mientras que en la segunda, es necesaria su determinación a partir de lo que en economía se denomina precios sombra y que no constituyen cosa distinta a la expresión de los valores despojados de los sesgos introducidos por las imperfecciones del mercado.

En efecto, para la definición de los costos y de los beneficios del proyecto es preciso tener en cuenta, en primer lugar, que en las economías modernas es usual que los precios del mercado (precios económicos) no siempre reflejan los valores sociales de los insumos y los productos. Es conocido que, bajo las condiciones apropiadas, un equilibrio de competencia perfecta conduce a una distribución óptima de los recursos y, recíprocamente, cualquier distribución de recursos puede conducir a un equilibrio de competencia perfecta si la distribución inicial de los consumidores es

apropiada. En este sentido el mercado es eficiente y equitativo y la situación alcanzada es lo que se denomina un óptimo paretiano.

No obstante, las economías actuales presentan imperfecciones de mercado<sup>1</sup> que distorsionan los precios de los bienes finales, haciendo que ellos se alejen del punto a que llegarían si se tratara de una economía de equilibrio con competencia perfecta.

Aparte de las imperfecciones del mercado, los precios sufren también distorsiones por la actividad de algunos agentes de la economía, en donde el actor principal es el gobierno a partir de la imposición de gravámenes directos o indirectos a los productos en las cadenas de producción y de distribución o mediante el control de precios y tarifas. En el mismo sentido es preciso tener en cuenta las distorsiones provenientes de los componentes que son objeto de comercio internacional pertenecientes a los costos de los proyectos, a partir de los aranceles impuestos por el nivel gubernamental.

En este entorno los precios finalmente resultantes no corresponden, en gran cantidad de casos, a los del óptimo paretiano y existen apropiaciones por parte de uno o más sectores de la sociedad de una proporción del precio final.

Es de notar que si los precios de óptimo social o precios sombra fuesen iguales a los precios económicos (los del mercado), los costos de los proyectos estarían dados simplemente por el monto de la inversión en el proyecto y la evaluación no se diferenciaría mucho, en este aspecto, de las que se encuentran usualmente en el manejo de las evaluaciones financieras.

Como ello no es así, la segunda tarea de la evaluación económica y social consiste, precisamente, en la determinación de los precios que deben servir para valorar los costos efectivos en que incurre la sociedad en la ejecución de un proyecto (los bienes y servicios). Esta determinación no es otra cosa que conducir los precios del mercado hacia los precios sombra, eliminando las distorsiones que les han provocado las imperfecciones del mercado.

En el contexto descrito los precios sombra se definen como el costo social de oportunidad de los recursos usados (y, en consecuencia, de los productos generados).

### **11.2.3 CONCLUSIONES**

La determinación de los costos en los análisis de evaluación económica y social pasa por dos etapas, siendo la primera la conversión de las actividades a bienes y servicios y, la segunda, la determinación de los precios sombra de esos bienes y servicios.

---

<sup>1</sup> Estas imperfecciones son bien conocidas y por ello no merece la pena detenerse en su explicación. A modo de recordatorio se señalarán los ejemplos de la existencia de economías de escala, externalidades, asimetrías de información, distribución desigual del ingreso, percepción imperfecta del riesgo, existencia de poderes de mercado como los monopolios u oligopolios (del lado de la oferta) o de monopsonios u oligopsonios (del lado de la demanda) y derechos de propiedad.

### 11.3 DETERMINACIÓN DE LOS PRECIOS SOMBRA

La determinación de los precios sombra, según ha sido reseñado, es la definición del costo social de oportunidad de cada uno de los bienes y servicios que intervienen en el proyecto y cuyo costo económico ha sido estimado a partir de la metodología presentada en el acápite anterior.

Ahora bien, para la definición de los precios sombra los precios de mercado son una referencia insoslayable, en la medida en que ellos ofrecen una señal proveniente del mercado, a la cual basta con eliminar las apropiaciones que realizan diversos agentes, en particular el Estado, o las distorsiones de que son objeto para así llegar al valor que se utilizará en la evaluación económica y social.

En tal sentido la metodología a utilizar para la determinación de los precios sombra pasa necesariamente por un primer paso, consistente en calcular las llamadas Relaciones Precios Cuenta que constituyen el factor por el cual debe ser multiplicado el precio económico para hallar el precio sombra. Los factores de conversión corresponden a cada uno de los bienes y servicios involucrados de la siguiente manera:

#### 11.3.1 FACTOR DE CONVERSIÓN ESTÁNDAR

Como su nombre lo indica es un factor de conversión general que tiene en cuenta los términos de intercambio entre Colombia y el resto del mundo. En tal sentido su fórmula es la siguiente:

$$FCS = (X+M) / (X+M+T)$$

En donde:

FCS: Factor de Conversión Estándar

X: Valor Total de las exportaciones colombianas para un año determinado

M: Valor total de las importaciones colombianas para el mismo año

T: Recaudación proveniente de las importaciones y subsidios a las exportaciones

Si se realizase el cálculo del Factor de Conversión estándar con los datos correspondientes a 1999 se tendrían los siguientes datos:

	1999
Exportaciones (Millones de US\$ FOB)	11575.3
Importaciones (Millones de US\$ CIF)	10658.4
Recaudación Aduanera (Millones de US\$)	4301.6
Factor de Conversión Estándar	0.838

Lo anterior significa que, con solo este elemento de juicio, para convertir un precio económico a precio sombra, aquél debe ser multiplicado por el Factor de Conversión Estándar, el cual, para 1999, fue de 0.838.

### **11.3.2 FACTOR DE CONVERSIÓN DE PRODUCTOS Y MATERIALES DE ORIGEN NACIONAL**

Es claro que el Factor de Conversión Estándar arroja una información importante, pero no suficiente para la determinación del precio sombra de la inversión en el mejoramiento del sistema de supervisión del sector de la salud. En primer lugar, se involucran insumos que no tienen relación con los términos de intercambio del país ni con el comercio internacional, por lo cual es preciso definir su factor de conversión a partir de los gravámenes indirectos que en términos domésticos tienen tales insumos.

En este caso, según se expresó, es preciso eliminar la distorsión introducida por los gravámenes indirectos, en particular el correspondiente al impuesto de valor agregado. Incluso siendo más rigurosos, es posible señalar que como el IVA retorna nuevamente al Estado, para obtener el valor neto que éste invierte en el proyecto es preciso descontar lo que va a recibir por concepto de impuestos indirectos. El impuesto de renta se omite de este procedimiento porque no es posible conocer cuáles serán los tributos directos a pagar por quienes desarrollan o suministran los productos. En sentido estricto esta información debería hacer parte del cálculo, pero la dificultad para obtener información apropiada obliga a soslayarla.

De acuerdo con lo anterior el Factor de Conversión para los insumos de los bienes de origen nacional está dado por la siguiente formulación:

$$\text{FCN} = 1 / (1 + \text{IVA})$$

En donde:

FCN: Factor de Conversión para productos y materiales de origen nacional

IVA: Impuesto al Valor Agregado

Si se considera un IVA del 16% como existe en Colombia en la actualidad para la mayoría de los productos, se obtendría que el Factor de Conversión sería:

$$\text{FCN} = 1 / (1 + 0.16) = 0.8621$$

Es decir que para construir los precios sombra a partir de los precios económicos de los insumos de origen nacional, aquellos deben ser multiplicados por el FCN, es decir, cuando el IVA es del 16%, por 0.8621.

### 11.3.3 FACTOR DE CONVERSIÓN DE MATERIALES Y EQUIPOS DE ORIGEN EXTERNO

Siguiendo el mismo razonamiento que para los materiales y productos de origen nacional, aquellos que provienen del exterior deben ser “limpiados” de las distorsiones para conducirlos al precio social adecuado. Estas distorsiones, además del impuesto al valor agregado, incluyen los aranceles con los cuales han sido gravados los productos y materiales.

En el sentido propuesto el Factor de Conversión para los materiales y equipos de origen externo está dado por la siguiente fórmula:

$$FCE = 1 / ( 1 + (((1 + IVA) * (1 + T)) - 1))$$

Donde:

FCE: Factor de Conversión para materiales y equipos de origen externo

IVA: Impuesto de valor agregado para el bien de que se trate

T: Arancel del bien de que se trate

Suponiendo un bien cuyo IVA sea del 16% y un arancel del 10% se obtiene:

$$\begin{aligned} FCE &= 1 / ( 1 + (((1 + 0.16) * (1 + 0.10)) - 1)) = 1 / ( 1 + ((1.16 * 1.10) - 1)) = 1 / (1.276 - 1) \\ &= 1 / ( 1 + 0.276) = 1 / 1.276 = 0.7837 \end{aligned}$$

Lo anterior significa que para convertir los precios económicos a precios sombra en los materiales y equipos de origen externo, es necesario aplicar el FCE, el cual, en el caso de un IVA del 16% y un arancel del 10%, es de 0.7837

### 11.3.4 FACTOR DE CONVERSIÓN DE LA MANO DE OBRA CALIFICADA

Para determinar el factor de conversión de la mano de obra no calificada que permita obtener los precios sombra a partir de los precios económicos es preciso tomar, en primer lugar, el conjunto de remuneraciones desde el punto de vista del costo de la empresa. Paralelamente, se toma el costo social de las remuneraciones, es decir, se eliminan aquellos rubros que constituyen transferencias al Estado. Por esta vía es posible determinar, mediante el primer procedimiento, el costo del trabajador para la empresa y, mediante el segundo procedimiento, el costo social de la remuneración. La comparación entre uno y otro permite obtener un primer resultado. Si éste se multiplica por el Factor de Conversión estándar, se obtiene el Factor de Conversión buscado para la mano de obra calificada.

De la manera propuesta el Factor de Conversión de la mano de obra calificada se obtiene según se plantea a continuación:

$$\text{FCMOC} = (\text{CSR} / \text{CER}) * \text{FCE}$$

A su turno:

$$\text{CER} = \text{W} + \text{PL} + \text{AP}$$

y

$$\text{CSR} = \text{CER} - \text{AP}$$

Donde:

CSR: Costo social de la remuneración.

CER: Costo empresarial para la remuneración

FCE: Factor de Conversión Estándar

**W: Salario Básico del Profesional**

PL: Prestaciones Legales a que tiene derecho

AP: Aportes parafiscales, incluyendo los correspondientes a la seguridad social.

El Factor de Conversión de la Mano de Obra Calificada de una empresa promedio sería:

	Costo Empresa	Costo Social
Salario Básico	100%	100%
Prestaciones Legales	21.2%	21.2%
Seguridad Social	18.2%	0%
Otros Aportes Parafiscales (SENA, ICBF, etc.)	10.0%	0%
Total Costo	149.4%	121.2%
Factor Inicial	0.8112	
Factor de Conversión Mano de Obra Calificada (*)	0.6798	

(\*) Se asume el FCE equivalente al de 1999, esto es, 0.838

De esta manera para obtener el precio sombra de la mano de obra calificada es preciso partir del precio económico y a éste aplicar el FMOC de acuerdo con el procedimiento descrito

### 11.3.5 FACTOR DE CONVERSIÓN DE LA MANO DE OBRA NO CALIFICADA

El factor de conversión de la mano de obra no calificada tiene la misma lógica que aquella calificada, adicionando un factor atribuible a la distorsión que ocasiona en el precio del mercado el exceso de oferta de trabajo (desempleo). Esta tasa de desempleo, en la medida en que la información de la Encuesta Nacional de Hogares producida por el DANE lo permita, debe ser la correspondiente a la zona en donde se realiza el proyecto; si no se dispone de la información precisa de la localidad en la cual se ejecuta el proyecto se utiliza la correspondiente a la región en que se ubica el mismo.

De la manera propuesta el factor de conversión de la mano de obra no calificada esta dada por la siguiente fórmula:

$$FMNOC = FCMOC * (1 - U)$$

Donde:

FMNOC: Factor de Conversión de mano de obra no calificada

FMOC: Factor de Conversión de mano de obra calificada

U: Tasa de desempleo según Encuesta Nacional de Hogares

Asumiendo una tasa de desempleo abierta del 20% y el FCMOC antes determinado, se obtiene que:

$$FMNOC = 0.6798 * 0.8 = 0.5438$$

Así el precio sombra de la mano de obra no calificada se construye a partir de su precio económico y el Factor de Conversión para este tipo de trabajo.

### 11.3.6 RESUMEN Y CONCLUSIONES

De acuerdo con lo anteriormente planteado, se han definido Factores de Conversión de la siguiente manera:

ACTIVIDAD	FACTOR	FORMULA
Términos de Intercambio	FCS	$FCS = (X+M) / (X+M+T)$
Insumos de Origen Nacional	FCN	$FCN = 1 / (1 + IVA)$
Insumos de Origen Externo	FCE	$FCE = 1 / (1 + (((1 + IVA) * (1 + T)) - 1))$
Mano de Obra Calificada	FCMOC	$FCMOC = (CSR / CER) * FCE$
Mano de Obra No Calificada	FCMONC	$FMNOC = FCMOC * (1 - U)$

Para la obtención de los costos asociados a la implementación del nuevo modelo de supervisión es preciso aplicar los factores de conversión señalados a los diferentes costos, de acuerdo con sus características particulares. Los flujos de costos así estimados, incluyendo los correspondientes a mantenimiento, son determinados para cada año del periodo considerado.

Con lo anterior es posible definir el conjunto de costos del proyecto para cada uno de los años de estimación, insumo esencial para la evaluación económica y social del proyecto.

## 11.4 CALCULO DE LOS BENEFICIOS

### 11.4.1 ASPECTOS GENERALES

El cálculo de los beneficios en la evaluación económica y social constituye un reto aún mayor que el relacionado con los costos, en la medida en que en un buen número de casos tales beneficios se reflejan en bienes no transables y por consiguiente sin referencias de precios de mercado.

En el sentido propuesto los esfuerzos del análisis deben conducirse, en primer lugar, a la identificación de los beneficios que se desprenden de la realización del proyecto y, en segundo término, en la definición una metodología de su medición en términos que resulten adecuados y suficientemente sustentados desde el punto de vista económico.

En términos generales los proyectos de mejoramiento de sistemas de supervisión deben traducirse en menores pérdidas para el Estado y producen beneficios a la comunidad en el sentido de mejorar su bienestar o, para utilizar la terminología en boga, para mejorar su calidad de vida. De manera particular, los beneficios, tal como se comentó, se encuentran asociados, fundamentalmente, a la disminución en los tiempos de espera y a la disminución de la pérdida de vidas o al aumento de esperanza de vida con base en una atención adecuada. Aunque es posible plantear beneficios adicionales, en nuestro entender, los planteados congregan los principales y, de esta manera, hacia ellos se concentrará nuestra atención.

#### **11.4.2 LA MEDICIÓN DE LAS MENORES PÉRDIDAS PARA EL ESTADO**

El primer beneficio señalado, no necesariamente el más importante, es el relacionado con aumentar la posibilidad de detección de desvíos de recursos o moras en los traslados de los mismos, en especial en lo que se refiere al régimen subsidiado. Dado que se trata de recursos monetarios, en este caso, se está hablando de un bien transable y no es necesaria definición ninguna distinta a la de las magnitudes monetarias.

Ahora bien, para determinar los ahorros en el tema señalado, es necesario realizar un comparativo de la situación existente sin proyecto y la resultante con la ejecución del proyecto. La diferencia entre las pérdidas existentes en la situación inicial con las esperadas con la situación final, esto es, con la implementación del modelo, conduce a obtener el beneficio económico del proyecto en este campo. De esta manera, el primer beneficio está dado por:

$$B = D_{(t-1)} - D_{(t)}$$

En Donde:

B: Beneficios por menores desvíos en los recursos

D<sub>(t-1)</sub>: Desvíos de recursos ocurridos o estimados durante los periodos anteriores (sin proyecto)

D<sub>(t)</sub>: Desvíos de recursos esperados durante los periodos siguientes (con proyecto)

Es preciso realizar varias advertencias frente a la formulación propuesta: en primer lugar, el monto de los desvíos ocurridos y esperados, opera como una variable proxy de la eficiencia de la supervisión en punto al control de los recursos generales del sistema. En este caso se encuentran aplicados al régimen subsidiado, pero se podría observar un procedimiento idéntico para procesos como la evasión y la elusión en el régimen subsidiado, las múltiples afiliaciones, fraudes de recursos con el ECAT, mecanismos de compensación, evasiones de aportes en Cajas de Compensación, reintegro de recursos del régimen subsidiado, etc.

En segundo término, es claro que ni las cifras correspondientes al pasado ni, mucho menos, las relacionadas con el futuro existen otorgando la confiabilidad requerida. Con respecto al pasado se dispone de estimaciones en algunos campos, las cuales tienen más o menos validez dependiendo de



la metodología con que son obtenidas pero que, en todo caso, no son precisamente exactas, sino estimaciones. Frente al futuro, se trata simplemente de plantear escenarios de metas para poder definir el control que se espera obtener del nuevo modelo de supervisión.

### **11.4.3 . LA MEDICIÓN DEL BENEFICIO SOCIAL DEL AHORRO EN TIEMPOS DE ESPERA**

El beneficio social del ahorro en tiempo de espera tiene dos componentes: el primero, de sencilla determinación, es la estimación del tiempo total que se ahorran los usuarios por la atención oportuna y en el tiempo previsto. El segundo, más complicado desde el punto de vista del análisis económico, se relaciona con la asignación de un valor a ese tiempo ahorrado.

#### **11.4.3.1 Determinación del Tiempo Ahorrado**

La determinación del tiempo ahorrado es un procedimiento relativamente sencillo. Para el efecto basta definir el tiempo de espera actual de los usuarios y compararlo con el tiempo de espera que se busca obtener con el mejoramiento del sistema de supervisión. La diferencia entre uno y otro produce el tiempo ahorrado total. El paso siguiente consiste en asignar valor al tiempo de acuerdo con la actividad económica del usuario.

De la manera señalada el ahorro en el tiempo de espera por usuario está dado por la siguiente formulación:

$$T = (e - e')$$

Donde:

T: Tiempo de ahorro de espera por usuario

e: Espera promedio por usuario actual.

e': Espera promedio por usuario obtenida después del mejoramiento de la supervisión.

A su turno, el tiempo total de espera ahorrado por la comunidad se determina a partir de la siguiente fórmula:

$$TT = T * U$$

Donde:

TT: Tiempo total de espera ahorrado en un periodo determinado (un año)

T: Tiempo de ahorro de espera por usuario

U: Número de usuarios durante el periodo determinado (un año)

Teniendo el tiempo total ahorrado en la espera, resta por definir el valor económico de ese tiempo.

### **11.4.4 EL VALOR DEL TIEMPO DE ESPERA AHORRADO**

#### **11.4.4.1 Marco Analítico**

La teoría económica neoclásica ha definido una función de utilidad para los consumidores, asumiendo que ellos poseen una conducta racional que los conduce a maximizar su utilidad bajo una restricción presupuestal. En este sentido el consumidor se comporta de manera tal que:

$$\text{Max } U(x) \text{ teniendo que } p \cdot x > Y \quad (1)$$

Donde:

- U: función de utilidad
- x: vector que representa los bienes y servicios
- p: vector de precios asociado a los bienes y servicios
- Y: nivel de renta del consumidor

Para el estudio de la evaluación económica y social se han producido interesantes desarrollos, consistentes en definir la función de utilidad del consumidor ya no, únicamente, a partir de los bienes y servicios que consume bajo la restricción presupuesta, sino incluyendo un vector de actividades en las cuales el individuo utiliza su tiempo, actividades dentro de las cuales se encuentra incluida la de trabajar<sup>2</sup>.

De esta manera, la función de utilidad está dada por:

$$U(x, t, t_w) \quad (2)$$

En donde  $t$  es el vector de actividades en las cuales utiliza su tiempo el consumidor (exceptuando el trabajo) y  $t_w$ , es el tiempo que dedica al trabajo, el cual si bien es un subconjunto de  $t$ , ha sido distinguido por conveniencia metodológica.

Ahora bien, si se supone que  $w$  es la tasa de salario, es claro que el nivel de renta del consumidor, proveniente de su trabajo está dado la expresión  $w * t_w$ ; ello significa que la renta disponible del consumidor esta dada por  $((w * t_w) + y)$ , en donde  $y$  es el nivel de renta de que dispone por fuentes diferentes al trabajo como rendimientos de ahorro, herencias o cualquier otra fuente. Por su parte el gasto total a realizar por ese consumidor está dado por el vector de bienes y servicios que decide consumir ( $x$ ), teniendo en cuenta el vector de precios asociados a los mismos ( $p$ ), es decir  $(x * p)$ . Así una primera restricción del consumidor se encuentra conformada por el hecho de que su gasto debe ser máximo igual a su renta disponible para consumir.

Adicionalmente, resulta obvio que el tiempo que el agente económico utiliza en las diferentes actividades que realiza no puede exceder el tiempo total disponible ( $T$ ). De esta manera:

$$T \geq (\sum t_i + t_w) \quad (3)$$

Donde:

- $t_i$ : todas las actividades  $i$  en las cuales el agente utiliza su tiempo
- $t_w$ : el tiempo dedicado al trabajo por el agente económico.

---

<sup>2</sup> Ver por ejemplo DeSerpa A. J. "A theory of the economics of Time" Economic Journal No 81, pag 828 – 845, (1971) o "Microeconomic theory and the valuation of travel time" Regional and Urban Economics No 2 pag 401 – 410. Un desarrollo a DeSerpa, el cual ha sido tomado como guía en el presente documento, fue realizado por MVA Consultancy, Institute for Transport Studies at Leeds University, Transport Studies Unit at Oxford University "Time Savings: Research into the Value Time", en Cost – Benefits Analysis, Cambridge University Press 1994

Es claro que dentro de  $i$  se incluyen aquellas actividades esenciales en las cuales es necesario destinar un tiempo mínimo como dormir y comer, otras que no requieren tiempo mínimo, frente a las cuales el agente se encuentra en plena disposición de utilizar más tiempo del mínimo requerido. A las primeras actividades se les denomina actividades intermedias y, a las segundas, actividades de puro ocio<sup>3</sup>.

Las restricciones y las proposiciones planteadas acerca del tiempo nos permiten adentrarnos en la solución de la definición del valor del ahorro en el tiempo de espera.

En primer lugar, a partir de las restricciones planteadas es posible redefinir el problema de la maximización de la utilidad del agente bajo un conjunto de elementos de la siguiente manera:

$$\text{Max } U(x_1, x_2, \dots, x_m, t_1, t_2, \dots, t_n, t_w) \quad (4)$$

Sujeto a las siguientes restricciones y utilidades marginales:

$$w * t_w + y \geq p * x \quad (\lambda)$$

$$T \geq \sum t_i + t_w \quad (\mu)$$

$$t_w \geq t_w^* \quad (\phi)$$

$$t_i \geq t_i^* \quad (\psi_i), \text{ para todos los } i$$

Donde:

$t_w^*$ : número mínimo de horas dedicado al trabajo

$t_i^*$ : vector que indica el número mínimo de horas dedicado a cada actividad  $i$

$\lambda$ : Utilidad marginal por una unidad adicional de renta.

$\mu$ : Utilidad marginal por la disponibilidad de una unidad adicional de tiempo.

$\phi$ : Utilidad marginal por la disminución de una unidad de tiempo de trabajo

$\psi_i$ : Utilidad marginal por la disminución de una unidad de tiempo para cada actividad  $i$

Utilizando la metodología de Lagrange se puede construir la siguiente ecuación:

$$L = U(x, t_i, t_w) + \lambda * (w * t_w + y - p * x) + \mu * (T - \sum t_i - t_w) + \phi * (t_w - t_w^*) + \sum \psi_i * (t_i - t_i^*) \quad (5)$$

Diferenciando con respecto a  $x$ ,  $t$  y  $t_w$ , se obtiene:

$$\partial U / \partial x_i - \lambda p_i = 0 \quad (6)$$

$$\partial U / \partial t_j - \mu + \psi_j = 0 \quad (7)$$

$$\partial U / \partial t_w + \lambda w - \mu + \phi = 0 \quad (8)$$

Es de notar que se ha definido de manera específica el tiempo destinado a la actividad  $j$ , en vez de utilizar el vector  $t_i$ , para un conjunto indeterminado de actividades. Ello nos permite definir el

<sup>3</sup> La terminología ha sido propuesta por Tipping “Time Savings in Transport Studies” Economic Journal 78 Pag 843 – 854, 1968.

concepto del valor marginal del tiempo utilizado en la actividad  $j$  (combinando las ecuaciones 7 y 8) de la siguiente manera:

$$(1/\lambda) * (\partial U / \partial t_j) = w + ((1/\lambda) * (\partial U / \partial t_w)) + \phi / \lambda - \psi_j / \lambda \quad (9)$$

Al analizar la ecuación (9) se encuentra que  $(\partial U / \partial t_w)$  debe ser cero, pues de lo contrario indicaría que el consumidor obtendría utilidad adicional por la disminución del tiempo de trabajo; al no existir desutilidad por trabajar, se debe concluir que el segundo término de la ecuación es igual a cero. De igual manera, si se conviene que no existe un mínimo de horas de trabajo, se concluye que el tercer término de la ecuación debe ser también igual a cero.

De esta manera, la ecuación (9) queda reducida a:

$$(1/\lambda) * (\partial U / \partial t_j) = w - \psi_j / \lambda \quad (10)$$

En situaciones en las cuales no existen restricciones de tiempo mínimo el término  $(\psi_j / \lambda)$  debe ser igual a cero, con lo cual el valor marginal del tiempo en la actividad  $j$  es igual a la tasa salarial, esto es:

$$(1/\lambda) * (\partial U / \partial t_j) = w \quad (11) \quad 4$$

---

4 Un desarrollo adicional puede realizarse a partir de la expresión obtenida, teniendo en cuenta que de la ecuación (8) se obtiene:

$$w = (\mu / \lambda) - (\phi / \lambda) - ((1/\lambda) * (\partial U / \partial t_w)) \quad (12)$$

Como el segundo y tercer término de la ecuación (11) son iguales a cero, por las razones expuestas, se obtiene que:

$$w = (\mu / \lambda) \quad (13)$$

Reemplazando en la ecuación (10) :

$$(1/\lambda) * (\partial U / \partial t_j) = (\mu / \lambda) - (\psi_j / \lambda) \quad (14)$$

Trasponiendo se obtiene que:

$$(\psi_j / \lambda) = (\mu / \lambda) - ((1/\lambda) * (\partial U / \partial t_j)) \quad (15)$$

A partir de la ecuación (15) es posible tener un marco adicional para valorar el tiempo ahorrado en una actividad específica  $j$ , por lo que es importante definir sus características:

De esta manera, la primera conclusión es que el valor del tiempo ahorrado es igual a la tasa de salario. No obstante, como se demuestra en el acápite siguiente, esta conclusión no es extensiva a todas las actividades alternativas del tiempo ahorrado en la actividad  $j$ , sino que depende de la forma como se utilice el tiempo ahorrado.

#### 11.4.5 LA APLICACIÓN PRÁCTICA

La resolución a la definición del valor del tiempo ahorrado pasa por la comprensión de las posibilidades de uso que tiene el consumidor de dicho tiempo. En general los estudios reconocen diversas clases de actividades en las cuales puede ser utilizado el tiempo ahorrado, de la siguiente manera:

- Actividades de ocio.
- Actividades esenciales o de subsistencia, tales como dormir, comer, médico, etc.
- Tareas de ama de casa
- Actividades educativas o de trabajo
- Actividades de Ocio

El principio general enseña que cuando el tiempo de ocio ahorrado es dedicado a otras actividades de ocio, el valor atribuido en una u otra circunstancia es el mismo, lo cual indica que el valor marginal es igual a cero. Es importante no incurrir en la confusión de creer que el tiempo de ocio tiene un valor igual a cero. Lo que se está planteando es que, si bien dicho tiempo tiene un valor, su valor marginal es cero cuando el ahorro de tiempo es sustituido por otra actividad de esta naturaleza.

La conclusión práctica de la observación anterior es que cuando el tiempo ahorrado está substituyendo una actividad de ocio por otra de la misma naturaleza, el valor del tiempo ahorrado es de cero.

##### a. Actividades esenciales o de subsistencia

La observación general realizada por la generalidad de los estudios que se han aplicado al estudio de la utilización del tiempo por parte de los agentes económicos en actividades esenciales o de subsistencia ha demostrado que éstas son altamente estables incluso entre los diferentes segmentos de la población a través de diferentes países y del tiempo. Esta observación permite concluir que el tiempo ahorrado en espera médicas no será dedicado a otras actividades esenciales y,

- 
- El término de la izquierda ( $\psi_j / \lambda$ ) es el valor del tiempo ahorrado en la actividad específica  $j$ , para nuestro caso, en el transporte.
  - El primer término de la derecha ( $\mu / \lambda$ ) es el valor del tiempo.
  - El segundo término de la derecha ( $(1 / \lambda) * (\partial U / \partial t_j)$ ) es la valoración marginal del tiempo gastado en la actividad específica  $j$ .

presumiblemente, menos a nuevas consultas médicas. Por lo tanto esta actividad no es objeto de atención en la estimación.

### **b. Actividades Domésticas**

Al contrario de las actividades esenciales y de manera similar a las de ocio, las actividades domésticas muestran un alto grado de variación entre los agentes dependiendo de los diferentes roles que ellos asumen y los ciclos de vida por los cuales se encuentran atravesando. En general es de esperar que una fracción marginal del tiempo ahorrado será dedicado a este tipo de actividades.

### **c. Actividades de estudio o de trabajo**

Habida cuenta del razonamiento precedente, es menester concluir que el tiempo ahorrado es dedicado mayoritariamente a sustituir actividades de ocio o a incrementar el tiempo dedicado al estudio o al trabajo. En el caso del ocio quedó ya claro cómo cuando se sustituye una actividad de ocio por otra el resultado en términos de valor marginal adicional es cero (aunque el tiempo de ocio sí tiene valor); así, el problema central estriba en la valoración del mayor tiempo disponible para dedicar al estudio o al trabajo.

Ahora bien, el tiempo ahorrado dedicado al trabajo será igual a cero, cuando la espera tiene lugar en horas laborales y el agente económico tiene un contrato de trabajo que incluye dichas horas. La razón es que dicho tiempo es un costo pagado por el empleador, de manera que la utilidad marginal para el trabajador es igual a cero. En otras palabras, dado que el tiempo ahorrado se encuentra dentro de la jornada de trabajo, el costo es asumido por el empleado y no ofrece ninguna utilidad al trabajador.

En sentido contrario, cuando el tiempo ahorrado pertenece al trabajador y éste lo dedica a mayor tiempo de trabajo, la utilidad marginal que se deriva es igual a la remuneración que obtenga por ese tiempo ahorrado. En términos generales, la manera de medir dicho tiempo ahorrado es a través de la tasa de salario propia de ese trabajador.

Esta conclusión es la que se encuentra plasmada en la ecuación (10)

### **d. Conclusión**

Como conclusión se puede plantear que de las posibilidades de uso de los agentes económicos del tiempo ahorrado en espera en atenciones médicas, existen dos actividades en donde existe una utilidad marginal positiva para los agentes económicos. La primera es aquella que permite aumentar el tiempo para las tareas domésticas; no obstante, hemos visto que esta es muy reducida y prácticamente deleznable para el análisis. La segunda, por su parte, es aquella dedicada al trabajo, cuando el tiempo ahorrado pertenece al trabajador y no es asumido como costo del empleador. Así el cálculo del valor del tiempo ahorrado debe centrarse en esta última alternativa, dejando a las otras probables por fuera del análisis, dado que su utilidad marginal es cero o cercana a tal valor.

## 11.5 CÁLCULO DEL BENEFICIO POR SALVAMENTO DE VIDA O AUMENTO DE LOS AÑOS DE EXISTENCIA

El cálculo del beneficio por salvar vidas a partir de una adecuada atención en salud o por el aumento de los años de existencia tiene una base teórica similar a la del tiempo ahorrado en espera en la atención médica y por ello no va a ser objeto de repetición.

La diferencia radical estriba en que los beneficios económicos en estos aspectos están dados por el tiempo real productivo de la persona a la cual se le ha salvado la vida o se le ha mejorado la calidad de la misma; esto es, que a diferencia del tiempo ahorrado, siempre existe un valor económico imputable a la vida salvada. Ahora bien, frente a los beneficios por salvamento de vida o aumento de años de existencia es posible diferenciar dos elementos esenciales:

De una parte el valor del costo de oportunidad de la vida perdida. Este método que es usual encontrarlo en la cuantificación de las demandas al Estado cuando se producen desapariciones por negligencias imputables a los servicios que aquél debe proveer, consiste en determinar la edad del ciudadano fallecido, restar este valor de la esperanza de vida y calcular los ingresos económicos que hubiera podido percibir de no haberse causado el deceso.

Es claro que en este cálculo deben tenerse en cuenta las características particulares del ciudadano y las expectativas de que sus ingresos actuales hubiesen podido tener incrementos futuros, de suerte que dentro de la estimación se involucre el conjunto de variables necesarias para que ella sea adecuada.

De la manera señalada, el beneficio por cada una de las vidas salvadas a partir de una atención médica oportuna y adecuada (o incluso un entorno de salud pública apropiado) está dado por la siguiente fórmula:

$$B_i = ((E(v) - V_{\text{de}}) * W t$$

En donde:

$B_i$ : Beneficio por cada vida salvada  $i$

$E(v)$ : Esperanza de vida; dado por los cálculos actuariales de la Nación.

$V_{\text{de}}$ : Momento de la vida en que ocurrió el deceso

$Wt$ : Vector de los salarios esperados en los diferentes años desde el deceso real hasta la esperanza de vida

A su turno, el beneficio total durante un periodo determinado (un año), está dado por:

$n$

$$B_T = \sum_{i=1} B_i$$

$i=1$

En caso de que se trate de un mejoramiento de la esperanza de vida en virtud del tratamiento médico adecuado y oportuno, basta con realizar las modificaciones necesarias a la formulación planteada para obtener los beneficios.

El segundo elemento es el relacionado con el mejoramiento de la calidad de vida de los familiares del beneficiado, dado por el ahorro de tristeza y sufrimiento que la atención médico les proporciona. El problema en este aspecto es que existe un alto grado de dificultad en medir los ahorros de tristeza y de sufrimiento, por lo cual ellos no deben ser considerados dentro de la estimación.

## 11.6 FLUJOS DE COSTOS Y BENEFICIOS

Una vez determinados los costos y beneficios con los que se construye el flujo de caja es necesario determinar los indicadores que conduzcan a conocer si el mejoramiento del sistema de supervisión es beneficioso o no para la sociedad; por supuesto esta decisión es totalmente ajena a la definición de las fuentes de los recursos. Dichos indicadores son, para el corto plazo, el valor actualizado neto del primer año ( $VAN_1$ ) y la tasa de rentabilidad inmediata (TRI). En el largo plazo son, el valor presente neto (VPN) y la tasa interna de retorno (TIR).

### 11.6.1 INDICADORES CORTO PLAZO

Valor actualizado neto del primer año ( $VAN_1$ ): Corresponde al costo de postergar un año el proyecto.

#### 11.6.1.1 Valor Actualizado Neto del primer año

$$VAN_1 = \frac{B_1 - I_0 \times r}{1 + r}$$

Donde,

$B_1$ : Beneficio del primer año

$I_0$ : **Inversión social del proyecto actualizada al año 0**

$r$ : Tasa de descuento social

Tasa de rentabilidad inmediata, o tasa de retorno del primer año (TRI): Corresponde al valor de la tasa de actualización ( $i$ ) que hace cero el valor actualizado neto del primer año ( $VAN_1$ ). La ecuación 5 muestra el indicador en términos matemáticos

#### 11.6.1.2 Tasa De Rentabilidad Inmediata o Tasa de Retorno del Primer Año

$$TRI = \frac{B_1}{I_0}$$

Donde,

$B_1$ : beneficios del primer año.



$I_0$ : inversión actualizada al año anterior al primero de funcionamiento.

Si la TRI es mayor que la tasa de actualización social (i) vigente, el proyecto se considera rentable, en caso contrario debería ser rechazado.

## 11.6.2 INDICADORES DE LARGO PLAZO

### 11.6.2.1 El Valor Presente Neto Económico (Vpne) de los Beneficios del Proyecto:

Con los resultados de los beneficios calculados a partir de los ahorros que se obtengan por año como resultado del mejoramiento de la vía y los costos expresados en precios de cuenta, incluyendo el mantenimiento, se calculará el valor presente neto del flujo de fondos de beneficios (valores económicos) del proyecto utilizando la tasa social de descuento del 12% definida por el DNP para proyectos de inversión social.

$VPN = - I + \sum (B_n / (1+r))^n$  Donde:

I : Inversión social del proyecto, es decir inversión privada

$B_n$  : Beneficios generados por el proyecto en el año n

r : Tasa de descuento social

El VPN evaluado a la Tasa de Oportunidad Económica de los recursos, mide el impacto que tiene el proyecto sobre el bienestar de la comunidad. De esta manera un VPN mayor a cero indicará que existe un beneficio neto para la comunidad; uno igual a cero indica que los beneficios y los costos son iguales; finalmente un VPN menor a cero señala que el proyecto no ha dado los resultados esperados de la inversión pública.

El horizonte de vida útil del proyecto debe establecerse de acuerdo con las características del mismo.

### 11.6.2.2 Tasa Interna de Retorno

Corresponde a la tasa de descuento  $\otimes$  que hace cero el VAN. Si la TIR resulta superior a la tasa social de descuento  $\otimes$ , entonces el proyecto es rentable. La TIR se cálculo de la manera usual en que se hace para los modelos financieros.

La TIRE indica la tasa de retorno económica generada por la inversión en el proyecto o, lo que es lo mismo, la rentabilidad social que tiene el proyecto. En el mismo sentido que el VPN una TIRE superior al costo de oportunidad de los recursos indica que el proyecto ha tenido un impacto favorable para la comunidad, mientras que en un resultado donde la TIRE sea menor a dicho costo de oportunidad indica que los resultados no han sido los esperados.

Lo anterior indica que el efecto del proyecto se refleja en un flujo neto de beneficios y costos económicos, medidos de la manera propuesta. En este escenario de flujos, los beneficios indican el

mayor bienestar de la comunidad en razón del proyecto, mientras que los costos indican cuanto cuesta el desarrollo del mismo y el mantenimiento de las condiciones operativas previstas.

## **11.7 APROXIMACION A UNA ESTIMACION DE COSTO BENEFICIO**

Como se puede colegir de su propia enunciación, la definición de una relación costo beneficio en un proyecto que implique el mejoramiento del modelo de supervisión del sector de la salud implica la disposición de información extensa, cuya recopilación constituye, en sí misma, la realización de un trabajo de consultoría con entidad propia.

A continuación se desarrolla una estimación gruesa del Costo Beneficio del mejoramiento del sistema de supervisión. Habida cuenta de las restricciones de información, buena parte de este ejercicio se funda sobre supuestos.

### **11.7.1 ESTIMACIÓN DE LOS COSTOS**

Dado que en la actualidad se desarrolla un sistema de supervisión en el país, la estimación de los costos, de acuerdo con la formulación metodológica propuesta, tiene como fundamento únicamente los nuevos costos que se suponen son necesarios para el mejoramiento de dicho sistema. Estos costos están relacionados con el mejoramiento de la infraestructura a nivel local (básicamente territorial), con las auditorías externas, con el fortalecimiento de la SNS y con el mejoramiento de los sistemas de información.

Para el cálculo se asumió que las DDS serán fortalecidas en 22 departamentos con tres personas adicionales en cada una de ellas y que en los otros 10 departamentos funcionarán auditorías externas. En los primeros se asume que, en promedio, es necesario aumentar la planta con tres personas con un salario mensual, también promedio de \$1.200.000.00 y con un pago equivalente de 16 salarios al año. Así mismo se supone que cada una de ellas debe invertir, en promedio, \$150.000.000.00 en sistemas de información.

En los segundos, esto es, los diez departamentos con auditorías externas, los cuales están compuestos por aquellos creados a partir de la Constitución Política de 1991 (5) y por cinco (5) adicionales en los que se asume es necesario acudir a los agentes externos, se ha estimado un costo anual promedio por departamento de la auditoría, teniendo en cuenta la experiencia de mecanismos similares, de \$180.000.000.00. De esta cifra, teniendo en cuenta dichas experiencias el 75% corresponde a personal y el 20% a implementación de sistemas de información y el 5% restante a gastos varios.

En el nivel municipal, habida cuenta de las restricciones de las funciones de supervisión que les impuso la ley 715 no se ha asumido que se deban dar cambio de personal.

En lo que corresponde a la SNS, teniendo en cuenta la estructura que se ha planteado de manera preliminar, se ha supuesto que la nómina se incremente en un 25%.

Finalmente, en lo que corresponde a los sistemas de información de la SNS se ha realizado un estimativo general, asumiendo que aún en ausencia del nuevo modelo de supervisión, para que el existente en la actualidad tenga alguna operatividad es preciso realizar inversiones en este campo. Los resultados del ejercicio realizado como ejemplo para el primer año se presentan a continuación:

### ESTIMACION DEL PRIMER AÑO A PRECIOS DE MERCADO

	Insumos	Insumos	Mano de Obra	Mano de Obra
	Nacionales	No Nacionales	Calificada	No Calificada
1. SNS				
Aumentos de Personal			2,000,000,000	
Sistemas de Información		3,000,000,000		
Gastos varios	250,000,000			
2. DDS				
Aumentos de Personal			1,267,200,000	
Sistemas de Información		3,300,000,000		
Gastos Varios	330,000,000			
3. Auditorías Externas				
Personal			1,350,000,000	
Sistemas de Información		360,000,000		
Gastos Varios	90,000,000			
Total	670,000,000	6,660,000,000	4,617,200,000	-

Es decir que el total de la inversión, para el primer año, a precios económicos es de \$11.947.200.000.oo. Ahora es preciso convertir los costos a precios económicos, aplicando las Razones de Precio Cuenta (RPC). El resultado es el siguiente:

### ESTIMACION DEL PRIMER AÑO A PRECIOS ECONOMICOS

	Insumos	Insumos	Mano de Obra	Mano de Obra
	Nacionales	No Nacionales	Calificada	No Calificada
1. SNS				
Aumentos de Personal			1,359,600,000	
Sistemas de Información		2,351,100,000		
Gastos varios	215,525,000			
2. DDS				
Aumentos de Personal			861,442,560	
Sistemas de Información		2,586,210,000		
Gastos Varios	284,493,000			
3. Auditorías Externas				
Personal			917,730,000	
Sistemas de Información		282,132,000		
Gastos Varios	77,589,000			
Total	577,607,000	5,219,442,000	3,138,772,560	-

De esta manera el costo a precios económicos es de \$8.935.821.560.00, cifra que se constituye en el parámetro de los costos para el estudio de la relación costo beneficio durante el primer año. Es necesario considerar que para los años siguientes la inversión en informática corresponderá únicamente al mantenimiento y a evitar la obsolescencia, mientras que en los otros campos, en términos reales, debe permanecer inmodificado.

## **11.7.2 ESTIMACIÓN DE LOS BENEFICIOS**

### **11.7.2.1 Menores Pérdidas para el Estado**

De acuerdo con diversos estimativos los desvíos de recursos, sólo en lo que corresponde al régimen subsidiado, o las pérdidas atribuibles a deficiencias en la supervisión de los distintos agentes involucrados en el flujo de caja de estos recursos ha sido cercano al medio billón de pesos durante los últimos cuatro años, es decir, un promedio de \$125.000.000.000.00 anuales. Si se contarán las pérdidas asociadas a la evasión y a la elusión de aportes, a los fraudes al ECAT, etc., se tiene un panorama donde las pérdidas por estos conceptos alcanzan cifras realmente mayúsculas.

Con el objeto de no sobredimensionar las proyecciones del presente ejemplo se va a asumir que, en términos generales, el total de las pérdidas para el sector durante esos cuatro años es de un billón de pesos (\$250.mil millones por año) y que con el nuevo sistema de supervisión se va a lograr impedir pérdidas por el 20% de lo registrado con anterioridad.

Con las anteriores presunciones, altamente conservadoras, se tiene que los beneficios que produce el nuevo modelo de gestión de la supervisión por sólo este concepto, es de \$50 mil millones.

### **11.7.2.2 Ahorros en Tiempos de Espera**

Dada la carencia de información en este campo se van a hacer algunas presunciones para poder a proceder a la estimación del ejemplo. Se va a suponer que durante un año, en el país se presentan dieciocho millones de citas al médico (es decir, en promedio, una y media por usuario), de las cuales, solo ocho millones corresponden a trabajadores; adicionalmente, se va a asumir que en promedio, tales trabajadores - usuarios tienen un ingreso mensual promedio equivalente a dos Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes (SMMLV). De igual manera se va a aceptar que con ocurrencia del modelo de supervisión el tiempo de espera en el médico se va a disminuir en diez (10) minutos.

De acuerdo con los anteriores supuestos, los usuarios ahorrarían tres millones de horas al año, de las cuales 1,333.333 corresponden a trabajadores, lo cual a un ingreso promedio de 2 SMMLV da un ahorro total de \$4.545.454.545, esto es, el equivalente al 51% de los costos del mejoramiento de la supervisión.

### **11.7.2.3 Beneficios en Salvamento de Vidas**

Para terminar el ejemplo, es preciso también hacer una serie de supuestos en este campo. Tales supuestos son: dado el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud se logran salvar al

año tan sólo doscientas (200) personas con ingresos equivalentes al SMMLV y sin prestaciones. La vida activa restante de cada uno de ellos, en promedio, es de 20 años.

Con la anterior información es posible estimar que el beneficio de la comunidad, en tan sólo un año, por el salvamento de vidas, aún con las cifras ultraconservadoras que se han planteado, es de \$14.400 millones.

### 11.7.3 RESUMEN

De acuerdo con las definiciones anteriores, es posible realizar un resumen para el primer año de la siguiente manera:

Concepto	Valor
Costo a Precios Económicos	8.938.821.560
Beneficio por Menores Pérdidas para el Estado	50.000.000.000
Beneficios por Ahorro en Tiempo de Espera	4.545.454.545
Beneficios por salvamento de Vidas	14.400.000.000
Total Beneficios para el Primer Año	68.945.454.545
Exceso de Beneficios sobre Costos	60.009.632.985

El resultado anterior, obtenido sobre la base de cifras que resultan ostensiblemente menores a los que se puede esperar en la realidad, demuestran a las claras que la inversión es supervisión es altamente provechosa, en el sentido de producir beneficios sociales manifiestos y que, de esta manera, la decisión de invertir o no es exclusivamente de la política gubernamental.