TABLA DE CONTENIDO

1 ANÁLISIS FINANCIERO DEL FLUJO DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO.. 1-1

1.1 NORMATIVIDAD SOBRE EL CÁLCULO DE LOS INGRESOS QUE FINANCIAN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD.....1-1

1.1.1 Origen Legal de los Recursos del Régimen Subsidiado 1-2
1.1.2 Giro de los recursos a las Entidades Territoriales 1-6

1.2 FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO 1998-2000.....1-8

1.2.1 Comportamiento de las rentas en el ámbito nacional 1-8
1.2.2 Comportamiento territorial del financiamiento de los subsidios a la demanda 1-11
1.2.3 Comportamiento financiero de la sub-cuenta solidaridad del FOSYGA en el periodo 1995-2000 1-16

1.3 INDICADORES DE COBERTURA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.....1-18

1.4 FLUJO DE RECURSOS PARA SUBSIDIOS A LA DEMANDA HACIA DEPARTAMENTOS, DISTRITOS Y MUNICIPIOS 1-24

1.4.1 Giros de la Sub-cuenta solidaridad del FOSYGA 1-24
1.4.2 Recaudos de las rentas cedidas y otros recursos del Regimen subsidiado en los departamentos y municipios 1-25
1.4.3 Flujo de recursos entre Entidades Territoriales y ARS 1-27

1.5 PROCESOS DE PRESUPUESTACION DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES 1-28

1.5.1 Problemas sobre la presupuestacion y seguimiento de los recursos y gastos del Regimen Subsidiado 1-29
1.5.2 Causas de la problemática en la presupuestacion y seguimiento de los recursos del Regimen subsidiado 1-30
1.5.3 Soluciones.....1-32

1.6 ANÁLISIS MULTIVARIADO: HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES. 1-32

1.6.1 Primer Hallazgo: 1-34
1.6.2 Segundo Hallazgo 1-36
1.6.3 Tercer Hallazgo 1-38
1.6.4 Quinto Hallazgo 1-41
1.6.5 Sexto Hallazgo 1-42
1.6.6 Séptimo Hallazgo.....1-44

1.7 PROPUESTA DE DECRETO PARA MEJORAR EL FLUJO DE LOS RECURSOS.....1-49

1.7.1 Propuesta de decreto para mejorar flujo de recursos (versión diciembre de 2001) 1-49
1.7.2 Versión 2 ajustada según ley 715 1-58

2 ANÁLISIS FINANCIERO DE ARS E IPS DEL REGIMEN SUBSIDIADO 2-1

2.1 ANÁLISIS FINANCIERO O "BENCHMARKING" 2-2

2.1.1 Metodología del análisis Financiero 2-2

2.2 LOS RESULTADOS FINANCIEROS 2-4

2.3 LOS INDICADORES FINANCIEROS: 2-8

2.3.1 Margen Bruto: 2-9
2.3.2 Margen Operacional: 2-10
2.3.3 Margen Neto: 2-11
2.3.4 Rotación de cuentas por pagar y por cobrar: 2-13
2.3.5 Pasivo frente al activo: 2-15
2.3.6 Obligaciones financieras frente al activo: 2-16
2.3.7 Rentabilidad de las ARS. 2-17
2.3.8 LA VIABILIDAD DE LAS ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN SUBSIDIADO ARS 2-19
2.3.9 Gastos financieros frente a ventas: 2-20
2.3.10 Ebitda (Utilidades en dinero en efectivo): 2-21
2.3.11 Ebitda (utilidades en efectivo) frente a gastos financieros: 2-23
2.3.12 Necesidades de Capital: 2-24

2.4 ANÁLISIS MULTIVARIADO 2-27

2.4.1 Metodología del análisis Multivariado 2-27
2.4.2 Resultados generales del Análisis Multivariado: 2-31

2.5 IMPACTO DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS 2-34

2.5.1 Ingreso anual de las IPS públicas 2-34
2.5.2 Recuperación de la facturación por atención a vinculados 2-41
2.5.3 Análisis de antigüedad de cartera 2-42

2.6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 2-47

2.6.1 El contexto de las ARS 2-47
2.6.2 perspectivas generales de las ars. 2-48

2.7 HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES SOBRE EL FLUJO DE RECURSOS Y LAS ARS 2-49

2.8 ANEXO 2-51

2.8.1 EXPOSICIÓN DE MOTIVOS 2-51
2.8.2 LAS NORMAS SOBRE FLUJO DE RECURSOS EN LA LEY 715 DEL 21 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2001. 2-52

3 TRANSFORMACIÓN DE SUBSIDIOS DE OFERTA A DEMANDA 3-1

3.1 INTRODUCCIÓN 3-1

3.2 ANTECEDENTES 3-2

3.3 OBJETIVOS DE LOS SUBSIDIOS DE OFERTA PARA EL CASO COLOMBIANO 3-5

3.3.1 La garantía del derecho a la salud 3-6
3.3.2 Recursos de oferta y el sostenimiento de la red pública de IPS 3-7

3.4 OBJETIVOS DE LOS SUBSIDIOS DE DEMANDA EN EL CASO COLOMBIANO 3-8

3.5 LOS LIMITES DE LA TRANSFORMACIÓN 3-9

3.5.1 La cobertura como primer límite 3-9
3.5.2 La focalización como segundo límite 3-17
3.5.3 Dependencia relativa de la red hospitalaria y efectos perversos de su desaparición. - Tercer límite - 3-18

3.6 ESTRUCTURA DE GASTOS Y COMPETITIVIDAD DE LAS IPS PÚBLICAS 3-22

3.6.1 Sobre la competencia entre IPS y la integración vertical en presencia de varios oferentes 3-23
3.6.2 Costos y productividad de las IPS 3-24

3.7 SECUENCIA EN LA TRANSFORMACIÓN 3-27

3.8 CONCLUSIONES 3-30

3.9 ANEXO 1 - FOCALIZACION VS. UNIVERSALIZACION 3-32

4 SOSTENIBILIDAD MACROECONÓMICA Y FINANCIERA DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD 4-1

4.1 EL CONCEPTO DE SOSTENIBILIDAD 4-2

4.1.1 La restricción dinámica de presupuesto del gobierno 4-2
4.1.2 DEFINIENDO LA SOSTENIBILIDAD 4-3

4.2 LOS NUEVOS INDICADORES DE SOSTENIBILIDAD 4-5

4.2.1 La tasa de impuestos sostenible (t^*) 4-5
4.2.2 Las tasas de gastos y transferencias sostenibles (g^* y h^*) 4-8
4.2.3 Dos puntos empíricos de relevancia 4-10
4.2.4 Dos puntos teóricos de relevancia 4-11
4.2.5 Hacia Indicadores Implementables 4-13

4.3 LA EVIDENCIA COLOMBIANA 4-18

4.3.1 La elección de tres indicadores 4-18
4.3.2 Las brechas fiscales de corto (una mirada hacia el presente) y mediano plazo (una mirada hacia el futuro cercano) 4-19

4.4 COMPONENTES MACROECONÓMICOS Y FINANCIEROS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD A PARTIR DE LA LEY 715 DE 2001 4-26

4.4.1 DISTRIBUCION SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES 2002 4-31
4.4.2 PROYECCIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA PARA EL PERIODO 2002-2014 4-32
4.4.3 PERSPECTIVAS DE LA POBLACIÓN Y DEL EMPLEO 4-33
4.4.4 PROYECCION DE LA FINANCIACIÓN DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD 2001-2014 4-37

4.5 LA SOSTENIBILIDAD DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD DEPENDE Y NO DEPENDE DE LA SOSTENIBILIDAD DE LAS FINANZAS DEL GOBIERNO NACIONAL 4-40

4.6 CONCLUSIONES 4-42

4.7 REFERENCIAS BASICAS 4-44

5 ENFERMEDADES DE ALTO COSTO. UNA PROPUESTA PARA SU REGULACION. 5-1

5.1 PRESENTACION.....5-1

5.2 DIAGNOSTICO SITUACIONAL. 5-2

5.3 DISCUSION CONCEPTUAL.....5-3

5.3.1 PROTECCION SOCIAL Y SEGURIDAD SOCIAL. 5-3

5.4 SEGUROS DE SALUD.....5-4

5.5 SEGUROS Y REASEGUROS. DISTRIBUCION DEL RIESGO O DISTRIBUCION DEL COSTO. ...5-5

5.6 LA EXPERIENCIA DEL ALTO COSTO EN EL REGIMEN SUBSIDIADO. EL ESTUDIO DEL CID-UNIVERSIDAD NACIONAL.....5-7

5.7 ELEMENTOS PARA UNA PROPUESTA.....5-16

5.8 SELECCIÓN ADVERSA Y AFILIACION FRAUDULENTA. 5-18

5.9 EL COSTO DEL ALTO COSTO.....5-21

5.10 LA PROPUESTA Y SUS COSTOS.....5-24

5.11 BIBLIOGRAFIA.....5-28

1 ANÁLISIS FINANCIERO DEL FLUJO DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO

Ivan Jaramillo
Investigador Universidad Nacional

Presentación

Este capítulo está enfocado a evaluar las diferentes fuentes de financiamiento del régimen subsidiado en las etapas del proceso de origen, distribución, asignación y el **flujo** de los mismos y la cobertura alcanzada, como uno de los pilares para la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizar su sostenibilidad y alcanzar la cobertura universal establecida en la Ley 100 de 1993.

En una segunda etapa mediante el análisis multivariado se buscará establecer los tipos de comportamientos frente a la consecución y uso de los recursos, así como la generación de deudas y moras que están asociados a los dos tipos predominantes de manejo del Régimen Subsidiado: el modelo autónomo municipal (contratos bipartitos) y el modelo de concurrencia entre departamentos y municipios (contratos tripartitos).

Parte introductoria de este capítulo lo constituye la presentación de una síntesis sobre la base legal de las diversas fuentes de financiamiento del régimen.

1.1 NORMATIVIDAD SOBRE EL CÁLCULO DE LOS INGRESOS QUE FINANCIAN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD.

El régimen subsidiado para su financiamiento cuenta con recursos provenientes de varias fuentes, unas de propiedad de la Nación, otras cedidas a los departamentos, los municipios y otras rentas parafiscales. Entre ellas:

- Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA- Subcuenta Solidaridad
- Transformación de subsidios de oferta a demanda de los recursos provenientes del situado fiscal y las rentas cedidas
- Ingresos Corrientes de la Nación- ICN transferidos a los municipios
- Rendimientos financieros
- Recursos destinados por las Cajas de Compensación Familiar.

1.1.1 Origen Legal de los Recursos del Régimen Subsidiado

Como es de conocimiento, el sector de la salud y en especial el régimen subsidiado tiene diversas fuentes de financiación, cada una de ellas con un origen y una normatividad que le es propia antes de definirse como "Subsidios a la demanda", con un trámite especial para su desembolso a las entidades territoriales, receptoras en primera instancia de esos recursos, con excepción de los administrados directamente por las Cajas de Compensación Familiar en los términos del artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

Dada la especificidad de los procesos para que los recursos sean situados en las tesorerías de las entidades territoriales, contratantes directas de los subsidios de los afiliados al régimen subsidiado, hacemos un breve recuento del origen de esas fuentes, con el fin de conocer las rigideces legales y reglamentarias del flujo de los recursos del sistema.

- **Ingresos Corrientes de la Nación – I.C.N. y del Situado Fiscal**

La Constitución Política en el artículo 356 dispone "Salvo lo dispuesto por la Constitución, la ley, a iniciativa del Gobierno, fijará los servicios a cargo de la Nación y las entidades territoriales, Determinará, así mismo, el situado fiscal, esto es, el porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación que será cedido a los departamentos, el Distrito Capital y los Distritos Especiales de Cartagena y Santa Marta, para la atención directa, o a través de los municipios, de los servicios que se le asignen.

Los recursos del situado fiscal se destinarán a financiar la educación preescolar, primaria, secundaria y media, y la salud, en los niveles que la ley señale, con especial atención a los niños. (.....)

La ley fijará los plazos para la cesión de estos ingresos y el traslado de las correspondientes obligaciones, establecerá las condiciones en que cada departamento asumirá la atención de los mencionados servicios y podrá autorizar a los municipios para prestarlos directamente en forma individual o asociada. No se podrán descentralizar responsabilidades sin la previa asignación de los recursos fiscales suficientes para atenderlas. (...)"

En el artículo 357 la carta magna dispone: " Los municipios participarán en los ingresos corrientes de la Nación. La ley, a iniciativa del Gobierno, determinará el porcentaje mínimo de esa participación y definirá las áreas prioritarias de inversión social que se financiarán con dichos recursos. (...)

El Congreso de la República expidió la Ley 60 de 1993, "Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de las competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones"

Los artículos 21 y 22 de la precitada ley establecen que de las participaciones a los municipios se destinarán a salud el 25%, para pago de salarios y honorarios a médicos, enfermeras, promotores y demás personal técnico y profesional, y cuando hubiere lugar a

sus prestaciones sociales, y su afiliación a la seguridad social; pago de subsidios para el acceso de la población con necesidades básicas insatisfechas a la atención en salud, (...).

De los 25 puntos de ICN transferidos a los municipios, 15 puntos como mínimo se destinan a la financiación del régimen subsidiado, según lo estableció el artículo 214 de la Ley 100 del mismo año.

El giro de los I.C.N. a los municipios fue establecido por la Ley 60 de 1993 en su artículo 24 – parágrafo 2º y 3º, especificando que el Programa Anual de Caja se hace sobre el 90% del aforo que aparece en la ley de presupuesto. Cuando en una vigencia fiscal los ingresos corrientes efectivos sean superiores a los estimados en el presupuesto, el Gobierno Nacional procederá a efectuar el correspondiente reaforo y asignar los recursos adicionales en la misma vigencia fiscal o en la subsiguiente, conjuntamente con los valores correspondientes al 10% del aforo previsto en el presupuesto.

En caso que los ingresos efectivos sean inferiores se dispondrá la reducción respectiva.

Corresponde a la Nación a través del Departamento Nacional de Planeación definir el valor de las transferencias a los municipios por concepto de la participación de los ICN, en concordancia con la Ley punto que es aprobado por el CONPES SOCIAL, anualmente.

El giro de los recursos correspondientes al 90% de los I.C.N. se hace por bimestre vencido, dentro de los 15 días siguientes y el 10% restante más el reaforo si lo hubiere, el 15 de abril del siguiente año.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el objeto de garantizar la afiliación al régimen de seguridad social en salud y distribuir los recursos del FOSYGA, indica en sus Acuerdos, al comienzo de cada anualidad, la suma de los ICN que los municipios deben destinar a la cofinanciación de la contratación para garantizar la sostenibilidad de los afiliados al régimen subsidiado en salud.

SITUADO FISCAL. Los artículos 9º y 10º de la Ley 60 especifican que éste es un porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación, para la atención de los servicios públicos de la educación y salud de la población y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 49, 67 y 365 de la Constitución Política.

A partir del año 1996 el situado fiscal corresponde como mínimo al 24.5% de los ingresos corrientes de la Nación.

Del total que corresponde a cada departamento, será obligatorio destinar como mínimo el 60% para educación y el 20% para salud. El 20% restante lo deberá el departamento o distrito, a salud o educación según sus metas en coberturas y demás fuentes de financiación de estos sectores. Una vez distribuido el situado fiscal por entidades territoriales, del valor total que corresponde a cada una se descontarán las cuotas patronales para la afiliación y creación de reservas para el pago de los valores prestacionales de pensiones y cesantías, para los sectores de salud y educación, de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia.

Dispone igualmente la misma ley, los requisitos para la administración de los recursos del situado fiscal por parte de los departamentos y distritos y los municipios, los cuales una vez acreditados les permiten a las entidades territoriales el manejo en forma autónoma de los mismos. Mientras no se satisfagan esos requisitos por parte de los departamentos y distritos, la administración del situado fiscal se realizará con la intervención técnica y administrativa de la Nación por intermedio del respectivo Ministerio.

El Situado Fiscal para subsidios a la demanda en salud anualmente corresponde a un porcentaje del Situado Fiscal - Prestación de Servicios de Salud destinado a garantizar la continuidad de la afiliación a las entidades administradoras del régimen subsidiado, de la población actualmente afiliada a ellas y la ampliación de coberturas, en concurrencia con los demás recursos de demanda disponibles, tanto del orden nacional como el departamental y el municipal, de acuerdo con las disposiciones del Consejo Nacional de Seguridad en Salud.

La Ley 344 de 1996 – artículo 20, previó que la transformación de subsidios de oferta a demanda con recursos del situado fiscal y las rentas cedidas era la siguiente:

Recurso	1997	1998	1999	2000
Situado Fiscal	15%	25%	35%	60%
Rentas Cedidas		15%	25%	60%

Fuente: Ley 344 de 1996

Para calcular la base sobre la cual se aplica el porcentaje a transformar de subsidios de oferta a demanda, se deben deducir del situado fiscal – prestación de servicios las partidas para financiar los siguientes conceptos de gastos en salud: 10% para el Plan de Atención Básica; el monto destinado a garantizar la oferta de los servicios de salud mental no incluidos en el POS-S y la reducción del valor del situado fiscal – prestación de servicios de esa vigencia a precios constantes con respecto al monto inicial de la vigencia anterior, si la hubiere.

Es importante indicar que el Ministerio de Salud anualmente expide una metodología que determina los techos presupuestales Departamentales y Distritales, tanto para situado fiscal como para rentas cedidas, sobre la base de las asignaciones presupuestales definidas para cada anualidad, con destino al sector salud, y la forma de cálculo de esas partidas en el ámbito municipal, montos que son refrendados (aprobados) por el Ministerio de Salud, dentro del proceso de distribución del Situado Fiscal de los 32 departamentos y los 4 distritos.

El financiamiento del sector salud con la participación de los ICN a los municipios y el Situado Fiscal, su forma de distribución territorial y la transformación de los subsidios de oferta en demanda plasmados en la primera parte tuvieron vigencia y la tienen hasta el 31 de diciembre del presente año, ya que la Constitución Política y específicamente los artículos 356 y 357 fueron modificados recientemente a través del Acto Legislativo 012, el cual reemplaza las participaciones en los ingresos corrientes de la Nación cedidos a los departamentos y municipios por el Sistema General de Participaciones, el cual se inicia con una base fija establecida de $10 billones 965 mil millones, orientados a la financiación de los

servicios de educación, salud y de propósito general cedidos a las entidades territoriales, de conformidad con las competencias que le sean asignadas. Esa base se adiciona anualmente desde el año 2002 hasta el 2005 en un 2% más la inflación causada y en un 2.5% para los años 2006 al 2008. La reforma desligó los valores de Situado Fiscal anual y las participaciones a los municipios del monto de los Ingresos Corrientes de la Nación y predeterminó su cuantía a precios constantes por el período 2002 –2008.

Los porcentajes específicos para los sectores de salud y educación serán definidos a través de la Ley que se expida por el Congreso en la siguiente legislatura

- **Rentas Cedidas y de Destinación Especial.**

Constituyen un recurso económico cedido por la Nación a los Departamentos y Distritos, a través del cobro de Impuestos a Licores, Alcoholes, Cervezas, Loterías Ordinarias y foráneas, Sorteos Extraordinarios de Loterías, Apuestas Permanentes con exclusividad para atender los costos y gastos que implica el cumplimiento de las competencias del Sistema Departamental y Distrital de Salud y la prestación de los servicios de Salud de mayor complejidad a la población pobre y vulnerable.

De conformidad a lo establecido por el artículo 20 de la Ley 344 de 1.996 y el artículo 6 del Decreto Nacional No 3007 de 1.997, las rentas cedidas se distribuyen en rentas cedidas con destino a subsidios de oferta y rentas cedidas dirigidas a subsidios de demanda.

Para definir el monto de las rentas cedidas de transformadas en subsidios a la demanda se aplica el porcentaje de transformación definido por la Ley, previa la deducción de varios factores como:

- El monto destinado a garantizar el funcionamiento de la Secretaria de Salud Departamental.
- El monto destinado a garantizar el sostenimiento de los tribunales de Ética Médica y Odontológica.
- El monto destinado a garantizar el pago de la deuda prestacional de acuerdo con los compromisos adquiridos mediante convenios de concurrencia suscritos de conformidad con lo establecido por el artículo 33 de la Ley 60 de 1.993.
- El monto destinado anualmente a cubrir las mesadas pensionales del personal asumido directamente por las Instituciones de salud, hasta el momento en que se suscriba el convenio de concurrencia mencionado en el numeral anterior.
- El monto destinado al funcionamiento del Laboratorio de Salud Pública.
- El monto destinado a garantizar la Oferta de los Servicios de Salud Mental no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado “POS-S” y a la población desprotegida de la tercera edad.
- Los Recursos destinados al Plan de Atención Básica.

Actualmente la Ley 643 de 2001, por lo cual se reglamenta el monopolio de los juegos de suerte y azar establece nuevos porcentajes algunas rentas procedentes de este monopolio y

se espera la reglamentación para evaluar el impacto en el financiamiento de los subsidios a la demanda por esta fuente.

- **Recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA Subcuenta Solidaridad**

El artículo 218 de la Ley 100 de 1.993, establece la creación y operación del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, y en el artículo 221 establece la financiación de la Subcuenta de Solidaridad.

Esta subcuenta tiene por objeto cofinanciar con las entidades territoriales los subsidios a la demanda a los afiliados al Régimen Subsidiado y garantizarles la prestación de los servicios de salud contemplados en el POS-S., La Subcuenta Solidaridad esta financiada así:

- Un punto de la cotización de solidaridad del régimen contributivo
- Aportes del presupuesto nacional, en un porcentaje que ha sido variable desde la expedición de la ley 100, el cual pasó de 1 a 0.25 del punto anterior llegando incluso a ser discrecional como quedó plasmado en el Decreto 955 de 2000 ya citado, flexibilizándose su aporte condicionado como quedó a las disponibilidades financieras de la Nación. Sin embargo la Corte Constitucional en Sentencias del año 2000 declaró inexequibles tanto el Decreto citado como el artículo 34 del la Ley 344 de 1996, por lo cual legalmente rige la obligatoriedad de aportar lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley 100 del 1993.
- El 5% o 10% de los recaudos del subsidio de las cajas de compensación familiar, los cuales pueden ser o no administrados por estas cajas.
- Recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras de Cusiana y Cupiagua.
- Recursos del IVA Social – acorde a Ley 6 de 1992.

- **Recursos de Cajas de Compensación Familiar**

Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar, provenientes de la disposición del artículo 217 de la Ley 100 de 1993 son administrados directamente por ellas, previa la suscripción del contrato con el departamento y/o el municipio.

1.1.2 Giro de los recursos a las Entidades Territoriales

Actualmente los municipios perciben la totalidad de los recursos para la suscripción de los contratos de aseguramiento si acreditan estar certificados para el manejo autónomo del situado fiscal. En este caso opera un contrato bipartito entre municipio y ARS.

Los municipios no certificados, sólo reciben los ICN, ya que su giro por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en los términos normativos no tiene condicionamiento. Las demás rentas que cofinancian los subsidios a la demanda son recibidas por el

correspondiente departamento y en consecuencia los contratos de aseguramiento son tripartitos: Departamento, Municipio y ARS.

Es conveniente indicar que los recursos provenientes de Situado Fiscal, Rentas Cedidas e Ingresos Corrientes de la Nación tienen la vigencia presupuestal idéntica al año fiscal, es decir que comienza el 1º de enero y termina el 31 de diciembre de cada año, en tanto que generalmente los periodos de contratación del régimen subsidiado, van del 1º abril a marzo del siguiente año y de octubre a septiembre igualmente del siguiente año..

A continuación se indican los periodos de giro de los recursos a las entidades territoriales legalmente establecidos hasta la vigencia de la ley 60 de 1993:

- **Ingresos Corrientes de la Nación – I.C.N. y Situado Fiscal**

- Los ICN transferidos a los municipios para cada vigencia fiscal, son girados así: el 90% por bimestre vencido (15 de marzo, 15 de mayo, 15 de julio, 15 de septiembre, 15 de noviembre y 15 de enero del año siguiente) y el 10% más el reaforo o menos la reducción si fuera el caso, se gira el 15 de abril de la siguiente vigencia fiscal.
- El giro del situado fiscal a los municipios o departamentos, según se trate de un municipio certificado o no, tiene dos condicionamientos:

  1. Distribución previa del situado entre oferta y demanda y los municipios de cada uno de los departamentos, refrendada por el Ministerio de Salud , y

  2. Acreditación de la Dirección de Aseguramiento del Ministerio de Salud sobre la existencia de los contratos de administración de recursos, en los términos del Decreto 3007 de 1996. Cuando se trate de un municipio certificado se transfieren los recursos directamente al municipio, en caso contrario, se transfieren al departamento.

Cumplidos los dos condicionamientos anteriores el Ministerio de Salud solicita al de Hacienda y Crédito Público la transferencia los recursos por mensualidades, sobre el valor presupuestado.

En caso de reaforo o reducción del monto del situado fiscal apropiado para cada uno de los departamentos y distritos, cuando los ingresos corriente de la Nación excedan el aforo inicial o cuando no alcance la meta prevista en el Presupuesto General de la Nación, la operación se registra en la siguiente vigencia fiscal, como lo prevé la ley 60 de 1993.

Es importante indicar que si bien la Ley 60 de 1993 prevé el giro del situado por mensualidades, en el caso específico del sector salud y hasta el presente año sólo se cumple generalmente a partir del mes de abril de cada año, para los subsidios de oferta y a partir del mes de mayo para los subsidios a la demanda, por la demora en el cumplimiento de los condicionamientos de giro ya indicados

- **Rentas Cedidas y de Destinación Especial.**

La otra fuente de financiación del régimen subsidiado son las rentas cedidas a los departamentos y distritos, transformadas de subsidios de oferta a subsidios de demanda, que ingresan de diferentes fuentes y fechas, como se observa a continuación:

Licores	bimestre vencido
Cerveza	mes vencido
Apuestas Permanentes	mes vencido
Loterías	mes vencido
Utilidades de Loterías	fecha indeterminada, a veces se dan anticipos.

Los recursos transformados para financiar la demanda son administrados directamente por los departamentos y su monto dependen inicialmente del recaudo efectivo de estos recursos. Tanto el monto como la fecha del recaudo son inciertos, pues dependen de los impuestos a la venta y consumo de los llamados "vicios" y de la oportunidad del giro de las licoreras, loterías, cerveceras o distribuidores, etc.

- **Recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA Subcuenta Solidaridad**

Los recursos del FOSYGA son recibidos en la Subcuenta de Solidaridad teniendo en cuenta la procedencia de cada una de las fuentes que la financian, así:

- Un punto de la cotización del régimen contributivo: cada mes.
- Aporte del Presupuesto Nacional: acorde con el PAC aprobado para el Ministerio de Salud cada año.
- Rendimientos financieros: Contabilizados mensualmente.

El Ministerio de salud transfiere esas rentas a las entidades territoriales condicionadas al perfeccionamiento del contrato de administración del régimen subsidiado con las ARS y registro ante el Ministerio de Salud. Este giro por norma debe hacerse por cuatrimestres anticipados, para cada periodo de contratación.

Posteriormente se indican los problemas prácticos del flujo de recursos hacia los municipios y departamentos, en el acápite correspondiente.

1.2 FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO 1998-2000

1.2.1 Comportamiento de las rentas en el ámbito nacional

Los contratos de aseguramiento para las últimas tres vigencias estuvieron financiados en el ámbito nacional, por fuente como se ilustra en el Cuadro 1.

Cuadro 1

FUENTES DE FINACIACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO VIGENCIAS 1998-1999-2000						
VALORES EN MILES DE MILLONES DE $						
RECURSO	1998	% PARTIC	1999	% PARTIC	2000	% PARTIC
FOSYGA	574.30	51%	437.90	36%	431.70	35%
ICN 90%	298.80	27%	384.20	32%	438.70	36%
ICN 10%	0.00	0%	29.80	2%	0.00	0%
REAFORO	0.00	0%	12.60	1%	11.50	1%
SITUADO FISCAL	117.80	11%	195.70	16%	200.60	16%
RTAS. CEDIDAS	24.30	2%	42.20	3%	37.30	3%
ESF. PROPIO	50.60	5%	48.20	4%	46.00	4%
REC C.C.F.	53.20	5%	59.90	5%	65.80	5%
TOTAL	**1119.00**	**100%**	**1210.50**	**100%**	**1231.60**	**100%**

Fuente: Dirección General de Seguridd Social – Min Salud

Obsérvese la participación significativa de la fuente nacional denominada FOSYGA, que inicia con una participación en el financiamiento superior al 50% con $574 mil millones y progresivamente comienza su rezago, ubicándose en el año 2000 con $$431 mil millones. Posteriormente se estudiará en detalle el comportamiento de las rentas que alimentan la Subcuenta Solidaridad, con el fin de buscar la causa de esta disminución.

Las transferencias territoriales constituidas por los ICN municipales y el Situado Fiscal transformado en subsidios a la demanda aumentan su participación en el aseguramiento, pues mientras en 1998 cofinanciaban el 38% de los contratos, en el año 2000 superan los recursos del FOSYGA en 18 puntos.

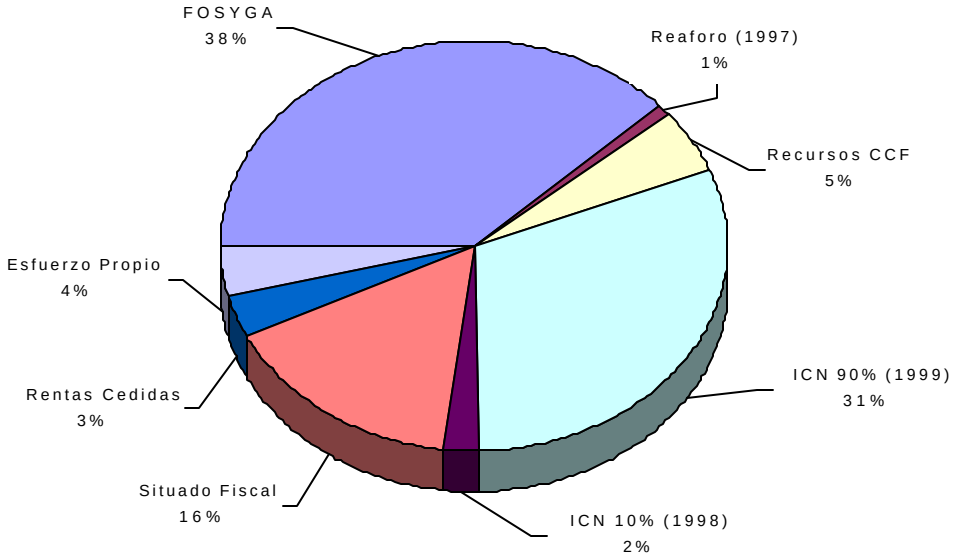
El esfuerzo territorial propio como el procedente de las rentas cedidas al sector y transformadas en subsidios a la demanda más el esfuerzo procedente de otras rentas diferentes a las de forzosa destinación, ha permanecido constante en los tres años de la serie en estudio, con una participación del orden del 7% al igual que la cofinanciación por parte de las Cajas de Compensación Familiar, con el 5% del total. Para 1999 se ilustra así:

Cuadro 2

	Millones	%
Financiación FOSYGA	$472,638.8	38.0%
Cofinanciación	$712,849.2	57.2%
ICN 90% (1999)	$384,229.3	
ICN 10% (1998)	$29,815.4	
Reaforo (1997)	$12,592.6	
Situado Fiscal	$195,715.8	
Rentas Cedidas	$42,243.3	
Esfuerzo Propio	$48,243.8	
Recursos CCF	$59,916.7	4.8%
TOTAL	$1,245,404.7	100.0%

Fuente: Dirección General de Seguridad Social - Minsalud

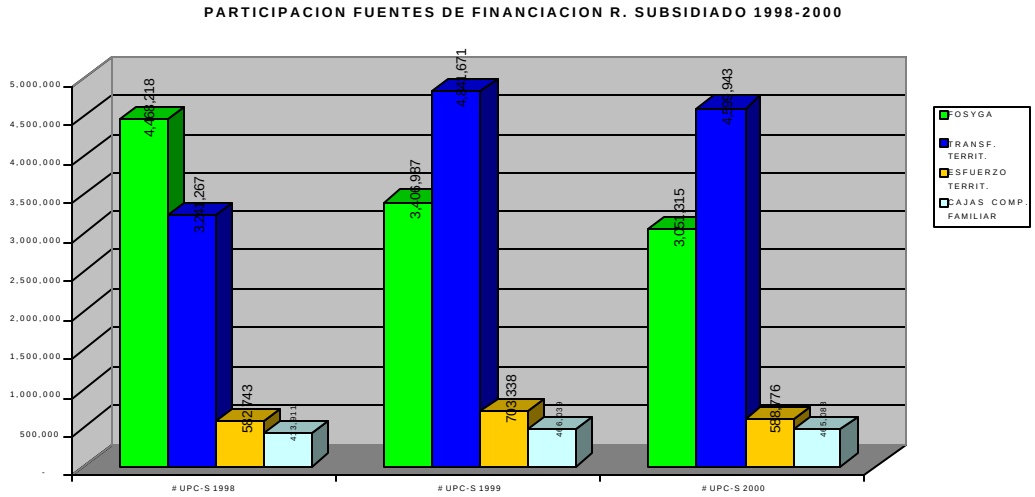
Gráfico 1



Fuente: Dirección General de Seguridad Social - Minsalud

Si evaluamos la concurrencia en el financiamiento de los subsidios a la demanda en valores relativos, la UPC- S plena de cada anualidad, también es importante reconocer que el financiamiento en el ámbito nacional ha sufrido modificaciones desde sus mismas fuentes. Es así como el FOSYGA ha ido perdiendo su participación en el proceso. Mientras en 1998 representaba el 51% del total, equivalente a 4.468.218 UPC –s, en el año 2000 sólo alcanza a financiar el 35%, es decir, 3.051.315 UPC-s. Este recurso ya en 1999 presenta un decrecimiento frente al año anterior, por cuanto sólo cubrió 3.406.987 UPC-s. (Ver Cuadro 2, Gráfico 2)

Gráfico 2



Fuente: Dirección General de Seguridad Social - Minsalud

Es importante señalar que la pérdida en el financiamiento del recurso nacional ha sido compensada con los otros recursos como es el caso de los ICN, los cuales pasaron de concurrir con el 27% al 36% entre 1998 y 2000.

En UPC-s se participaba con 2.324.749 y en el presente año con 3.100.792. Igualmente el Situado Fiscal transformado cofinanciaba el 11% y ahora el 16% del régimen subsidiado. Por la anterior situación, de garantizar la continuidad en la afiliación del año inmediatamente anterior, los recursos transformados del situado fiscal no han sido utilizados en la ampliación de la cobertura, como lo dispone la Ley 344 de 1996, sino en garantizar la sostenibilidad de la afiliación del año anterior. Cuadro 2

Lo anterior demuestra que el régimen Subsidiado esta dejando de ser progresivamente una responsabilidad financiera del nivel nacional y se está financiando sobre todo con las transferencias territoriales (situado fiscal transformado en demanda y participación de ICN) y el esfuerzo territorial (rentas cedidas y el esfuerzo propio regional) como se observa en la segunda parte del Cuadro 2., pues mientras el FOSYGA pasa de cofinanciar el 51% en 1998 al 35% en el año 2000, los demás aportes pasan del 37% al 53% del total del aseguramiento para la contratación de 2000.

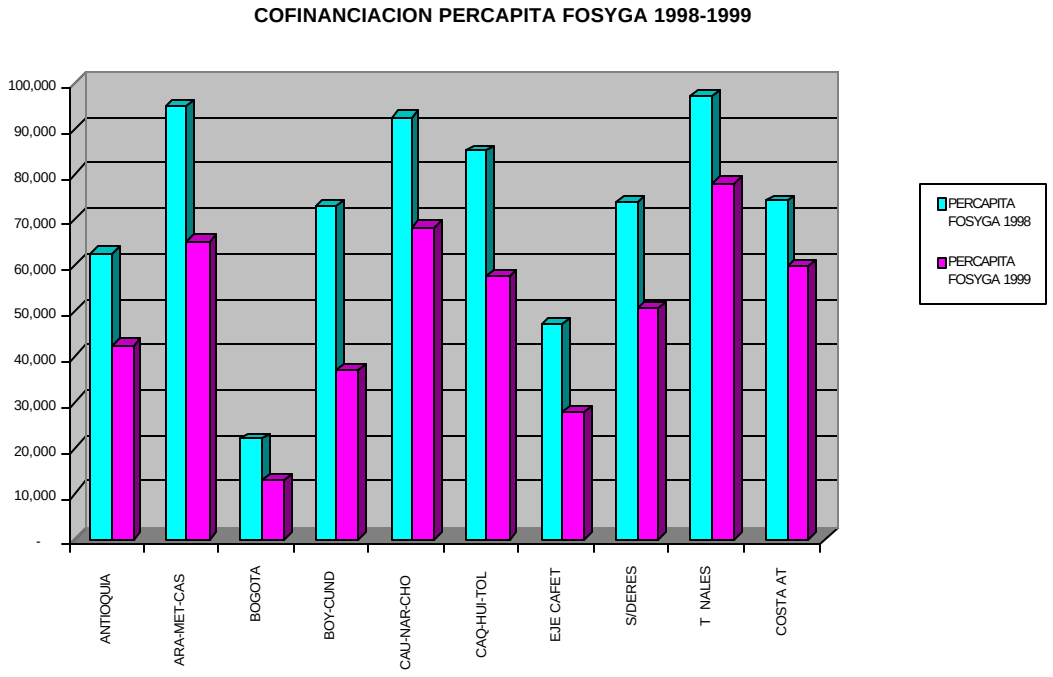
1.2.2 Comportamiento territorial del financiamiento de los subsidios a la demanda

Estudiada la asignación de FOSYGA para todos los municipios del país, agrupados éstos en 10 regiones, se tiene que existen marcadas diferencias en la distribución regional. Cuadro 3.

Es así como el promedio nacional percápita en 1998 ascendía a $67.201 y los departamentos de Cauca, Nariño, Chocó, Caquetá, Huila, Meta Tolima, la Costa Atlántica y los Antiguos Territorios Nacionales que componen las regiones 2, 5, 9 y 10 lo superan ampliamente. Parte obedece al valor diferencial de la UPC –S para los municipios de varios departamentos de esas regiones, con un incremento del 25%, excepto para las capitales de departamento y parte a otros factores de asignación de los recursos. Para 1999 también el percápita del FOSYGA de estas regiones es superior al promedio nacional, de $46.960.

Para los mismos años, las regiones por debajo de ese promedio son Bogotá con el 32% y 27% y el Eje Cafetero con el 70% y 59%. La razón de ello pudiera ser: alta cobertura de afiliación al régimen subsidiado frente al promedio nacional y suficiencia en recursos de destinación específica al régimen, por lo cual el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud sólo asignaría el faltante para garantizar la continuidad de afiliación. Gráfico 3.

Gráfico 3



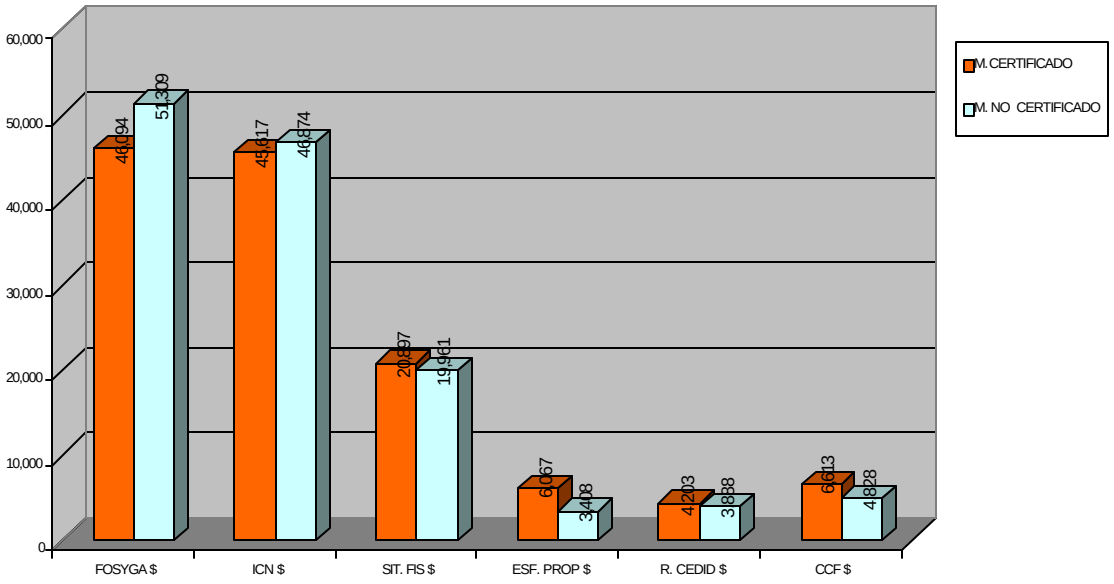
Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

De acuerdo con el comportamiento que ha tenido el FOSYGA, los demás recursos de propiedad de los Departamentos Distritos y Municipios como son Situado Fiscal, Rentas Cedidas, ICN y el esfuerzo propio muestran un comportamiento complementario (Ver Cuadro 4 Y 5), es así como para el caso específico de Bogotá el denominado Esfuerzo Propio tiene un percápita de $26.681 frente a un promedio nacional de $6.173.

Con relación con este último recurso su comportamiento demuestra una constante en el periodo 1998-2000, con una participación en la cofinanciación del régimen del 5% y una canalización importante de recursos hacia Bogotá con el 25% en 1999 y municipios certificados de las regiones 2 (Arauca, Meta y Casanare), 3 (Boyacá y Cundinamarca) y 6 (Caquetá, Huila y Tolima). Cuadro 5.

Gráfico 4.

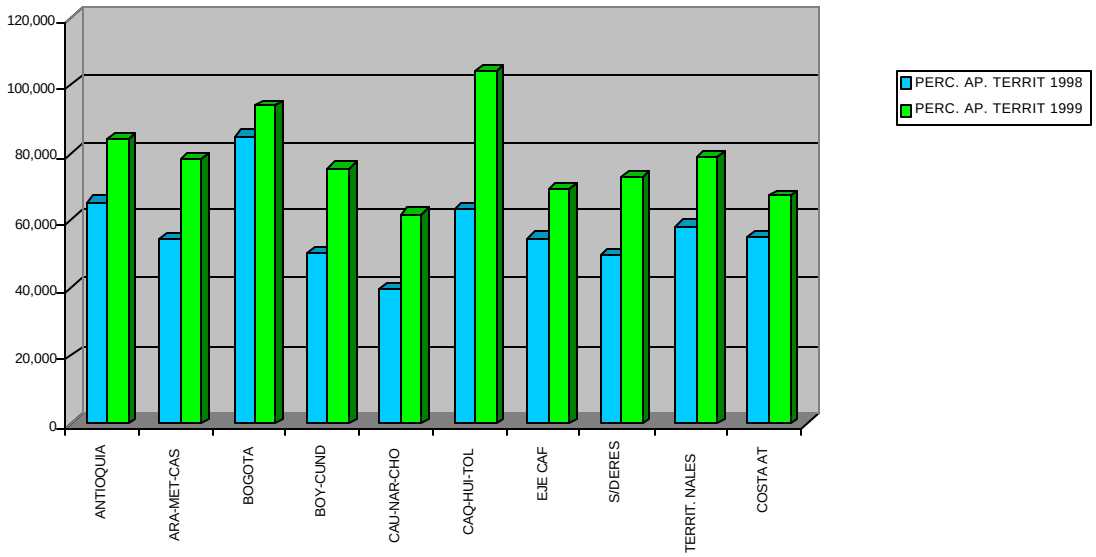
COFINANCIACION PERCAPITA POR FUENTES DE FINANCIACION 1998
MUNICIPIOS CERTIFICADOS Y NO CERTIFICADOS



Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

Gráfico 5

PERCAPITA APORTES TERRITORIALES 1998-1999



Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

En el Cuadro 6 obsérvese el comportamiento para los años 1998 y 1999 de los percápita por grandes fuentes de financiación por afiliado, en el ámbito regional. De él se extractan los siguientes datos:

Cuadro 6

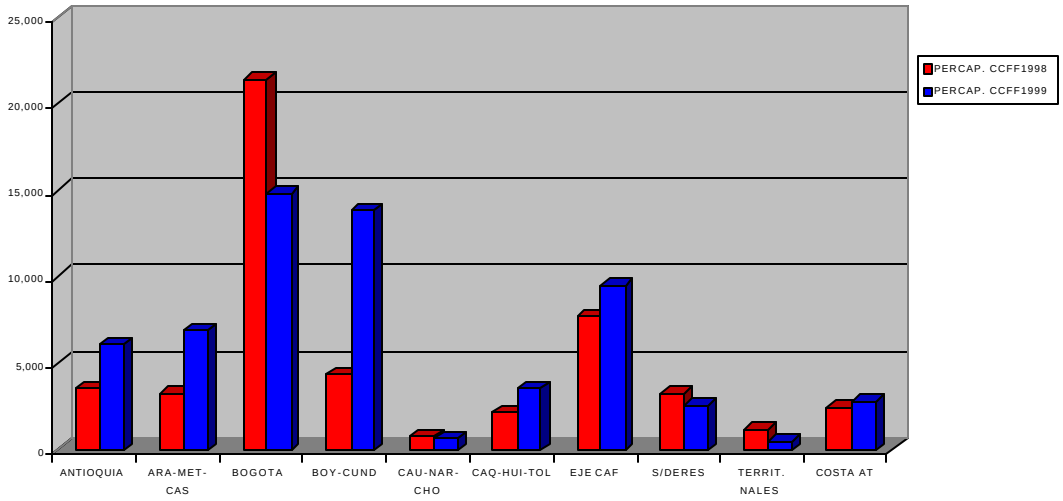
	Percápita Afiliado		Desviación Estándar	
Fuente	1998	1999	1998	1999
FOSYGA	$67.201	$46.960	$23.201	$19.990
Aportes Territoriales	$57.519	$76.437	$12.112	$12.200
C.C.F.	$5.407	$6.423	$6.063	$5.170

Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

En el Cuadro 6A se relacionan los percápita para las mismas fuentes antes indicadas tomando como base la población total y la NBI del país y de las regiones que lo componen.

Grafico 6

PERCAPITA CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR. 1998-1999



Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

Los datos estadísticos demuestran que existe una inequidad regional en la asignación del FOSYGA frente a los promedios nacionales:

Cuadro 6-A

	Percápita Pob Total		Desviación Estándar		Coeficiente Dispersión	
Fuente	1998	1999	1998	1999	1998	1999
FOSYGA	$14.086	$10.543	$7.734	$6.535	54.9%	62.4%
Aportes Territ	$12.056	$17.161	$1.810	$4.700	15%	27%
C.C.F.	$1.133	$1.442	$891	$1.280	78.6%	88.6%

Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

VARIACIONES EN LA EQUIDAD ENTRE 1998 Y 1999

	PER PER	DESV. ESTA.	COEF. DISP.
FOSYGA	- $3.543	-1999	+7.5%
APORT. TERRIT.	+ $5.105	+2.890	+12%
CCF	+ $ 309	+ 389	+ 10%

Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

Los aportes departamentales compensan la reducción del aporte nacional y presentan mayor desviación estándar entre 1998 y 1999 aunque inferior al de aquel y cuya causa obedece a incrementos significativos en las regiones de Arauca-Meta-Casanare y Boyacá-Cundinamarca, para sustituir la pérdida de cofinanciación de FOSYGA.

Los indicadores con respecto a al población NBI corroboran el comportamiento planteado en los análisis anteriores sobre la inequidad en la distribución de los recursos nacionales que financian los subsidios a la demanda y cómo hay mayor responsabilidad en los recursos de las entidades territoriales para alcanzar la cobertura actual de afiliación.

	Percápita NBI		Desviación Estándar		Coeficiente Dispersión	
Fuente	1998	1999	1998	1999	1998	1999
FOSYGA	$38.730	$36.937	$13.897	$10.843	35.9%	29.4%
Aportes Ter	$33.150	$45.847	$15.477	$17.476	46.7%	38.1%
C.C.F.	$3.116	$3.852	$5.545	$4.748	178%	123.2%

Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

De la información registrada en los cuadros 6 y 6A se concluye que no existe equidad en la distribución de las fuentes nacionales de financiación del régimen subsidiado, lo que no ocurre en igual proporción con las transferencias y esfuerzo territoriales, debido a los parámetros que rigen la asignación de dichos recursos como son los factores de población total y con necesidades básicas insatisfechas que inciden significativamente en la determinación de las transferencias hacia los entes territoriales.

La asignación de los recursos de la Subcuenta Solidaridad del FOSYGA refleja inequidad regional y no estimula el esfuerzo territorial, entre otras razones porque la distribución de estos recursos no corresponde a criterios previamente definidos para la obtención metas regionales de cobertura, programados y difundidos a las entidades territoriales, para que ellas participen activamente en ese proceso.

Sería recomendable que el Consejo Nacional de Seguridad Social y/o el Ministerio de Salud definieran los parámetros de asignación de los recursos de la Subcuenta Solidaridad, para un mediano plazo, con debida anticipación y los diera a conocer a los departamentos y municipios, de tal manera que se propenda por la equidad y se estimula la cofinanciación del régimen subsidiado con el esfuerzo propio. Los porcentajes de distribución deben señalar los criterios a estimular.

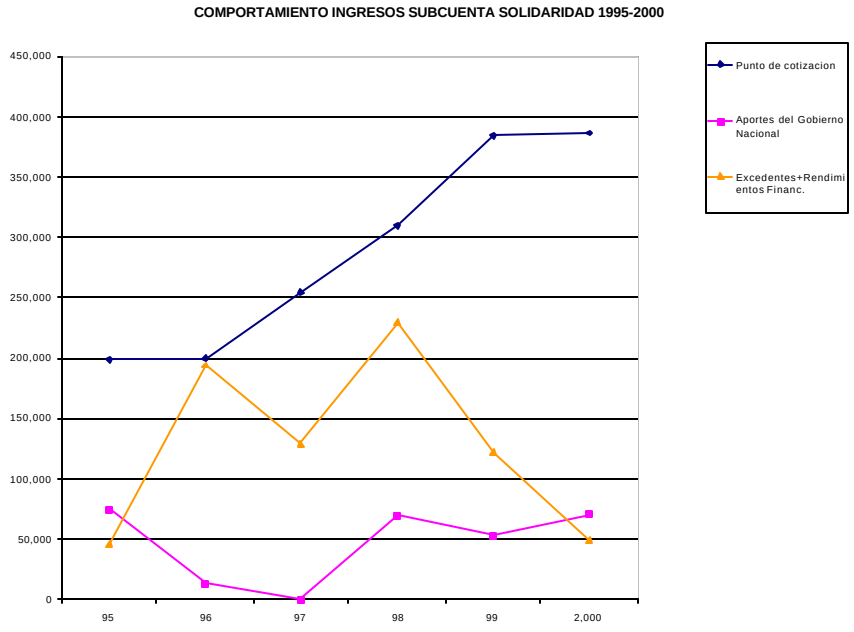
1.2.3 Comportamiento financiero de la sub-cuenta solidaridad del FOSYGA en el periodo 1995-2000

A continuación presentamos los ingresos y gastos de la subcuenta solidaridad del FOSYGA para la serie 1995 – 2000 que confirman el comportamiento de cada una de las fuentes que alimentan dicha subcuenta. Los informes de gestión del Consorcio Fiduciario FIDUSALUD muestran el comportamiento de ingresos de cada uno de los numerales rentísticos que financian la subcuenta de Solidaridad, los cuales se resumen en el Cuadro No. 7.

Como puede apreciarse la subcuenta inicia en 1.995 con 4 rentas importantes como son: el punto de solidaridad, el aporte del gobierno nacional, los rendimientos financieros y los recaudos de vigencias anteriores. Estas se aforaron en cuantía de $159.197 millones y su recaudo alcanzó la suma de $365.311 millones, es decir que se presentó una ejecución superior a la programada en 130%.

En esta vigencia el Punto de Solidaridad y el Aporte del Gobierno Nacional se aforan en cuantía de $84.197 millones y $75.000 millones respectivamente con una diferencia del 12%. En los seis (6) años de la serie, el comportamiento de estas dos rentas se distancia en forma importante. Es así como mientras los recaudos del Punto de Solidaridad inician con $198.920 millones y presentan un crecimiento permanente en la serie, llegando a un recaudo de $386.316 millones en el año 2000, con un incremento acumulado del 94% en el período, los aportes del Gobierno Nacional presentan un comportamiento estático no superando los $75.000 millones en ninguno de los seis (6) años evaluados, como aportes propios de la vigencia.

Gráfico 7



Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

Al respecto es importante recordar que la Ley 100 de 1993 en su artículo 221, literal c, dispone que para cofinanciar con los entes territoriales los subsidios a los usuarios afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Fondo de Solidaridad y Garantía contará entre otros con un aporte del presupuesto nacional de la siguiente forma: 1) En los años 1994, 1995 y 1996 no deberá ser inferior a los recursos generados por concepto de los literales a y b del mismo artículo (un punto de cotización de solidaridad del régimen contributivo y el monto que las Cajas de Compensación Familiar, de conformidad con el artículo 217 de la Ley 100, destinen a los subsidios de salud y 2) A partir de 1997 podrá llegar a ser igual a los recursos generados por concepto del literal a del artículo 221.

La Ley 344 de 1996, en su artículo 34 dispone que el numeral segundo del literal c del artículo 221 de la Ley 100 de 1993, quedará así: a partir de 1997 podrá llegar a ser igual a medio punto de la cotización del régimen contributivo y a partir de 1998 no podrá ser inferior a un cuarto de punto de la cotización del régimen contributivo.

En desarrollo del artículo 221 ya citado para las vigencias 1995 y 1996, la subcuenta recibió aportes del gobierno por $75.000 y $69.679 millones respectivamente. Ante la situación descrita y previa demanda, la Corte Constitucional en Sentencia SU480-97 por el incumplimiento de la transferencia dispuesta por la Ley 100, dispone que la Nación adeuda a la Subcuenta de Solidaridad la suma de $531.314.583.562, para lo cual el Departamento Nacional de Planeación conviene un plan de pagos de la deuda así:

AÑO	PAGOS	DEUDA	IPC
1998		531.314	
1999	84.000	605.699	14%
2000	95.760	573.868	10%
2001	105.336	516.357	8%
2002	113.763	435.682	6%
2003	120.589	341.235	6%
2004	127.824	233.885	6%
2005	112.424	112.424	6%

Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

Posteriormente el Plan de Pagos fue ajustado por cuanto la inflación real para la vigencia de 1999 fue 9.23% y la proyección inicial se estimó con una inflación del 14%.

Como se aprecia en el cuadro 7, el aporte del Gobierno Nacional presenta un comportamiento irregular, al respecto el DNP informa que en el presupuesto de 1999 se asignaron $84.500 millones de los cuales $84.000 millones corresponden al pago de la deuda de ese año y los $500 millones restantes se presupuestaron como aporte de la nación para cofinanciar el Régimen Subsidiado. Indica también que para la vigencia del año 2000, la nación apropió $96.600 millones de los cuales $91.753.2 corresponden al pago de la deuda programada para ese año y los restantes $4.846.8 millones son aportes que la nación realiza para cofinanciar el sostenimiento de las personas afiliadas al régimen.

De lo anterior puede concluirse que por diversas razones la Nación, a través de los Aportes del Presupuesto Nacional, no ha participado activamente en el financiamiento de los subsidios a la demanda, hecho que con otros factores como la recesión económica y la evasión y elusión al régimen contributivo no han permitido alcanzar las metas de cobertura

universal, como se demostrará en el siguiente título de este capítulo. También han impedido la igualdad en los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado.

No obstante lo anterior, es importante indicar que la Corte Constitucional en Sentencia C-1165/00, declaró inexequible el artículo 34 de la Ley 344 de 1996 ya citado, esclareciendo jurídicamente el panorama financiero del Aporte del Presupuesto Nacional para cofinanciar los subsidios a la demanda.

En compensación con el comportamiento del aporte nacional a la subcuenta, ingresan a ella recursos provenientes de rendimientos y excedentes financieros que junto con los recursos del balance compensan parcialmente el efecto negativo de los aportes nacionales, sin embargo estos ingresos provienen de la no-ejecución oportuna del presupuesto de gastos (Cuadro 7A) y de la mora en las transferencias a las entidades territoriales de los aportes del FOSYGA para cofinanciar el sistema, constituyéndose a la vez este elemento en un distorsionador del flujo de recursos hacia las Administradoras del Régimen y de éstas a las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud a la población pobre y vulnerable, objeto de los subsidios a la demanda.

La evaluación del comportamiento histórico que han tenido las rentas que cofinancian los subsidios a la demanda permite concluir que el Aporte del Presupuesto Nacional a la Subcuenta FOSYGA se rezagó significativamente afectando con ello la sostenibilidad financiera de la cobertura del régimen subsidiado y junto con otras causas, constituyéndose en un impedimento para alcanzar la cobertura universal establecida en la Ley 100 de 1993.

Dada la rigidez de crecimiento establecida al Sistema General de Participaciones y en consecuencia al aumento o mayor participación de esta fuente en la expansión del régimen subsidiado, sería necesario definir como política de inversión social el valor del Aporte del Presupuesto Nacional que será transferido anualmente a la Subcuenta de Solidaridad, acorde con las metas de ampliación de cobertura gradual, que permitan acelerar el cumplimiento de la cobertura universal establecido y garantizar su cumplimiento como una prioridad del Estado.

Para facilitar el manejo y cumplimiento de estas metas de cobertura sería procedente excluir la Subcuenta de Solidaridad del Presupuesto General de la Nación, en forma similar al proceder utilizado para otras Subcuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía.

1.3 INDICADORES DE COBERTURA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

El nuevo sistema de Seguridad Social en Salud estableció como objetivo "Regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención". Se propuso como meta lograr cobertura universal para el año 2000.

En Colombia el aseguramiento del régimen subsidiado inicia en 1995 con 4.800.916 afiliados y en 2000 asciende a 9.510.566 personas, según contratos suscritos con las ARS y radicados en el Ministerio de Salud. La afiliación progresiva se presenta a continuación:

AFILIACIÓN RÉGIMEN SUBSIDIADO 1995-2000

AÑO	No. Afiliados	%Ampliación Cobertura Anual
1995	4.800.916	-
1996	5.981.774	24.6%
1997	7.026.690	17.5%
1998	8.527.061	21.3%
1999	9.325.832	9.4%
2000	9.510.566	1.9%

FUENTE Dirección General de Aseguramiento del Ministerio de Salud

Para el año 2000, la cobertura de aseguramiento de 9.510.566 frente a la población NBI de 15.905.560 alcanza el 59.79%, siete años después de iniciada la reforma, tomando como base el número de afiliados reportados en los contratos de aseguramiento suscritos por las entidades territoriales. A pesar del logro, hoy existiría como mínimo una población potencial a afiliar calculada en 6.394.994, es decir el 40.21%

La cobertura regional y territorial no ha sido uniforme. Veamos su comportamiento en las 10 regiones en que se subdividió el país, para esta evaluación:

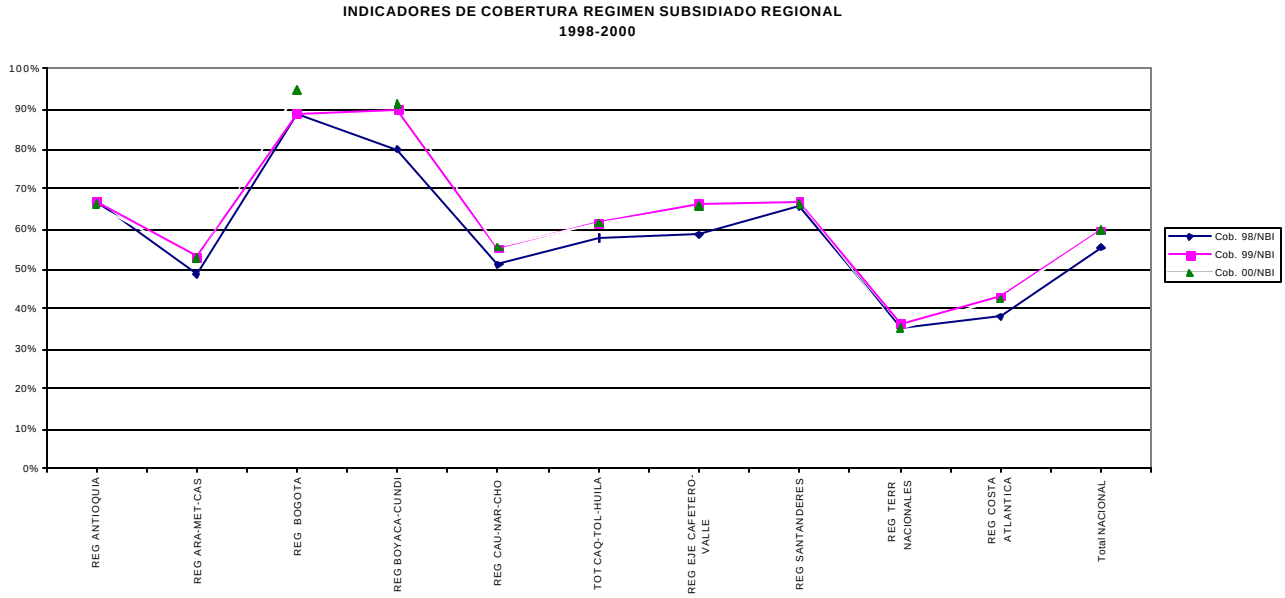
INDICADORES DE COBERTURA RÉGIMEN SUBSIDIADO POR REGIONES – COLOMBIA - 1998-2000			
REGION	Cob. 98/NBI	Cob. 99/NBI	Cob. 00/NBI
REG ANTIOQUIA	66.51%	66.79%	66.19%
REG ARA-MET-CAS	48.57%	53.03%	52.70%
REG BOGOTA	88.67%	88.86%	94.92%
REG BOYACA-CUNDI	80.00%	89.96%	91.24%
REG CAU-NAR-CHO	51.08%	55.09%	55.64%
TOT CAQ-TOL-HUILA	57.71%	61.59%	61.47%
REG EJE CAFETERO-VALLE	58.52%	66.16%	65.63%
REG SANTANDERES	65.54%	66.79%	66.12%
REG TERR NACIONALES	35.52%	36.18%	35.15%
REG COSTA ATLANTICA	38.20%	43.12%	42.41%
Total NACIONAL	55.51%	59.66%	59.79%
MINIMO POR REG	35.52%	36.18%	35.15%
MAXIMO POR REG	88.67%	89.96%	94.92%
DESV. EST. REG	16.93%	17.36%	18.87%

Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

La región conformada por 7 departamentos de los llamados antiguos “territorios Nacionales” (se exceptúan Arauca y Casanare) y Costa Atlántica

presentan las más bajas coberturas comparadas con su propia población NBI en 1998 y para el año 2000, si bien mejora el indicador para la Costa Atlántica, no sucede igual con la zona de la Amazonía y la Orinoquía colombiana.

Gráfico 8



Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

En contraposición Bogotá y la región de Cundiboyacense presenta las más elevadas coberturas en el aseguramiento del subsidiado.

Sin embargo se considera más importante detallar la situación de los 32 departamentos y los 4 distritos con el fin de medir conocer algunos indicadores que permitan verificar si efectivamente existe equidad o no en la asignación de los subsidios en salud.

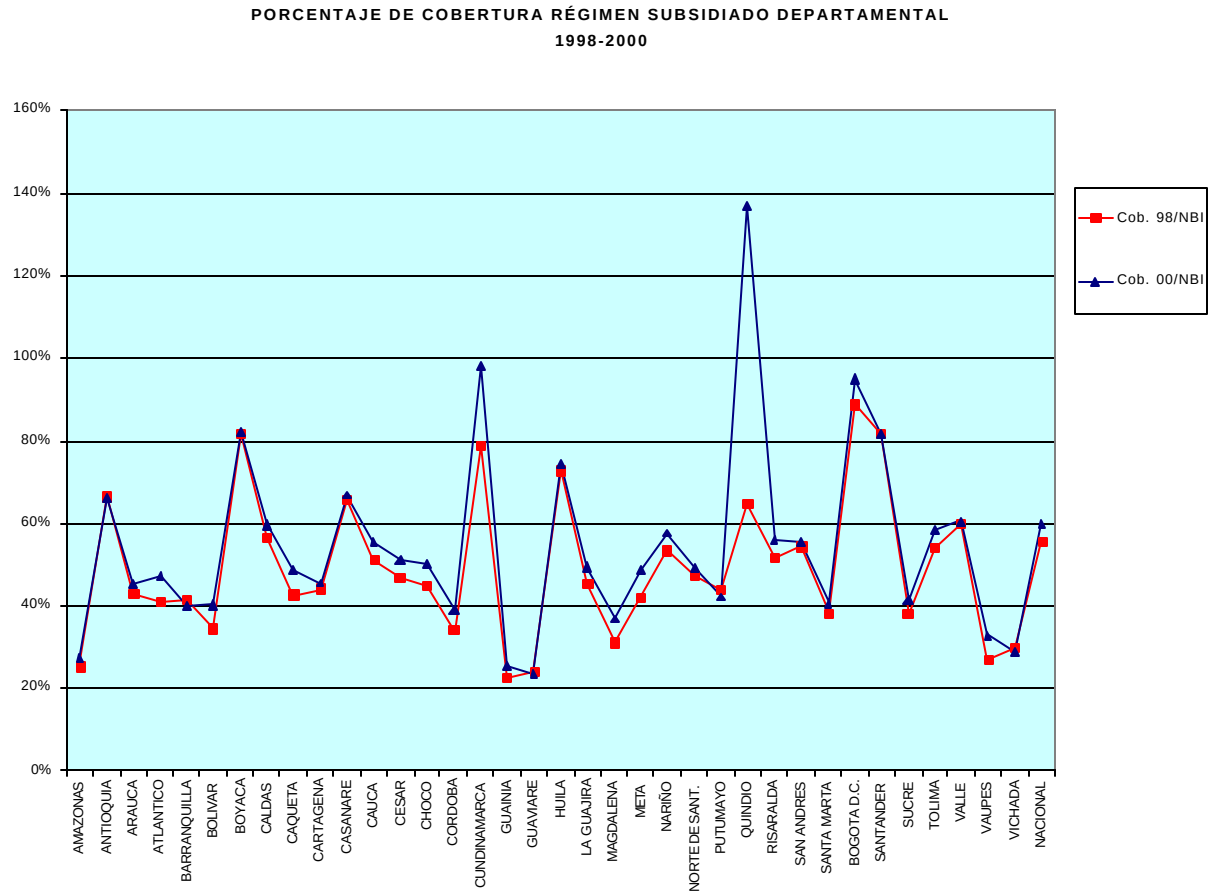
Por departamentos se tiene la información consignada en la siguiente tabla. Obsérvese que mientras en 1998 existía cobertura del 55.51% promedio nacional, algunos departamentos como Amazonas, Guainía, Guaviare y Vichada no alcanzaban un cubrimiento siquiera del 30%. Igualmente otras entidades territoriales como Boyacá, Bogotá y Santander presentan cobertura de afiliación, con los parámetros indicados, superiores al 80% de su población NBI.

La ampliación de cobertura que se dio entre los años 1998 y 2000 de 983.505 afiliados nuevos cambió la estructura de cubrimiento regional, sólo en algunos departamentos como Atlántico, Bolívar, Caquetá, Cesar, Magdalena, Meta y San Andrés que se encontraban por debajo de la cobertura nacional. Adicionalmente se observa un incremento importante en la afiliación de Cundinamarca y Bogotá, obtenido por esfuerzo propio de las entidades territoriales, como se indicó anteriormente en este capítulo

Caso especial presenta el Departamento del Quindío cuyo indicador de cobertura aparece en el 136%, pero este departamento fue víctima de un terremoto hace dos años, por lo cual las estadísticas convencionales de población NBI se afectaron y en consecuencia el indicador como tal no es veraz.

INDICADORES DE COBERTURA REG. SUBSIDIADO 1998-2000			
DEPARTAMENTO	Cob. 98/NBI	Cob. 99/NBI	Cob. 00/NBI
AMAZONAS	25.40%	27.96%	27.20%
ANTIOQUIA	66.51%	66.79%	66.19%
ARAUCA	43.18%	46.76%	45.40%
ATLÁNTICO	41.03%	50.51%	47.43%
BARRANQUILLA	41.55%	42.65%	39.95%
BOLIVAR	34.43%	41.06%	40.34%
BOYACA	81.71%	82.32%	82.04%
CALDAS	56.60%	60.12%	59.70%
CAQUETA	42.65%	49.67%	48.70%
CARTAGENA	44.15%	45.19%	45.56%
CASANARE	65.63%	65.62%	66.87%
CAUCA	51.17%	55.37%	55.54%
CESAR	46.84%	50.76%	51.10%
CHOCO	44.79%	50.06%	50.13%
CORDOBA	34.06%	38.91%	39.10%
CUNDINAMARCA	78.71%	95.64%	97.99%
GUAINIA	22.77%	26.57%	25.71%
GUAVIARE	24.01%	24.32%	23.68%
HUILA	72.70%	74.76%	74.30%
LA GUAJIRA	45.38%	48.79%	49.47%
MAGDALENA	31.32%	38.53%	36.80%
META	42.26%	49.35%	48.64%
NARIÑO	53.35%	56.71%	57.73%
NORTE DE SANT.	47.41%	49.90%	49.08%
PUTUMAYO	44.10%	43.39%	42.23%
QUINDÍO	64.80%	139.50%	136.93%
RISARALDA	51.72%	56.63%	56.03%
SAN ANDRES	54.35%	57.25%	55.47%
SANTA MARTA	38.41%	41.26%	40.63%
BOGOTA D.C.	88.67%	88.86%	94.92%
SANTANDER	81.67%	81.97%	81.58%
SUCRE	38.08%	42.15%	41.36%
TOLIMA	54.03%	57.72%	58.26%
VALLE	59.99%	60.83%	60.53%
VAUPES	27.00%	33.68%	32.95%
VICHADA	30.06%	30.06%	28.99%
NACIONAL	55.51%	59.66%	59.79%
MINIMO	22.77%	24.32%	23.68%
MÁXIMO	88.67%	139.50%	136.93%
DEV. ESTANDAR	17.13%	22.30%	22.S72%
**FUENTE: Contratos de aseguramiento registrados ante MinSalud			

Gráfico 9



Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

Con respecto a los indicadores, éstos pueden estar afectados por algunas situaciones especiales como:

Subregistro real de la población NBI, cuyos exponentes más relevantes pueden ser el municipio de Soacha en el Departamento de Cundinamarca y el Departamento del Quindío, para los cuales oficialmente rigen los siguientes datos poblacionales en las bases de datos oficiales:

Entidad Territorial	1998	1999	2000	Incremento% 2000/1998
SOACHA				
Población Total	270.376	277.161	283.889	4.99%
Población NBI	74.894	76.774	78.637	4.99%
% Pob. NBI	27.70%	27.70%	27.70%	0%
QUINDÍO				
Población Total	540.942	551.746	562.156	3.92%
Población NBI	129.130	131.700	134.175	3.90%
% Pob. NBI	23.87%	23.87%	23.87%	0%

Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

Frente a estos dos casos particulares se tiene:

El municipio de Soacha es afectado desde hace varios años por el desplazamiento forzoso, que lo sitúan como uno de los de mayor crecimiento poblacional en América Latina, hecho que no se refleja en sus estadísticas. Según la Oficina de planeación municipal la población sisbenizada a octubre de 2000, en los niveles 1 y 2 asciende a 255.000 habitantes, cifra muy diferente a la oficial.

Para Quindío es de todos conocida la problemática social generada por el terremoto ya comentado, que no estaría incluida en la base de datos.

Los afiliados reales pueden ser inferiores a los contratados por efectos de la duplicidad de beneficiarios en los municipios y en las ARS, según estudios realizados por la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud.

Inclusión en el aseguramiento del Régimen Subsidiado de personas no declaradas como prioritarias pertenecientes a los niveles 3 y 4 del SISBEN e incluso del Régimen Contributivo.

Inclusión de personas sin registro de identidad, excluidos los indígenas y los menores de edad, en los términos de los Acuerdos 166 y 177 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Según el Grupo de Promoción de la Afiliación de la Dirección General de Aseguramiento del Ministerio de Salud de una encuesta realizada a los Municipios, contestaron 88 al respecto y reportaron que aplicados los Acuerdos anteriormente enunciados, se excluyeron 37.335 personas de 1.827.758 afiliados correspondientes a los municipios que dieron respuesta, equivalentes al 4.12% de la afiliación contratada.

Las inequidades observadas entre regiones y departamentos y que obviamente se verán a su interior en el ámbito municipal pueden encontrar explicaciones en factores generados por la ausencia de políticas claras en la distribución de los recursos provenientes del FOSYGA, para que las entidades territoriales conozcan anticipadamente "Las reglas del juego" y puedan participar activamente en el "jalonamiento de rentas" que les permitan con certeza definir su ampliación de cobertura y a la falta de asistencia técnica y de controles oportunos por parte de las entidades responsables de llevar a cabo estas funciones.

Los factores que han rezagado el logro de la meta global en cobertura del Régimen Subsidiado a la fecha pueden resumirse en: 1) Insuficiencia de recursos frente a las cuantías previstas, principalmente los aportes del gobierno nacional a la subcuenta de Solidaridad, que no se asignaron en los términos previstos en la ley 100 y los niveles de evasión y elusión de aportes al régimen contributivo que no han permitido una mayor dinámica del Punto de Solidaridad, restringiendo en forma considerada la de consecución de la meta de cobertura universal en salud.

1.4 FLUJO DE RECURSOS PARA SUBSIDIOS A LA DEMANDA HACIA DEPARTAMENTOS, DISTRITOS Y MUNICIPIOS

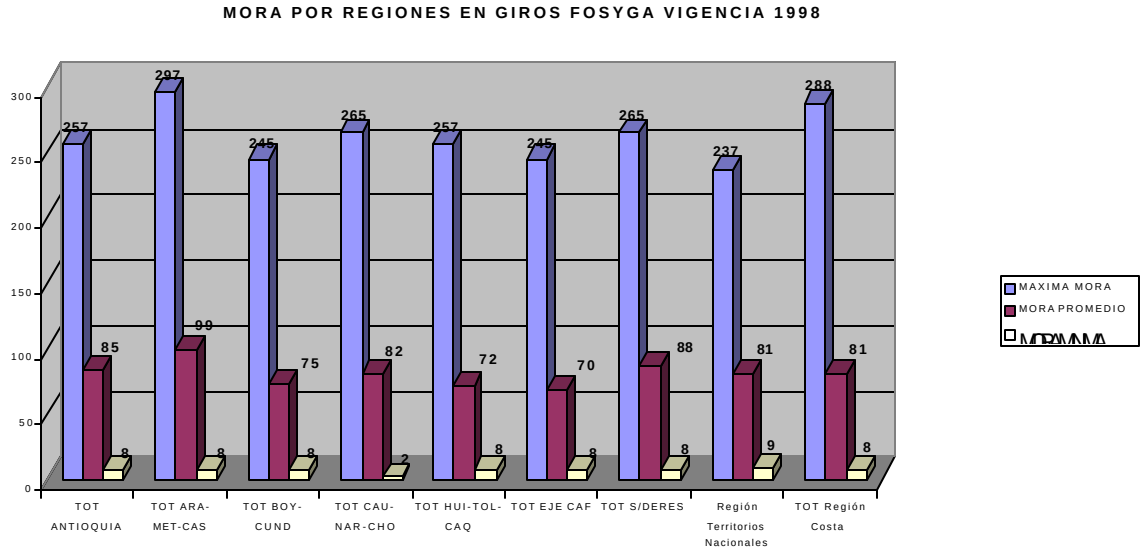
1.4.1 Giros de la Sub-cuenta solidaridad del FOSYGA

De acuerdo con la relación de pagos de la Nación a los departamentos y municipios para garantizar la cofinanciación de la contratación de 1998-1999, se tiene que la mora promedio de los giros del FOSYGA alcanza los 90 días, presentando la región del Eje Cafetero el menor promedio ubicado en 70 días y siendo la región de Arauca, Casanare y Meta en los Municipios certificados la que presenta la mayor mora promedio en giros, 101 días. Ver CUADRO 8, GRÁFICO 10.

Los tiempos extremos se ubican en 297 días para los Municipios de la región 2 y el mínimo para uno de los giros de la región Cauca-Nariño-Chocó.

Los giros los ordena el Ministerio de Salud teniendo en cuenta los diversos items que pueden incluirse en cada Acuerdo de Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Es así como existen giros por el Acuerdo 98 específicamente para: "Coberturas inferiores al promedio. Indígenas, Poblaciones Especiales, Resolución 3074- Continuidad, Situación Socioeconómica Deteriorada" entre otras.

Gráfico 10



Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

Lo anterior indica que por cada población especial se realiza un giro especifico aunque los items confluyan en un mismo periodo de pago, hecho que puede complicar el manejo presupuestal y contable en las entidades receptoras del recurso.

El Ministerio de Salud condiciona los giros al cumplimiento de los requisitos previos dispuestos para ese efecto, los cuales no son cumplidos oportunamente por las entidades encargadas de la contratación. Los recursos retenidos a los entes territoriales generan significativos rendimientos financieros, como se demostró en el acápite anterior y aunque a su vez nutren financieramente la Subcuenta de Solidaridad, inician el estancamiento en el flujo de los recursos, por cuanto los contratos tradicionalmente son cofinanciados con todos los recursos del ente territorial contratante y esta mora puede servir de pretexto para la omisión de los giros hasta tanto se efectúe la transferencia del recurso nacional.

En síntesis, la actual reglamentación del giro de los recursos del FOSYGA para el financiamiento del régimen subsidiado presenta serias dificultades para la realización oportuna de los giros a las entidades territoriales, llámense departamentos o municipios y sirven de pretexto para la inoportunidad de los pagos de éstos a las Administradoras del régimen subsidiado

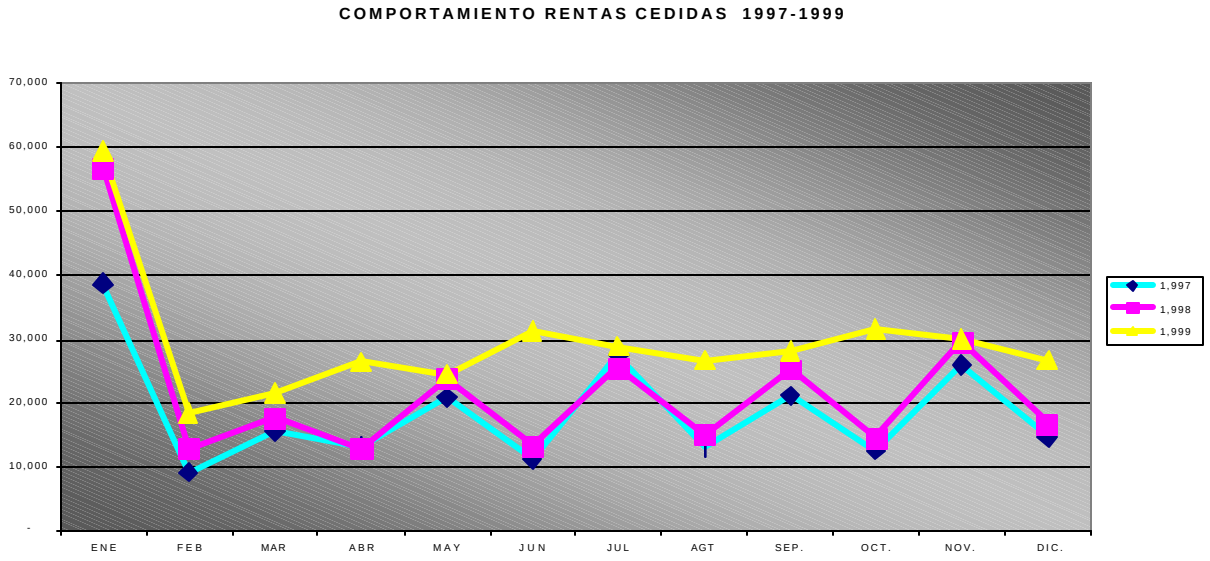
1.4.2 Recaudos de las rentas cedidas y otros recursos del Regimen subsidiado en los departamentos y municipios

El Situado fiscal, las Rentas Cedidas y los ICN, como ya se indicó anteriormente tienen un periodo fiscal que va de 1º de Enero al 31 de Diciembre de cada anualidad. El giro de las Rentas Cedidas y de los ICN no están condicionados al cumplimiento de requisitos especiales relacionados con el proceso de la verificación de la contratación para la administración de los recursos de Régimen Subsidiado, como ya se expuso.

Esto y su vigencia fiscal que inicia el 1º de enero de cada año, le permite legalmente contar en forma normal con la disponibilidad de recursos en las tesorerías de las entidades territoriales para atender las obligaciones contraídas, como se ilustra a continuación para las rentas cedidas.

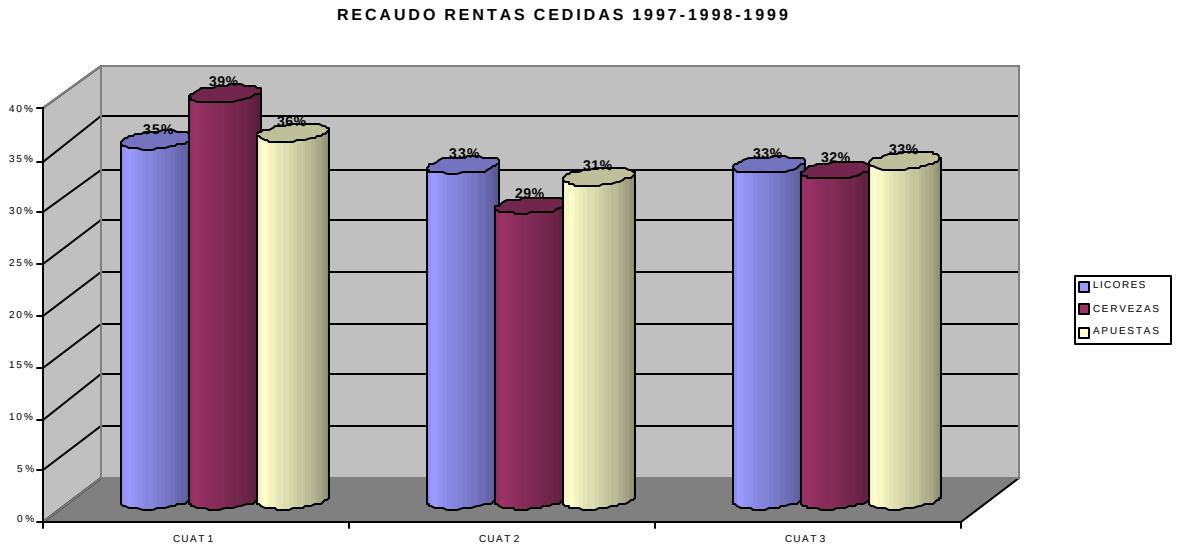
Veamos el recaudo mensual de las rentas cedidas durante las vigencias 1997 –1999 para todas las entidades receptoras de estos recursos en el Cuadro 9 y gráficos 11 y 12. Se concluye que a 30 de Marzo de los años estudiados las entidades habían recibido el 30% del total de los recursos de la vigencia, por lo tanto disponían de esos recursos para garantizar las cuotas partes del Régimen Subsidiado a cancelar a partir del 1º de Abril. A finales de los meses de Julio de cada año se contó en promedio con un porcentaje similar de recaudos para amparar las obligaciones en forma anticipada como se prevé en los contratos. Gráficos 11 y 12

Gráfico 11



Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

Gráfico 12



Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

El primer giro del Situado Fiscal transformado en Subsidios a la Demanda para cada anualidad es transferido a las entidades territoriales previa certificación por la Dirección de Aseguramiento del Ministerio de Salud, de la suscripción de los contratos de administración de recursos para el período que inicia el 1º de Abril de cada año. Una vez se da dicho evento las demás doceavas partes se giran mensualmente hasta el mes de Diciembre, según

información suministrada por el Grupo de Recursos Fiscales de la Dirección General de Financiamiento y Gestión de Recursos del Ministerio de Salud.

Dado que el recaudo de los recursos por parte de las entidades territoriales por lo anteriormente expuesto queda demostrada la existencia de recursos en las entidades territoriales para cofinanciar oportunamente la contratación de la afiliación al Régimen Subsidiado. Sin embargo, los reportes de las mismas entidades demuestra que no se hacen los pagos con la celeridad debida, algunas veces por el no-cumplimiento de los reportes debidos por parte de las ARS u otras causas como el embargo preventivo de los recursos por otras acreencias o la espera del giro del FOSYGA, para cancelar las cuotas partes del valor convenido con las ARS, además de beneficiarse con los rendimientos financieros mientras se procede a su pago, ya que no existen sanciones financieras por la mora, como seria la exigencia de pago de interés moratorio obligatorio e irrenunciable..

1.4.3 Flujo de recursos entre Entidades Territoriales y ARS

Las entidades territoriales (al igual que el FOSYGA) se ven estimuladas a obtener rendimientos financieros de los recursos del régimen subsidiado postergando el giro a las ARS, ya que no existen sanciones financieras por la mora en los pagos convenidos en los contratos de administración, como sería la exigencia legal del pago de intereses moratorios obligatorios e irrenunciables en los contratos de aseguramiento a suscribir entre las entidades territoriales y las ARS.

El análisis de los giros de los recursos del régimen subsidiado hacia los Departamentos, Distritos, municipios y Fondos Territoriales de Salud ha sido bastante lento y traumatizante, como lo demuestra el valor de la Cartera de las administradoras del régimen y de éstas hacia las instituciones prestadoras de los servicios de Salud

Por la carencia de documentos soportes uniformes de la ejecución presupuestal y contable de los ingresos y gastos del sector salud, las entidades encargadas del seguimiento y control de los recursos públicos, como la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de salud y las entidades de control han diseñado y utilizado diversos modelos para el requerimiento de información, que les permita hacer una evaluación sobre el monto de la cartera de las ARS.

La Superintendencia Nacional de Salud expidió las circulares 96, 103 y 188, solicitando información correspondiente a los periodos de contratación de 1996 a 1999 y de 1999 a 2000. Lo anterior por cuanto el Consejo Nacional de Seguridad dispuso la pérdida de cofinanciación de FOSYGA para aquellos municipios que se encontraban en mora con las ARS, en los términos de los Acuerdos 114, 165, 179 y 187, por lo que se solicitó certificación de la deuda, para los correspondientes reportes al Consejo.

Como resultado de la primera circular se obtuvo que la deuda ascendía a $177.452 millones, con corte a 28 de septiembre:

DEUDA DE ENTIDADES TERRITORIALES A LAS ARS 1996 –1999 En millones de $				
Concepto	1996 –1997	1997 -1998	1998 – 1999	TOTAL
Vr Contratos	710.297	1.112.089	1.210.680	3.033.066
Vr deuda	16.475	53.086	107.889	177.452
% Dda/Cont.	2.3%	4.8%	8.9%	5.8%

Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

Ante las presiones del Gobierno Nacional las entidades han procedido a cancelar las acreencias, es así como con respecto a la contratación 1999 – 2000, con corte a 15 de febrero de 2000, de una contratación de $1 billón 241.260 millones, se adeudan aproximadamente $32.000 millones, equivalente al 2,5%.

1.5 PROCESOS DE PRESUPUESTACION DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES

"La acción presupuestaria del Estado, en cualquiera de sus niveles, se expresa como una acción determinada en el desempeño de una función especial; en un tiempo determinado; que aplica recursos para obtener resultados concretos: bienes y servicios; con un fin preciso: satisfacer necesidades públicas" (1) Aspectos generales del proceso presupuestal colombiano. M de Hda y C. P. – DGPN.

El Presupuesto comprende tres partes:

- El presupuesto de rentas
- El presupuesto de gastos o ley de apropiaciones y
- Disposiciones generales

El estatuto orgánico del presupuesto determina que "...Las apropiaciones incluidas en el Presupuesto General de la Nación son autorizaciones máximas de gastos que el Congreso aprueba para ser ejecutadas o comprometidas durante la vigencia fiscal respectiva..."

El decreto 568 de 1996, reglamentario de las leyes 38 de 1989, 179 de 1994 y 225 de 1995, orgánicas del Presupuesto General de la Nación, en sus artículos 19 y 20 establece que el certificado de disponibilidad presupuestal es el documento expedido por el jefe de presupuesto o quien haga sus veces con el cual se garantiza la existencia de apropiación presupuestal disponible y libre de afectación para la asunción de compromisos.

Este documento afecta preliminarmente el presupuesto mientras se perfecciona el compromiso y se efectúa el correspondiente registro presupuestal, el cual corresponde a la operación mediante la cual se perfecciona el compromiso y se afecta en forma definitiva la apropiación, garantizando que ésta no será desviada a ningún otro fin.. En esta operación se deberá indicar claramente el valor y el plazo de las prestaciones a que haya lugar.

Por las anteriores razones, se considera procedente y válido registrar tanto los recursos destinados a financiar el régimen subsidiado en salud como las apropiaciones y ejecución de los contratos de administración de esos recursos, suscritos en cada anualidad con las A.R.S.,

que permitan confrontar la incorporación y destinación de los mismos a subsidios a la demanda, en forma global y para cada período fiscal.

El estudio de los documentos soporte del proceso de evaluación de la presupuestación de los recursos y gastos de los subsidios a la demanda, presentan una gran complejidad por la combinación de las diferentes fuentes de financiamiento en diversas entidades, como ya se ha indicado en la presente evaluación, tanto del orden departamental como municipal, unas con comportamiento de entidades centralizadas y otras descentralizadas.

1.5.1 Problemas sobre la presupuestacion y seguimiento de los recursos y gastos del Regimen Subsidiado

La presupuestación de los ingresos y gastos del sector salud se presenta en diversos organismos, teniendo en cuenta si los Municipios están o no certificados para el manejo autónomo del Situado Fiscal y en caso de estarlo, si funciona adecuadamente o no, el Fondo Territorial de Salud.

Contratos de Administración del Régimen Subsidiado en Municipios Certificados

La condición de certificación de un municipio para el manejo autónomo el situado fiscal, en los términos de la Ley 60 de 1993, define en primera instancia la capacidad jurídica de suscripción de contratos bipartitos de administración del régimen subsidiado, entre municipios y ARS, en consecuencia puede deducirse que en el Fondo Municipal de Salud de esa entidad territorial se concentra el manejo y administración de las diferentes fuentes de recursos.

Sin embargo, las diferentes estructuras jurídicas de las Direcciones Distritales y Locales de Salud, administradoras de los recursos del sector, determinan distintas modalidades para la administración y manejo presupuestales. A vía de ejemplo, cuando la Dirección está conformada como ente descentralizado o central del municipio, por su naturaleza, en uno u otro caso su manejo tiene mayor o menor autonomía presupuestal.

El caso específico como se creó la dirección distrital de salud de Bogotá, el Fondo Financiero Distrital, el cual le permite por su naturaleza jurídica un manejo presupuestal integral de los recursos destinados a la salud, no sólo para los subsidios a la demanda, sino también para los de la oferta.

Las direcciones locales conformadas como secretarías de Salud, dependencias de la administración central, si no incorporan como anexo al presupuesto del municipio el del Fondo Local de Salud, que refleje la totalidad de las rentas y recursos del sector y las apropiaciones a financiar con ellos, carecen de un buen instrumento de manejo presupuestal y financiero, ya que como dependencias del sector central sólo cuentan con una sección presupuestal que les identifica los diferentes gastos para la vigencia, pero no las fuentes específicas de los ingresos.

En estos casos las participaciones en los Ingresos Corrientes se incorporan globalmente al presupuesto de rentas y recursos municipal sin identificar la cuantía de los destinados al

sector salud y así mismo son transferidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público a la Tesorería Municipal, lo cual dificulta su control y puede facilitar su desvío.

A pesar de la dificultad enunciada para el manejo de los recursos en las dependencias centralizadas, ésta es subsanable con la obligatoriedad del manejo del anexo presupuestal que incorpore la totalidad de los recursos del Fondo Local de Salud y la administración y ordenación de los gastos en la Dirección Local de Salud.

A noviembre de 2000 existían en el país 522 municipios certificados, los cuales acreditaron su correspondiente Fondo de Salud como requisito previo, es decir que el 50% de estas entidades territoriales cuentan actualmente con un mecanismo que permite concentrar los recursos del sector para su ejecución y evaluación consolidada en un mismo ente territorial, siempre y cuando funcione este fondo como está reglamentado.

Contratos de Administración del Régimen Subsidiado en Municipios No Certificados

Cuando se trata del manejo de los recursos para subsidios a la demanda en Municipios No Certificados para el manejo autónomo del Situado Fiscal, la actual reglamentación exige la suscripción de un contrato tripartito entre el Departamento, el municipio y la ARS y el manejo y administración de los recursos procedentes de FOSYGA, Situado Fiscal y las Rentas Cedidas que lo cofinancian por parte del Departamento, en tanto que los ICN son transferidos por la Nación directamente a los municipios para su ejecución.

Esta modalidad añade un actor al proceso y el manejo presupuestal en los Departamentos igualmente depende de la naturaleza jurídica de la Dirección Departamental de Salud y/o de la autonomía de ésta frente al nivel central para la identificación de los recursos y su ejecución.

Sin embargo es fácilmente predecible que los contratos tripartitos crean dificultades de gestión y generan indefinición de responsabilidad frente a aspectos tan importantes como el manejo de las novedades en la afiliación e interventoría de los contratos. A su vez pueden desestimular el esfuerzo local para el financiamiento de estos subsidios.

Por ello se encuentran dispersos los recursos destinados al régimen subsidiado en diferentes entidades territoriales u órganos de dirección territorial de salud, con estructuras jurídicas diferentes y por consiguientes con distintos procesos para su incorporación, administración y manejo presupuestales por y eso sujetos a la carencia de un manejo y control integrales, con los riesgos que ello genera.

Con la ambigüedad actual se diluye la responsabilidad en la administración de los recursos y es difícil efectuar un seguimiento adecuado y oportuno.

1.5.2 Causas de la problemática en la presupuestacion y seguimiento de los recursos del Regimen subsidiado

La complejidad del problema se debe, como ya se expuso, a la responsabilidad compartida en la administración de las rentas entre los departamentos y municipios y a la falta de una

regulación por parte del Gobierno Nacional para centralizar su ejecución y administración, bien sea en el Departamento o en los municipios, con la debida asistencia técnica y seguimiento de la gestión oportunamente.

El estudio de las ejecuciones presupuestales permite concluir el desconocimiento casi generalizado de la práctica presupuestal adecuada para el control sobre la incorporación y destinación de la totalidad de los recursos que financian el Régimen a subsidios a la demanda.

Cuando la ejecuciones presupuestales carecen del registro indicado se pretermiten las normas del estatuto orgánico presupuestal y la operación de los registros de los contratos aportados al Ministerio de Salud, no pasaría de ser un simple formalismo y no una práctica en los términos del Decreto 568 de 1996 ya enunciado.

Ante la dificultad planteada, el documento contractual para Administración de Recursos radicado en el Ministerio de Salud como un requisito legal soporte de los correspondientes giros es el instrumento supletorio para realizar el seguimiento y control a los recursos del Régimen Subsidiado.

Con respecto a los certificados de disponibilidad presupuestal y el propio registro presupuestal requisitos necesarios para la validez de los compromisos adquiridos estos en su gran mayoría no hacen parte del manejo presupuestario en las entidades, observándose como solo se registran los compromisos correspondientes a las cuotas partes a girar y no el valor total de los contratos, a pesar de haberse cumplido el formalismo en los documentos, previamente al suministro de los mismos al Ministerio de Salud.

El registro presupuestal exigido para los contratos del Régimen Subsidiado no está acorde con la normatividad presupuestaria, por cuanto no la disponibilidad presupuestal está en concordancia con la denominación de los gastos, ya que se solicita teniendo en cuenta la fuente del recurso, aspecto no considerado en las apropiaciones de gastos revisadas

Adicionalmente se verificó que en los Municipios las apropiaciones para Subsidios a la Demanda se subdividen en áreas urbanas y rurales de conformidad con la destinación que en tal sentido debe darse a los ICN, por mandamiento de la Ley 60 de 1993. Sin embargo la contratación no identifica la población de una u otra característica lo que quiere decir que los certificados de disponibilidad y los registros presupuestales se hacen indistintamente con cualquiera de los dos items

Cuando en los registros de las ejecuciones presupuestales se carece de la correspondiente contabilización indicada se pretermiten las normas del estatuto orgánico presupuestal y la operación de los registros de los contratos aportados al Ministerio de Salud, no pasaría de ser un simple formalismo y no una práctica en los términos del Decreto 568 de 1996 ya enunciado.

Utilizada la información complementaria ya indicada como los contratos efectivamente suscritos para la administración del Régimen Subsidiado en la muestra, se tiene que pueden existir excedentes sin comprometer en los tres periodos del orden del 10% o que se trate de un mal registro de los ingresos y gastos objeto del estudio.

1.5.3 Soluciones

Definir una unidad de criterio por parte del Gobierno Nacional para el manejo centralizado de los recursos del sector salud en la Dirección Territorial de Salud, regulando los procesos para el manejo sectorial, precisando los aspectos técnicos de presupuestación, contabilización y control periódico y prestando la asistencia técnica oportuna y permanente para su implementación.

Las diferentes fuentes de financiación se constituyen en una fortaleza para el sistema, como se demuestra en los títulos A y B de este capitulo, pero hay complejidad y gran dificultad en la parte operativa del manejo presupuestal de los recursos y gastos, por estar éste distribuido en los municipios, departamentos y Fondos Seccionales y Locales de Salud.

1.6 ANÁLISIS MULTIVARIADO: HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES.

El proyecto de evaluación del Régimen Subsidiado de Salud en su componente financiero buscó según propuesta inicial formulada por la Universidad Nacional, confrontar los dos modelos de manejo del Régimen Subsidiado: El modelo autónomo municipal asociado a los municipios denominados "certificados", basado en contratos bipartitos entre municipios y ARS, y el modelo departamental con contratos tripartitos para municipios " no certificados"

Para obtener resultados basados en la evidencia y minimizando la intervención de las preferencias "ideológicas" los hallazgos mediante otros métodos fueron sometidos al análisis numérico denominado "multivariado" el cual permitió procesar 33 variables básicas y 10.000 datos.

LAS REGLAS PARA LA REALIZACIÓN DEL ANÁLISIS MULTIVARIADO FUERON LAS SIGUIENTES.

Existen dos formas de gestión del Régimen Subsidiado contra las cuales deben ser correlacionadas todas las variables:

- Los Municipios certificados que son 522 sobre 1079 que hay en el país,
- Los Municipios no certificados que son el resto.

Todas las fuentes financieras se han reducido a su forma percápita (valor de la fuente en un municipio / numero de afiliados al R.S.) además cada fuente tiene tres tipos de valores según tres rangos del 33% de casos: el alto, el medio y el bajo.

Se tomó la deuda de cada municipio y se redujo a su forma percápita (valor de la deuda en un municipio en un año determinado / numero de afiliados al R.S. en ese año) además cada deuda tiene tres tipos de valore según tres rangos de 33% de casos: el alto, el medio y el bajo.

Se tomó la mora del FOSYGA para el primer giro en cada municipio y se redujo a su forma percápita (valor de la mora en un municipio determinado en el primer giro / número de afiliados al R.S. en ese año) además las moras se clasificaron en tres tipos de valor: alto,

medio y el bajo según tres rangos con el 33% de casos. (No se tienen en cuenta las moras del segundo y tercer giro).

Para establecer el valor de los Ingresos Corrientes de la Nación ICN se sumaran ICN99 (90%)+ICN98(10%)+Reaforo.

Para establecer el valor del FOSYGA se sumaron varios conceptos de FOSYGA 1,2,3 etc.

Por cobertura municipal del Régimen Subsidiado se entendió la relación entre el numero afiliados y el numero de población NBI. La cobertura se clasificó en alta, medina y baja con rangos de 33% de los eventos.

El año de estudio fue el de 1999 con la deuda acumulada reportada a la Supersalud para contratos de 1999-2000.

El numero de datos procesados aproximadamente = 10.000.

NOMBRE DE LAS VARIABLES:

1. MGC: Municipios grandes certificados.
2. MMC: Municipios medianos certificados.
3. MPC: Municipios pequeños certificados.
4. MGNC: Municipios grandes No certificados.
5. MMNC: Municipios medianos No certificados.
6. MPNC: Municipios pequeños No certificados.
7. ICNPA: Ingresos Corrientes Percápita de la nación alto
8. ICNPM: Ingresos Corrientes Percápita de la nación medio
9. ICNPB: Ingresos Corrientes Percápita de la nación bajo
10. SFPA: Situado Fiscal Percápita alto
11. SFPM: Situado Fiscal Percápita medio
12. SFPB: Situado Fiscal Percápita bajo
13. FPA: FOSYGA Percápita alto
14. FPM: FOSYGA Percápita medio
15. FPB: FOSYGA Percápita bajo
16. RCPA: Rentas Cedidas Percápita altas
17. RCPM: Rentas Cedidas Percápita medias

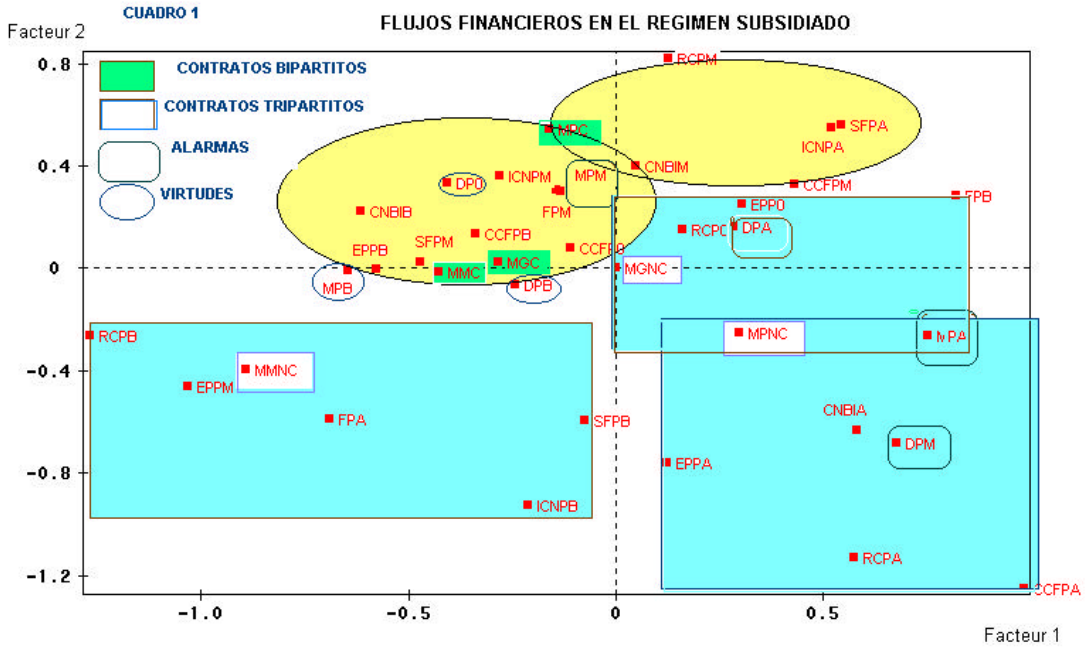
18. RCPB: Rentas Cedidas Percápita bajas
19. EPPA: Esfuerzo Propio Percápita alto
20. EPPM: Esfuerzo Propio Percápita medio
21. EPPB: Esfuerzo Propio Percápita bajo
22. CCFPA: Aporte CCF Percápita alto
23. CCFPM: Aporte CCF Percápita medio
24. CCFPB: Aporte CCF Percápita bajo
25. MPA: Mora Percápita alta
26. MPM: Mora Percápita media
27. MPB: Mora Percápita baja
28. DPA: Deuda Percápita Alta
29. DPM: Deuda Percápita media
30. DPB: Deuda Percápita baja
31. CNBIA: Cobertura Percápita alta
32. CNBIM: Cobertura Percápita media
33. CNBIB: Cobertura Percápita baja

1.6.1 Primer Hallazgo:

- El Modelo de Manejo Departamental del Régimen Subsidiado de Salud, mediante contratos tripartitos para Municipios no Certificados es el más ineficiente: con deudas y moras mas altas

El análisis multivariado realizado sobre la base de 33 de variables y 10.0000 datos, que incluyen: municipios grandes, medianos y pequeños; certificados y no certificados; y todas las variables financieras a nivel percápita, las deudas y las moras, encontró (Ver grafico 1):

GRAFICO 1



1

Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

Grafico 1. Eje horizontal = Deuda-Mora de bajo a alto.

Eje Vertical = Ingreso de bajo a alto.

Que los municipios grandes no certificados (MGNC) y los municipios pequeños no certificados (MNC), resaltados en azul, están asociados a las deudas con las ARS mas altas (DPA) y medianas (DPM) ; y así mismo con las moras mas altas (MPA).

Que los municipios grandes, medianos y pequeños certificados (MGC, MMC, MPC), resaltados en verde, están a asociados a deudas nulas (DPO) o a deudas bajas (DPB) y a las moras bajas (MPB).

El cuadro # 1-A muestra además que los Departamentos incumplen la ley 344 de 1996, reduciendo sus aportes a la cuarta parte de lo fijado en la ley, en cambio los municipios, cumplen los porcentajes señalados en la ley 100/93.

CUADRO # 1- A

CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS LEGALES LEY 100/93 Y LEY 344/96				
TIPO DE RECURSO	RECAUDO TOTAL	APLICACIÓN AL R.S	PARTIC.	NORMA
	1999	1999		
DEPARTAMENTOS				
Situado Fiscal	1.218.764.875.490	195.715.800.000	16,1%	25%
Rentas Cedidas	354.447.695.935	42.243.300.000	11,9%	35%
MUNICIPIOS				
Participaciones ICN	725.712.027.077	426.637.300.000	58,8%	60%

Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

Primera Recomendación

- Eliminar el sistema de contratación tripartita, entregar toda la contratación del aseguramiento a los municipios y reservar para el departamento el papel de Inspección, Vigilancia y Control de Régimen Subsidiado

1.6.2 Segundo Hallazgo

- La ampliación de la cobertura del Régimen Subsidiado se ha venido desacelerando y las fuentes financieras nacionales han encontrado límites a su expansión.

CUADRO 1- B

EVOLUCION DE LA COBERTURA DEL REGIMEN SUBSIDIADO			
Años	Afiliados	Ampliación	Inversión
1994 (1)	579.289		34.757.340.000,00
1995 (2)	4.800.916	729%	506.548.000.000,00
1996 (3)	5.981.774	25%	598.715.000.000,00
1997	7.026.692	17%	747.987.749.003,00
1998	8.527.061	21%	1.119.165.271.291,00
1999	9.325.832	9%	1.245.404.700.000,00
2000	9.510.566	2%	1.241.259.766.330,00
(1) Empresas Solidarias de Salud			
(2) EPS Transitoria			
(3) ARS			

Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

Se observa en las fuentes financieras que:

- Que la cuenta de solidaridad logro su punto máximo de crecimiento y esta perdiendo importancia en términos absolutos y relativos en al financiación del R.S., por el agotamiento de las reservas y rendimientos y por efecto del desempleo.
- El gobierno ha incumplido con el Pari Passu y recientemente ha hecho la interpretación mas económica de las exigencias de la Corte Constitucional.

- Los ICN y el SF verán limitado su crecimiento por efecto del Acto Legislativo 012 del 2001.
- La transformación de subsidios de oferta en demanda en SF e ICN ha logrado su máximo desarrollo legal y solo se ampliará si hay estímulos.

CUADRO 2

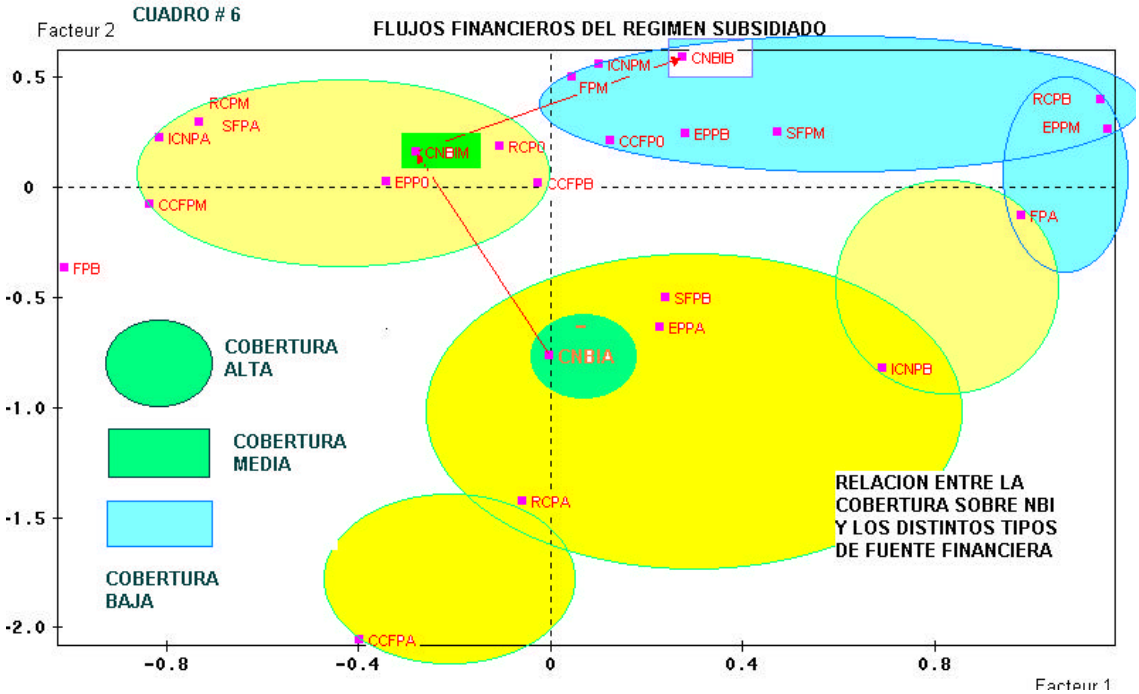
EVOLUCION DE LA ESTRUCTURA FINANCIERA DEL REGIMEN SUBSIDIADO
Pesos Corrientes

AÑO	INVERSIÓN EN R.S.	FOSYGA	ICN	SF	RC	EP	CCF	TOTAL
	$	%	%	%	%	%	%	%
1994 (1)	34.757.340.000	100						100
1995 (2)	506.548.000.000	72	28					100
1996 (3)	598.715.000.000	69	31					100
1997	747.987.749.003	65	35					100
1998	1.119.165.271.291	50	27	11	2	5	5	100
1999	1.245.404.700.000	38	34	16	3	4	5	100
2000	1.241.259.766.330	35	37	16	3	4	5	100

(1) Empresas Solidarias de Salud
(2) EPS transitoria
(3) ARS

Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

GRAFICO 2



Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

El análisis multivariado del 100% de los municipios muestra que las altas coberturas del Régimen Subsidiado sobre la población NBI esta asociada a (Ver grafico 2):

Los municipios (MNBIA) con alta cobertura sobre NBI esta asociada a un gran esfuerzo propio (EPPA), a unas rentas cedidas altas (RCA), al aporte de alto de las Cajas de Compensación (CCFPA).

Las altas coberturas sobre población NBI, cuando hay un gran esfuerzo propio (EP, RC y CCF), pueden estar asociadas a asignaciones bajas de situado fiscal (SFPB) o de los ICN (ICNPB).

Cuando el esfuerzo propio es cero (EPP0, RCPO), las coberturas medianas sobre población NBI mediana (MNBIM) pueden estar asociadas a ICN o Situado Fiscal con alta asignación (ICNPA, SFPA).

Las coberturas bajas sobre NBI (MNBIB) están asociadas a la no presencia de las CCF (CCFPO) y al esfuerzo propio bajo (EPPB, RCPB).

El FOSYGA puede estar jugando un papel negativo de estimular la cobertura baja al sustituir el aporte local y desestimular los esfuerzos regionales. Observar la asociación de CNBIB con FPM y FPA.

Segunda Propuesta

- Se debe usar el FOSYGA para estimular la aplicación de todas fuentes financieras (distintas al FOSYGA) a la sostenibilidad y ampliación del Régimen Subsidiado de Salud, entregando parte de sus recursos en proporción a las asignaciones locales de EP, RC, CCF, SF, ICN.

1.6.3 Tercer Hallazgo

- El Régimen Subsidiado se distribuye con algún grado de inequidad entre las diversas regiones y mientras en algunas se consiguen coberturas del 95% de la población con NBI en otras solo se llega al 35%

Las diferencias de cobertura se explican porque las ESS se iniciaron sin considerar la equidad regional, igual cosa ocurrió con la EPS transitoria y posteriormente se practico la política de garantizar la cobertura preexistente o política de continuidad del aseguramiento.

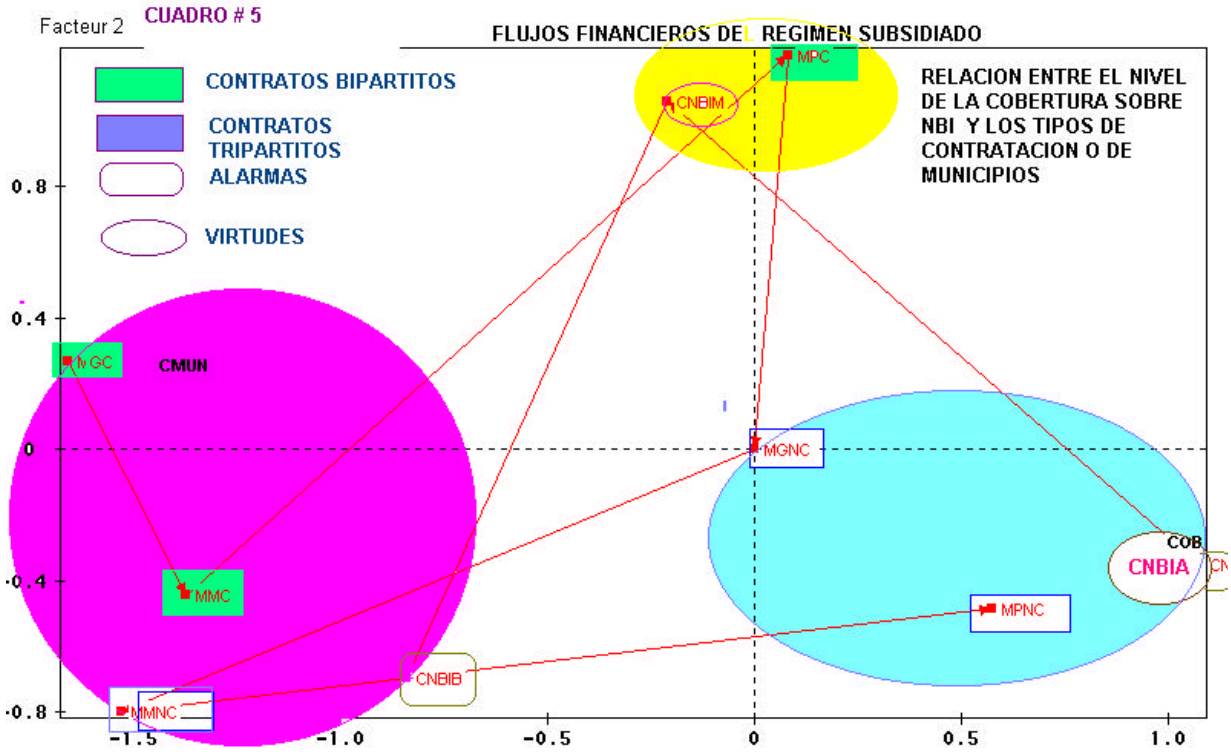
CUADRO 5

INDICADORES DE COBERTURA RÉGIMEN SUBSIDIADO POR REGIONES – COLOMBIA - 1998-2000			
REGION	Cob. 98/NBI	Cob. 99/NBI	Cob. 00/NBI
REG ANTIOQUIA	66.51%	66.79%	66.19%
REG ARA-MET-CAS	48.57%	53.03%	52.70%
REG BOGOTA	88.67%	88.86%	94.92%
REG BOYACA-CUNDI	80.00%	89.96%	91.24%
REG CAU-NAR-CHO	51.08%	55.09%	55.64%
TOT CAQ-TOL-HUILA	57.71%	61.59%	61.47%
REG EJE CAFETERO-VALLE	58.52%	66.16%	65.63%
REG SANTANDERES	65.54%	66.79%	66.12%
REG TERR NACIONALES	35.52%	36.18%	35.15%
REG COSTA ATLÁNTICA	38.20%	43.12%	42.41%
Total NACIONAL	55.51%	59.66%	59.79%
MINIMO POR REG	35.52%	36.18%	35.15%
MAXIMO POR REG	88.67%	89.96%	94.92%
DESV. EST. REG	16.93%	17.36%	18.87%

Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

Cuando se abrió el R.S. a la libre competencia se restringió el manejo los recursos para los municipios no "certificados" pero esta misma situación quizás les favoreció en la cobertura inicial, la cual era en alguna forma manejada por los Departamentos.

GRAFICO 3



Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

El Análisis multivariado muestra precisamente como (ver grafico 3):

- Las altas Coberturas sobre la población NBI (CNBIA) están asociadas a los municipios no certificados grandes y pequeños (MGNC, MPNC), que al parecer cooperaron con las EPS transitorias y luego han entregado el manejo de sus recursos a los departamentos.
- Los municipios pequeños certificados (MPC) son los que han logrado coberturas medias sobre la población pobre (CNBIM).
- Los municipios medianos y grandes certificados (MGC, MMC) que han actuado con independencia frente a los departamentos quizás han sido castigados por los departamentos y presentan bajas coberturas (CNBB). Una situación similar les ha ocurrido a los municipios medianos no certificados(MMNC).
- Los municipios no certificados financian en un 60% su UPC-S con recursos del FOSYGA. Los certificados solo reciben el 45% de su UPC-S del FOSYGA.

- **EL ÍNDICE DE GINI.**

El Índice de Gini (Cuadro 6) muestra que el grado de inequidad es igual al 26% en el país, sin embargo el causante no es por igual cada una de las fuentes financieras y quienes las asignan. Los ICN y el Situado Fiscal distribuidos según criterios de ley 60 de 1993 son las fuentes mas equitativas presentando índices de inequidad del 31% y el 40% respectivamente; luego esta el FOSYGA que presenta una inequidad del 44% y finalmente la fuente principal de inequidad son las rentas cedidas que presentan un índice del 85%.

CUADRO 6

INDICE DE GINI EN DIFERENTES ESCENARIOS					
AÑO 2000	ICN	RENTAS C.	SIT.FIS.	FOSYGA	SUBSIDIOS
POR TAMAÑO					
MEDIANAS CIUDADES	15,2	82,33	34,47	33,47	18,78
GRANDES CIUDADES	12,75	73,11	37,38	31,32	21,31
PEQUEÑOS MUNICIPIOS	29,91	86,25	39,28	44,36	26,19
POR INCLUSION EN LA MUESTRA					
INCLUSION FORZOSA	15,26	.	33,52	38,91	20,95
INCLUSION PROBABILÍSTICA	29,05	.	39,53	40,79	24,03
TOTAL PAIS	31,25	85,76	40,31	43,73	26,88

Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

Se puede observar además que las fuentes pueden jugar un papel complementario y el producto final es menos inequitativo que las partes que lo componen.

CUADRO 7

INDICE DE GINI			
RECURSOS	2000	1999	1998
ICN	31,25	30,41	30,42
RENTAS CEDIDAS	85,76	82,31	85,6
SITUADO FISCAL	40,31	38,25	36,41
FOSYGA	43,73	37,53	36,57
REGIMEN SUBSIDIADO	26,88	26,7	27,98

Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

El cuadro 7 muestra que la equidad territorial ha venido mejorando, dado que el índice ha caído del 28% en 1998 al 27% en el 2000.

Cuarta Propuesta

- Los recursos del FOSYGA, especialmente los destinados a la ampliación de cobertura, deben distribuirse en parte para corregir las inequidades históricamente creadas en la expansión del Régimen Subsidiado (la otra parte como estimulo al esfuerzo local y regional)

1.6.4 Quinto Hallazgo

- Existe mucha dispersión en la gestión y en los flujos de recursos, favoreciendo desvíos y moras.

El Análisis multivariado presentado en el grafico 4 muestra que cuando el municipio es el pagador único:

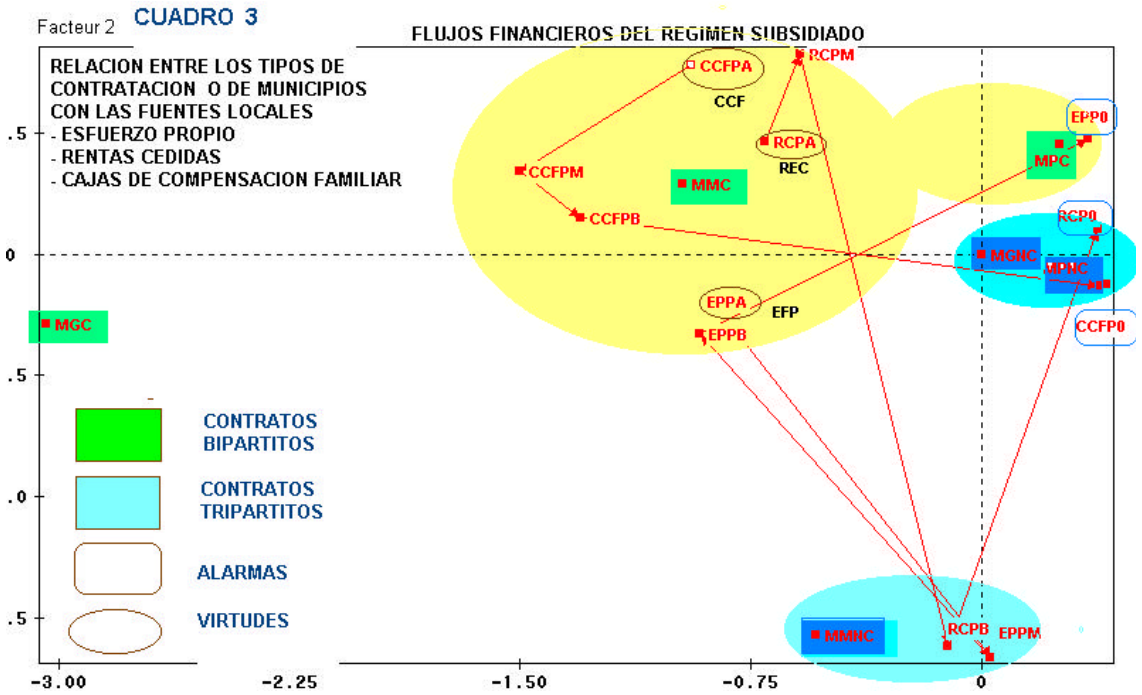
Los Municipios Medianos Certificados (MMC) están asociados con el mayor esfuerzo propio posible (EPPA) y en el peor de los casos existe un esfuerzo aunque bajo (EPPB). Solo en el caso de los municipios pequeño certificados (MPC) se dan casos de esfuerzo local nulo (EPPO).

Los Municipios Medianos Certificados (MMC) presentan la mejor asociación con las CCF en sus diferentes niveles (CCFPA, CCFPM, CCFPB).

Los Municipios Medianos Certificados (MMC) muestran la mejor participación en las rentas cedidas (RCPA, RCPM).

Los Municipios Grandes Certificados (MGC) muestran independencia de comportamiento frente a esas variables pero de todas maneras tendencialmente están mas cercanos a lo certificados medios que a los no certificados.

GRAFICO 4



Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

En el grafico 4 se observa además que:

- Los municipios No Certificados Grandes y Pequeño (MGNC, MPNC) están íntimamente asociados al esfuerzo propio nulo (EPP0); a la participación nula en rentas cedidas (RCPO); a la vinculación nula con las CCF (CCF0).
- Los Municipios medios no certificados se asocian a la participación baja en Rentas Cedidas (RCPB) pero no obstante presentan buena asociación con el esfuerzo propio medio (EPPM).

Propuesta Quinta

- Crear un sistema de pagador único descentralizado en Régimen Subsidiado en el Municipio, lo cual estimula el esfuerzo propio y la oportunidad en los pagos

1.6.5 Sexto Hallazgo

- Los recursos de los ICN de salud se manejan en forma no diferenciada en el presupuesto municipal y se giran a la tesorería general del municipio.

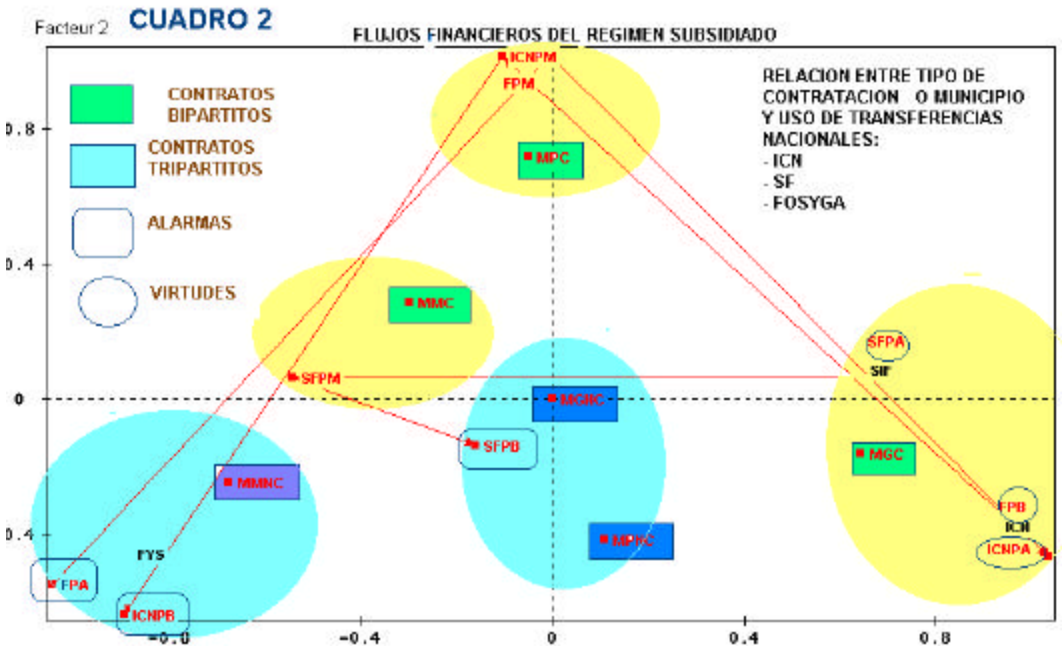
Los ICN se giran a los fondos comunes de los municipios confundiéndose con todos los recursos y favoreciendo su desvío, entrabamiento y otras dificultades que a la postre se traducen en moras y deudas.

El trabajo de campo de la Universidad Nacional no encontró en los municipios ni control presupuestal o de caja para los recursos de salud, aun mas en muchos municipios no certificados no se pudo hacer un seguimiento de su origen y aplicación. Solo los municipios con Fondo Local de Salud y con presupuesto diferenciado de salud tienen ordenadas las cuentas.

Cuando los Recursos no se giran a los Fondos Locales de salud sino a los fondos comunes, se facilitan una serie de situaciones, que generan deuda y mora [1] :

- En los municipios los ICN, principalmente, y otras fuentes que financian el régimen subsidiado están embargados.
- En algunos municipios no existen reservas presupuestales que amparen los contratos, o si las hay, no hay disponibilidad en tesorería.
- La administración anterior dio destinación diferente a los recursos del régimen subsidiado.
- Hay pignoración de recursos de salud.
- Falta de recursos
- Los Acuerdos de pago con las ARS se condiciona a la aprobación del presupuesto del municipio.
- Se presentan dificultades en los procesos administrativos financieros del municipio, para incorporar los recursos al presupuesto.

GRAFICO 5



Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

1 Ver informe de la SNS sobre deuda del 14 de febrero del 2001.

El análisis multivariado (ver grafico 4) ha permitido establecer que los municipios grandes certificados (MGC) que manejan un Fondo Local o Distrital de Salud diferenciado en su programación presupuestal y en su flujo de Caja presentan:

Un menor desvío de los ICN y de Situado fiscal y al contrario asignan los mas altos recursos percápita. Al respecto se puede ver la asociación entre municipios grandes certificados (MGC) en verde y alta asignación de ICN (ICNPA) y de situado fiscal (SFPA).

Como contrapartida los MGC demandan pocos recursos del FOSYGA y presentan la asignación mas Baja (FPB).

Los municipios pequeños certificados (MPC) presentan una mediana asignación de ICN (ICNPM) y demandan una asignación mediana de FOSYGA (FPM).

Los municipios medianos certificados (MMC) consiguen asignar partidas medianas de situado fiscal (SFPM) en forma preferencial.

Los Municipios no certificados grandes y pequeños (MGNC, MPNC) están asociados a la baja asignación de Situado fiscal (SFPB). Como se sabe los certificados tienen prelación para recibir el situado fiscal.

Los municipios medianos no certificados están asociados a las bajas asignaciones de ICN (ICNPB), lo que hace presumir su posible desvío y como compensación exigen el mas alto aporte del FOSYGA (FPA).

Sexta Propuesta

- Los ICN se deben girar directamente a los Fondos Locales de Salud y se deben presupuestar por separado, haciendo unidad de caja solo con los recursos de salud.

1.6.6 Séptimo Hallazgo

- Los recursos del situado fiscal y del FOSYGA se manejan en un fondo común departamental para los municipios no certificados. Los departamentos se convierten en Juez y Parte en su administración y se ven estimulados a obtener rentabilidad de esos recursos.

La deuda de las entidades territoriales con las ARS (Ver cuadro 7) equivalió al 8.66% de la asignación total de recursos al R.S. ese año y bajo al 4.6% de la financiación total del año 2000, después de que interviniera el CNSSS y la SNS.

CUADRO 7

EVOLUCION DE LA DEUDA TERRITORIAL CON LAS ARS					
AÑO	INVERSION R.S. ($)	CONTRATOS (6) ($)	DEUDA ($)	D / C (%)	D / I (%)
1994 (1)	34.757.340.000				
1995 (2)	506.548.000.000				
1996 (3)	598.715.000.000				
1997	747.987.749.003	710.297.000.000	16.475.000.000	2,32%	2,20%
1998	1.119.165.271.291	1.112.089.000.000	53.086.000.000	4,77%	4,74%
1999	1.245.404.700.000	1.210.680.000.000	107.889.000.000	8,91%	8,66%
2000 (4)	1.241.259.766.330	803.803.300.000	80.558.200.000	10,02%	6,49%
2000 (5)	1.241.259.766.330	1.181.313.800.000	57.156.100.000	4,84%	4,60%
Total (7)	4.349.672.552.954	3.807.503.100.000	207.275.300.000	5,44%	4,77%

(1) ESS
(2) EPS Transitoria
(3) ARS
(4) Reporte de la circular externa 103 de Julio del 2000.
(5) Reporte de la circular externa del 14 de Febrero del 2001.
(6) Contratos cuya vigencia termina en el año de referencia.
(7) Suponiendo que la suma a precios corrientes fuera valida y las deudas vigentes.

Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

La deuda territorial (ver cuadro 8) con las ARS corresponde especialmente a los recursos ICN en un 48% y a los recursos del FOSYGA en 37%.

CUADRO 8

ESTRUCTURA DE LA DEUDA TERRITORIAL		
Recurso	Monto	%
ICN	27.638.474.961	48,36%
FISCAL	5.589.531.098	9,78%
FOSYGA	21.170.825.877	37,04%
RENTAS CEDIDAS	1.637.682.968	2,87%
ESFUERZO PROPIO	1.119.634.658	1,96%
TOTAL DEUDA	57.156.149.562	100,00%

Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

Para las ARS las deudas acumuladas (Ver cuadro 9) de años anteriores y la mora de los contratos vigentes a fin del año 1999 representan un 38% de los ingresos por UPC-S de ese año; las CCF presentan la deuda menor con solo el 17% y las EPS públicas la mayor deuda con el 64%. No obstante hay que señalar que si suman todos los ingresos y todas deudas las EPS-ARS tienen solo un 17% de sus ingresos representados en cuentas por cobrar a clientes.

CUADRO 9

CUENTAS POR COBRAR ARS *			
ARS	INGRESOS UPC-S /99	C x C	C x C / ING. 99
56 CCF	215.493.254.883	35.340.893.801	16%
206 ESS	396.608.592.400	143.560.129.425	36%
20 EPS Privadas **	256.728.014.000	112.240.645.000	44%
11 EPS Publicas ***	145.090.773.000	92.482.394.000	64%
Total ****	1.013.920.634.283	383.624.062.226	38%
** 77% de la deuda es con UNIMEC *** 82% de la deuda es con Caprecom **** Si se incluyen todos los ingresos y deudas la relación es del 17% Fuente: Supersalud			

Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

Una parte importante de estas deudas esta causada por el comportamiento deficiente de las propias ARS tal como ocurre con los casos de UNIMEC que explica el 77% de la deuda territorial a las EPS-ARS privadas y el caso de Caprecom que explica el 82% de la deuda territorial de las EPS-ARS publicas.

Obsérvese que la deuda registrada por las ARS era de $383.624 millones al 31 de Diciembre de 1999, y un año después la deuda de estas con las IPS llegaba a $360.267 millones.

- **Las Moras.**

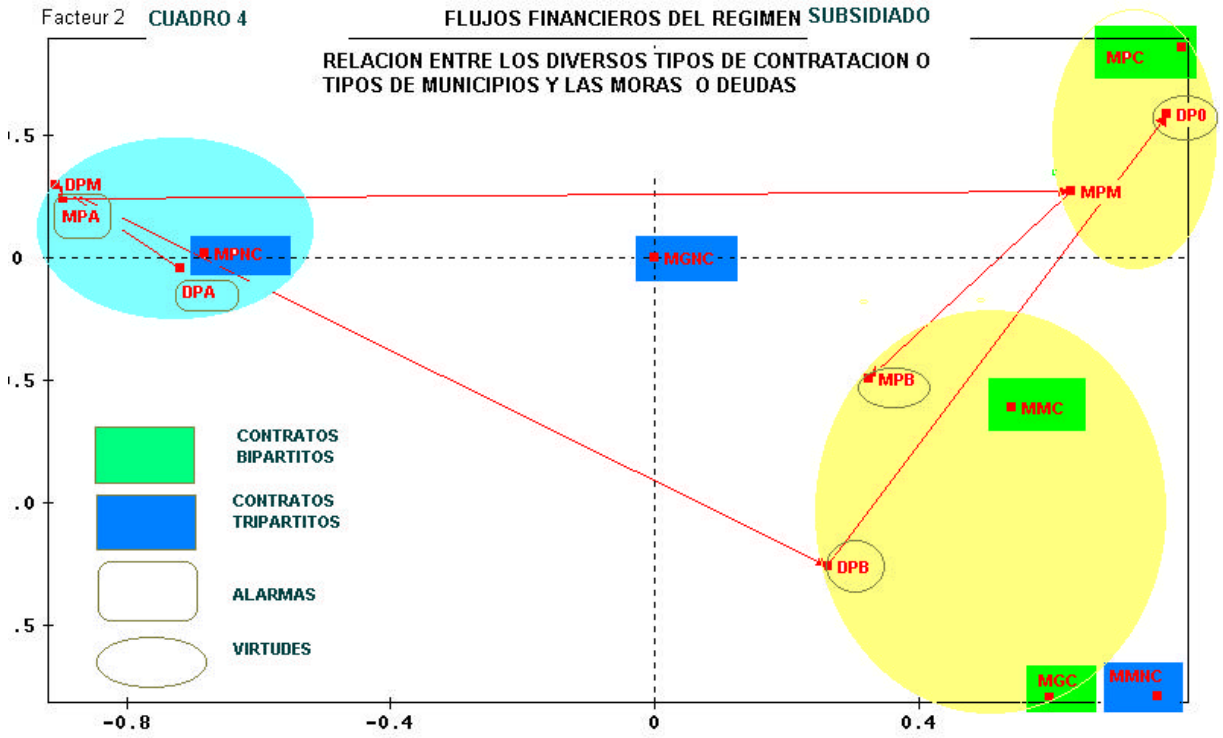
El FOSYGA es la fuente financiera mas morosa debido a los múltiples requisitos que exige su giro de la nación a las entidades territoriales. En promedio demora 90 días y esta mora arrastra o justifica la mora en otros recursos de mas disponibilidad, tales como son los ICN:

CUADRO 10

DIAS MORA EN GIROS FOSYGA POR REGIONES DE COLOMBIA EN MUNICIPIOS CERTIFICADOS Y NO CERTIFICADOS – CONTRATACIÓN 1998-1999			
REGION	MORA		
	MAXIMA	PROMEDIO	MINIMA
Región Antioquia C	257	84	8
Región Antioquia N	252	86	9
TOT ANTIOQUIA	257	85	8
Región Arauca-Meta-Casanare C	257	101	8
Región Arauca-Meta-Casanare N	297	97	9
TOT ARA-MET-CAS	297	99	8
Región Bogotá	293	280	273
Región Cundinamarca Boyacá C	190	68	8
Región Cundinamarca Boyacá N	245	81	9
TOT BOY-CUND	245	75	8
Región Cauca-Nariño-Choco C	245	72	8
Región Cauca-Nariño-Choco N	265	91	2

DIAS MORA EN GIROS FOSYGA POR REGIONES DE COLOMBIA EN MUNICIPIOS CERTIFICADOS Y NO CERTIFICADOS – CONTRATACIÓN 1998-1999			
REGION	MORA		
	MAXIMA	PROMEDIO	MINIMA
TOT CAU-NAR-CHO	265	82	2
Región Huila-Tolima C	257	74	8
Región Huila-Tolima N	189	70	8
TOT HUI-TOL-CAQ	257	72	8
Región Eje Cafetero C	245	66	8
Región Eje Cafetero N	238	73	8
TOT EJE CAF	245	70	8
Región Santanderes C	265	88	8
Región Santanderes N	237	87	9
TOT S/DERES	265	88	8
Región Territorios Nacionales	237	81	9
Región Costa C	288	77	8
Región Costa N	273	85	9
TOT Región Costa	288	81	8
TOT PAIS CERT	297	82	2
TOT PAIS NO CERT	297	97	2
TOTAL PAIS	297	90	2
Fuente: información de Gestión Financiera Ministerio de Salud.			

GRAFICO 6



Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

Según se desprende del análisis multivariado del grafico 6, las deudas y las moras se asocian con el siguiente tipo de municipios:

Los municipios grandes y medianos certificados (MGC, MMC) están asociados a los que presentan moras y deudas bajas (MPB, MDB).

Los municipios pequeños certificados (MPC) están asociados a los casos que presentan preferencialmente deuda nula (DP0) y Mora Promedio medina(MPM).

Los municipios medianos no certificados presentan la situación mas critica pues están asociados a deudas altas y medianas (DPA, DPM) y a moras promedio altas (MPA).

Los municipios medianos no certificados (MMNC) presentan buena conducta y están asociados a los grandes y medianos certificados con deudas y moras bajas.

Los municipios Grandes no Certificados presentan una situación intermedia a las situaciones extremas: son los regulares entre los extremos buenos y malos.

Séptima Propuesta

- Los recursos del situado fiscal, convertido a demanda, y los recursos del FOSYGA se deben girar directamente a los Fondos Locales de Salud; los departamentos no deben coadministrar los recursos pero si ejercer IVC sobre su utilización.

- **CAUSAS EXPLICATIVAS DIRECTAS DE LAS MORAS Y LAS DEUDAS DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES:**

El comportamiento del Ministerio de Salud y del FOSYGA genera mora y deuda [2]:

- El Ministerio de Salud presenta giros atrasados por FOSYGA.
- El Ministerio de Salud sancionó a algunos municipios no girando los recursos del FOSYGA al municipio sino a la ARS. Sin embargo, a la fecha no se han hecho muchos de esos giros a las ARS y cuando se han realizado estas no expiden paz y salvos.
- En otros casos el Ministerio de Salud informa que ya se efectuaron los pagos a las ARS, pero las ARS no registran este pago.

La Entidad Territorial (en 1999-2000) no paga por causas atribuidas a las ARS y esto genera deuda y mora:

- La entidad territorial no paga por cuanto la ARS va a ser liquidada en aplicación del Decreto 1804 dado que esta tiene deudas con la red de servicios.

[2] Estas causas fueron identificadas por la SNS a raíz de las circulares 103 y 108. El agrupamiento e interpretación es del CID-UNAL.

- La ARS tiene centralizado en Bogotá la firma de paz y salvos y actas de conciliación, lo que dificulta certificar el estado de deuda.
- Las Entidades Territoriales que vienen pagando oportunamente, se niegan a pagar a las ARS cuando estas presentan altos niveles de deuda con al red pública.
- Cuando hay incumplimiento de acuerdos suscritos en el Acta de Conciliación
- Cuando hay reconocimiento de novedades en el acta de liquidación.

Los Recursos no se giran a los Fondos Locales de Salud sino a los fondos comunes, en consecuencia se facilitan una serie de situaciones, que generan deuda y mora:

- En los municipios los ICN, principalmente, y otras fuentes que financian el régimen subsidiado están embargados.
- En algunos municipios no existen reservas presupuestales que amparen los contratos, o si las hay, no hay disponibilidad en tesorería.
- La administración anterior dio destinación diferente a los recursos del régimen subsidiado.
- Hay pignoración de recursos de salud.
- Falta de recursos
- El Acuerdo de pago se condiciona a la aprobación del presupuesto del municipio.
- Procesos administrativos financieros del municipio, para incorporar los recursos al presupuesto.

Se presentan situaciones especiales en algunos municipios que generan deuda y mora:

- Demandas penales contra administraciones anteriores por manejo adverso de los recursos.
- Segregación de municipios por creación de nuevos municipios
- La Entidad Territorial entró en proceso de reestructuración (Ley 550/99).

1.7 PROPUESTA DE DECRETO PARA MEJORAR EL FLUJO DE LOS RECURSOS.

La Universidad Nacional CID, en su versión de Diciembre del 2001, entregó al Ministerio de Salud el siguiente proyecto de Decreto, el cual afectaría simultáneamente todas las causas de mora y deuda con el Régimen Subsidiado excepto las situaciones especiales que presentan algunos municipios y los problemas generados por el manejo en el presupuesto nacional de la cuenta de solidaridad.

1.7.1 Propuesta de decreto para mejorar flujo de recursos (versión diciembre de 2001)

Por el cual adoptan medidas para agilizar el flujo de los recursos del régimen subsidiado, su contabilización y presupuestación y se dictan otras disposiciones.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales y en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y los artículos 123 del Decreto Ley 111 de 1996 y 154 de la Ley 100 de 1993

CONSIDERANDO

Que las cuentas especiales previstas para el manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales conforme a las Leyes 10 de 1990, 60 y 100 de 1993, se deben integrar en los fondos locales de salud, de conformidad con el Estatuto Orgánico de Presupuesto;

Que en ningún caso estas cuentas especiales formarán parte integral de los recursos comunes del presupuesto de tales entidades, por lo cual su contabilización, presupuestación y manejo de tesorería, debe ser especial en los términos de la ley y sus reglamentos;

Que se hace necesario, modificar el flujo de los recursos del régimen subsidiado, su periodicidad, contabilización y presupuestación.

DECRETA:

ARTICULO PRIMERO. Presupuestación de los recursos para la salud. Los departamentos, municipios y distritos deberán presupuestar los recursos que financian la salud en forma separada en un capitulo del presupuesto general de la Entidad respectiva, detallando las apropiaciones por fuente de ingreso y aplicación del gasto. La aplicación del gasto deberá comprender al menos las siguientes subcuentas:

- Régimen subsidiado.
- Plan de atención básica
- Atención en salud de la población vinculada y eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.
- Aportes patronales correspondientes a cesantías, cotizaciones para salud y reservas pensiónales." .
- Otros Gastos en Salud.

PARÁGRAFO PRIMERO. Las Entidades Territoriales, en el presupuesto anual, estimarán los recursos que se destinarán al régimen subsidiado de salud en cada vigencia, detallando cada una de las fuentes de financiación, incluidos los que provienen de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA y los que administran directamente las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993. Estos últimos y los aportes patronales del Situado Fiscal para cesantías, salud y pensiones, se presupuestaran sin situación de fondos.

ARTICULO SEGUNDO. Son fuentes de la Subcuenta del Régimen Subsidiado del Fondo de Salud, los siguientes recursos:

a) Los del Sistema General de Participaciones que se destinen a subsidios a la demanda.

b) Las rentas cedidas de licores, cervezas, registro y anotación que se transformen a subsidios a la demanda

c) Los procedentes de tributos locales.

d) Los provenientes del monopolio de los juegos de suerte y azar.

e) Los rendimientos financieros de los anteriores recursos.

f) Los provenientes de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA.

g) Los administrados por las Cajas de Compensación Familiar en los términos del Artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

PARÁGRAFO PRIMERO. Los recursos territoriales no comprometidos en las vigencias anteriores, los saldos de liquidación de contratos del régimen subsidiado y sus rendimientos financieros, deberán mantenerse en los Fondos de Salud y conservarán su misma destinación. Los recursos del FOSYGA no ejecutados y sus rendimientos se girarán al Fondo de Solidaridad y Garantía conforme a lo establecido por el CNSSS.

ARTICULO TERCERO: Sistema General de Participaciones. Para los efectos del presente Decreto y hasta tanto la Ley no reglamente los criterios de distribución del Sistema General de Participaciones de que trata el Acto Legislativo 012 de 2001, se entenderá que los recursos del Sistema General de Participaciones corresponden a las participaciones municipales en los Ingresos Corrientes de la Nación y al Situado Fiscal transformado de Subsidios de oferta a subsidios a la demanda.

ARTICULO CUARTO.- Las Entidades Territoriales acreditarán la creación del Fondo Local de Salud y de las respectivas subcuentas presupuéstales establecidas en el artículo primero, ante el Ministerio de Salud- Dirección General de Financiamiento y Gestión de Recursos o de la dependencia que hagas sus veces, enviando copia de los Actos Administrativos por los cuales se crea el Fondo y se establecen las subcuentas en el correspondiente presupuesto y la certificación de la cuenta bancaria a nombre del Fondo Local de Salud por parte de la Entidad Financiera.

PARÁGRAFO. A partir del 20 de marzo de 2002, el FOSYGA no girará los recursos de cofinanciacíon para el régimen subsidiado a las Entidades Territoriales que no hayan cumplido con los requisitos anteriores.

ARTICULO QUINTO: Giro de los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud. Los recursos del Sistema General de Participaciones que se destinen al sector salud, se girarán a los Fondos de Salud, con la periodicidad prevista en la Ley, en forma separada de los demás recursos del sistema general de participaciones para inversiones en otros sectores sociales.

Hasta tanto la Ley no reglamente el sistema general de participaciones de que trata el Acto Legislativo 012 de 2001, los recursos que se transformen de subsidios de oferta a demanda

se girarán previa presentación ante el Ministerio de Salud del Plan de Transformación de Subsidios en los términos que establece la Ley 344 de 1996.

ARTICULO SEXTO.- Requisitos para el giro de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA. Cuando se trate de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, asignados para cofinanciar la continuidad de la población afiliada, el monto equivalente a un trimestre del valor aprobado para cada Entidad Territorial, será girado a los Fondos de Salud de manera anticipada, cinco (5) días antes de iniciar el periodo de contratación respectivo, con base en los montos aprobados en el Acuerdo del CNSSS o el acto administrativo mediante el cual se distribuyen los recursos.

El monto restante se girará por trimestres anticipados dentro de los cinco (5) días anteriores al inicio del respectivo trimestre, previo el cumplimiento para el segundo giro de la entrega en el Ministerio de Salud- Dirección General de Aseguramiento, o la dependencia que haga sus veces, de las copias de todos los contratos suscritos con los respectivos certificados de disponibilidad y registro presupuestal y la información sobre los afiliados en los términos que determine el Ministerio de Salud.

Cuando se trate de recursos asignados por el CNSSS para ampliación de cobertura estos serán girados en la misma periodicidad previo el cumplimiento para el primer pago, de los requisitos mencionados**.**

PARÁGRAFO PRIMERO. Los recursos del FOSYGA se girarán a los Fondos Seccionales de Salud con la misma periodicidad y requisitos, sólo cuando el departamento suscriba los contratos del régimen subsidiado para: a) la afiliación de la población desmovilizada, b) afiliación de la población rural **migratoria y c)** afiliación de la población beneficiaria de los corregimientos departamentales.

ARTICULO SÉPTIMO.- Pagos a las EPS administradoras del Régimen Subsidiado. Las Entidades Territoriales pagarán el 100% del valor del primer bimestre del contrato de aseguramiento durante los cinco (5) primeros días de la ejecución del contrato, entendiendo que, el mismo solo se podrá ejecutar cuando este debidamente perfeccionado, se hayan aprobado las pólizas de cumplimiento, recibido y verificado las pólizas de enfermedades de alto costo y este plenamente acreditada la contratación de la red de prestación de servicios.

A partir del segundo bimestre, se pagará en forma anticipada el 80% del valor bimestral de los contratos de aseguramiento durante los cinco (5) primeros días de cada bimestre. El 20% restante se pagará durante los diez días hábiles siguientes a la presentación del reporte de novedades del bimestre inmediatamente anterior, en los términos establecidos por el CNSSS.

En caso de mora imputable a la Entidad Territorial, está pagará a las EPS administradoras del régimen subsidiado intereses de mora obligatorios e irrenunciables, iguales a los señalados por la DIAN para las moras en los pagos de los impuestos sobre la renta y complementarios.

PARÁGRAFO PRIMERO. Para garantizar la oportunidad en los pagos las Entidades Territoriales manejarán los recursos de los Fondos de Salud con unidad de caja, de acuerdo a lo previsto en el articulo 13 de la Ley 10 de 1990 y por lo tanto los pagos se harán con los recursos líquidos disponibles, independientemente de la fuente de recaudo.

ARTICULO OCTAVO.- Pagos a las IPS. Cuando se trate de contratos de prestación de servicios de salud con la modalidad de capitación, las administradoras del régimen subsidiado pagarán dentro de los cinco (5) primeros días de cada bimestre, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud el equivalente al 70% de los servicios contratados en ese período. El 30% restante se pagará una vez se haya producido la aprobación final de cada factura, de acuerdo con lo previsto en las normas vigentes.

Cuando se trate de contratación de servicios de salud por modalidades diferentes a la capitación, las administradoras del régimen subsidiado cancelarán un abono como mínimo del 50% del valor de la factura en el momento de su presentación y el saldo a la aprobación final de la factura. Sin perjuicio de lo anterior, las IPS tendrán derecho a un abono mayor al 50%, el cual se determinará teniendo en cuenta el promedio histórico de la facturación no glosada o que habiendo sido glosada por la EPS administradora del régimen subsidiado, las mismas fueron oportunamente aclaradas por la IPS.

PARÁGRAFO 1º. En todo caso la aprobación final de la factura y su pago no deberá sobrepasar de 45 días calendario a partir de su presentación inicial, término dentro del cual deberán haberse aclarado las glosas.

PARÁGRAFO 2º. En caso de mora imputable a las EPS administradoras del régimen subsidiado estas pagaran a las IPS intereses de mora de carácter obligatorio e irrenunciable a una tasa igual a la vigente para los intereses moratorios cobrados por la DIAN sobre moras en los pagos de los impuestos sobre la renta y complementarios. No se causaran intereses de mora por los periodos que excedan los fijados a las IPS, para contestar las glosas.

PARAGRAFO 3º. Las entidades administradoras del régimen subsidiado, deberán recibir facturas de las instituciones prestadoras de servicios de salud, durante 20 días del mes, incluido el mes de diciembre.

PARAGRAFO 4º. Las entidades que administren el regimen subsidiado deberán constituir una provisión sobre el ciento por ciento de los servicios hospitalarios autorizados y no cobrados hasta por un plazo de cinco (5) meses, fecha a partir de la cual se desmontará la provisión, en caso de no existir la correspondiente factura de cobro. La provisión, la cual tendrá plenos efectos contables, fiscales y tributarios se constituirá dentro del mes siguiente a que se emita la autorización y se llevará al costo médico. Esta provisión deberá estar plenamente constituida al 1o. de enero de año 2002, siendo obligatorio iniciar su constitución a partir del 1o. de diciembre de 2001. De esta forma, las entidades deberán afectar su estado de pérdidas y ganancias con la constitución y reversión de provisiones en los términos expuestos. Las entidades podrán utilizar en forma alternativa instrumentos técnicos para el cálculo de la provisión debidamente aprobados por la revisoría fiscal que reflejen en forma plena el criterio expuesto en este parágrafo, con demostrada eficacia a la luz de la realidad operativa, financiera y contable de la institución.

PARAGRAFO 5º. Las entidades administradoras del régimen subsidiado deberán adelantar una revisión íntegra de la cuenta, antes de proceder a sus glosas.

PARAGRAFO 6º. Las autorizaciones que emita la entidad administradoras del régimen subsidiado son de su plena responsabilidad frente al período que se emite, sin que sean

procedentes correcciones retroactivos que afecten a la institución prestadora frente a servicios prestados.

PARAGRAFO 7º. Las entidades administradoras del régimen subsidiado que autoricen la atención hospitalaria de un usuario, son responsables del pago de la cuenta mientras el usuario deba permanecer hospitalizado como consecuencia de la respectiva autorización. En ningún caso será procedente el pago de sumas frente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, por parte de la administradora del régimen subsidiado con fecha anterior a la establecida en la autorización expedida por la entidad, sin perjuicio de las normas especiales en materia de atención inicial de urgencias.

ARTICULO NOVENO.- Giro directo a las IPS. Las Entidades Territoriales girarán directamente los recursos correspondientes a las UPC-S a la red prestadora de servicios de salud contratada por la administradora del régimen subsidiado por un periodo máximo de 6 meses, cuando:

a. Exista pronunciamiento de la Superintendencia Nacional de Salud del incumplimiento del margen de solvencia, entendiendo por tal .

b. En los contratos respectivos se hubieren acordado plazos para el pago de acreencias con la red prestadora, superiores a los establecidos en el artículo 8 de este Decreto y esté acreditada la prestación efectiva de los servicios.

c. La administradora del régimen subsidiado se encuentre intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud o de Subsidio Familiar o se encuentre en proceso de liquidación.

d. La administradora del régimen subsidiado opera simultáneamente el Régimen Contributivo y para este ultimo haya perdido la capacidad de afiliación o hubiere sido intervenida bajo cualquier modalidad

e. La administradora del régimen subsidiado se encuentre en proceso de capitalización, causal de liquidación o carezca de estados financieros aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud. Estos hechos deberán ser certificados por la Superintendencia Nacional de Salud

f. La administradora del régimen subsidiado hubiera incumplido cualquier instrucción emanada de la Superintendencia Nacional de Salud o cualquier otra autoridad, relacionada con el pago a proveedores o destinación de los recursos.

g. Se presenten situaciones irregulares en la administración de los recursos del Régimen Subsidiado, que en concepto técnico de la Superintendencia Nacional de Salud ameriten esta medida.

Los entes territoriales procederán al giro de los recursos en forma inmediata, sin que sea procedente condicionar estas operaciones a aprobaciones o tramites impuestos por las asambleas o consejos.

Los pagos a las IPS públicas y/o privadas se harán proporcionalmente a las deudas que tenga la EPS administradoras del régimen subsidiado con cada una de ellas.

La entidad territorial girará durante este período un porcentaje equivalente al 10% de la Unidad de Pago por Capitación a la EPS administradora del régimen subsidiado, con el fin de permitir a esta el cumplimiento de sus obligaciones y la cabal ejecución de sus funciones de aseguramiento y organización de la prestación de los servicios de salud y la realización de las labores de auditoria médica y de facturación, entre otras. El saldo, en caso de que exista, se entregará a la administradora una vez atendidos en forma integral los pagos a la red de prestadores.

Si durante este período el contrato de aseguramiento finaliza, se liquidará el contrato conforme las reglas generales y los recursos correspondientes al saldo una vez canceladas las obligaciones con la red contratada, se girarán a la administradora del régimen subsidiado.

La entidad territorial solicitara a la red contratada copia de los contratos respectivos y determinara si existe o no relación de subordinación con la red o parte de esta, a través del revisor fiscal y el representante legal, dentro de los cinco (5) días siguientes a la solicitud del pago por parte de las IPS. De igual manera deberá realizar una relación detallada sobre las cuentas pendientes de pago en relación con cada uno de los contratos.

Los representantes legales de las entidades territoriales responderán civil, penal, administrativa, disciplinaria y fiscalmente por la indebida aplicación de lo dispuesto en el presente artículo.

ARTICULO DÉCIMO.- Relación patrimonial de las EPS administradoras del régimen subsidiado La relación patrimonial se verificará a través de los siguientes indicadores:

a) Relación patrimonio a ingresos totales por UPC-S de los últimos doce meses. A partir de la vigencia del presente decreto las EPS administradoras del régimen subsidiado deberán mantener esta razón en un nivel no inferior al 9%.

b) Relación patrimonio a activo total: A partir de la fecha de vigencia del presente decreto las EPS administradoras del régimen subsidiado deberán mantener esta razón en un nivel igual o superior al 30%.

Estas relaciones deberán ser acreditadas ante la Superintendencia de Salud trimestralmente, sin perjuicio de que puedan ser verificadas en cualquier momento.

Las ARS que no cumplan con estas relaciones en los estados financieros con corte al 30 de septiembre del 2001, deberán haber alcanzado los niveles requeridos el 31 de diciembre del 2002. Para ello, deberán presentar un plan de ajuste a la Superintendencia Nacional de Salud en los dos meses siguientes a la vigencia del presente decreto y en ningún caso podrán disminuir las relaciones registradas al corte del 30 de septiembre de 2001.

A partir de enero del 2003, dependiendo del nivel en que se encuentren las relaciones patrimoniales, las Entidades deberán adecuarse dentro de los siguientes plazos:

INDICE PATRIMONIO/INGRESOS POR UPC	PLAZO PARA ADECUARSE	INDICE PATRIMONIO/ACTIVO TOTAL	PLAZO PARA ADECUARSE
0 - 3.09%	Inmediata	0 - 10%	Inmediata
3.1% - 6%	Tres meses	11% - 20%	Tres meses
6.% - 9%	Seis meses	21% - 30%	Seis meses

Transcurridos los plazos sin que se hayan alcanzado los niveles establecidos, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a revocar la autorización para la administración de los recursos del régimen subsidiado.

A partir del 1º. De enero de 2003 las EPS administradoras del régimen subsidiado que no se encuentren cumpliendo con las relaciones indicadas en este artículo no podrán efectuar afiliaciones, salvo en el caso de recién nacidos .

ARTICULO DECIMOPRIMERO.- Deberes de los liquidadores: Con el fin de garantizar que los recursos de la seguridad social en los procesos de liquidación de las EPS administradoras del régimen subsidiado, sean destinados a cumplir los fines de la misma, de acuerdo con lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Nacional, sin perjuicio de las demás obligaciones y responsabilidades que el cargo le impone según la legislación vigente, estos tendrán las siguientes funciones:

1. Identificar del patrimonio social, los recursos existentes y los que estén por ingresar a la entidad en liquidación, que correspondan a la Unidad de Pago por Capitación subsidiada.

2. Separar del total de los ingresos por concepto de Unidades de Pago por Capitación subsidiada, por lo menos el 85% destinado a garantizar la prestación de servicios de salud y el saldo para gastos de administración

3. Destinar por lo menos el 85% a que se refiere el numeral anterior, para el pago de las obligaciones contraídas con los prestadores de servicios de salud, siguiendo las reglas contenidas en el artículo 2 de este decreto.

   La provisión que deben hacer las EPS administradoras del régimen subsidiado prevista en el Acuerdo 158 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, será destinada igualmente para el pago de las acreencias pendientes con los prestadores de servicios de salud.

4. Utilizar el saldo de que trata el numeral 2 para el pago de las demás acreencias a cargo de la empresa en liquidación

PARAGRAFO: Si se presentan remanentes de los recursos destinados a cumplir las obligaciones a favor de los prestadores de servicios de salud, los mismos se destinarán al pago de los demás créditos de la entidad en liquidación.

ARTICULO DECIMOSEGUNDO.-Modificar el literal b) del articulo 8 del Decreto 1543 de 1998, el cual quedara así:"En el régimen subsidiado. Estarán excluidos de la masa de liquidación los recursos que encontrándose en poder de la entidad sean indispensables para pagar los tratamientos en curso o aquellas prestaciones que se hagan exigibles durante el

proceso de liquidación, y los recursos correspondientes a la provisión para gasto en salud que deban constituir las ARS de conformidad con lo definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. De igual manera, estarán excluidos los recursos no ejecutados por las Administradoras del Régimen Subsidiado, del porcentaje de la UPC-S, destinado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a promoción y prevención. Estos recursos, deberán girarse a los fondos de salud con la mayor brevedad posible de acuerdo con la reglamentación aplicable."

ARTICULO DECIMOTERCERO. Derogaciones. El presente Decreto se deroga las disposiciones que le sean contrarias y en especial el artículo 24 del Decreto 1283 de 1996; los artículos 7o y 8o del Decreto 3007 de 1997; los artículos 3, 4 y 5 del Decreto 046 del 2000.

La Universidad Nacional realizó una versión en Febrero del 2002 en donde se incluían en la propuesta de Decreto de Flujo Financiero los aspectos contemplados en la Ley 715 de 2001. Se anexa también esta versión:

1.7.2 Versión 2 ajustada según ley 715

Por el cual se adoptan medidas para agilizar el flujo de los recursos del régimen subsidiado, su contabilización y presupuestación y se dictan otras disposiciones.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales y en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y los artículos 123 del Decreto Ley 111 de 1996, 154 de la Ley 100 de 1993, 42 *y 107 de la ley 715 del 2001*

CONSIDERANDO

Que de acuerdo a lo previsto en el Artículo 107 de la ley 715 del 2001,el Gobierno Nacional deberá adoptar en los seis meses siguientes a la vigencia de esa ley, los mecanismos jurídicos y técnicos conducentes a la optimización del flujo financiero de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud que prevengan o impidan su desviación, indebida apropiación o retención por parte de cualquiera de los actores partícipes o intermediarios del sistema.

Que las cuentas especiales previstas para el manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales conforme a las Leyes 10 de 1990 y 100 de 1993, 715 de 2001 y el Decreto 1893 de 1994 se deben integrar en los fondos Municipales de salud, de conformidad con el Estatuto Orgánico de Presupuesto;

Que en ningún caso estas cuentas especiales formarán parte integral de los recursos comunes del presupuesto de tales entidades, por lo cual su contabilización, presupuestación y manejo de tesorería, debe ser especiales en los términos de la ley y sus reglamentos;

Que es necesario garantizar el oportuno giro de los de los recursos, la eficiencia y la uniformidad de los procedimientos para el flujo efectivo de los desde la generación hasta su ejecución por parte de las instituciones prestadoras de servicios (adición supersalud).

Que se hace necesario, modificar el flujo de los recursos del régimen subsidiado, en cuanto a su periodicidad, así como la contabilización y presupuestación.

DECRETA:

ARTICULO PRIMERO. Los Fondos de Salud*. Según lo previsto en el articulo 57 de la ley 715 de 2001 las entidades territoriales, para la administración y manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones y de todos los demás recursos destinados al sector salud, deberán organizar un fondo departamental, distrital o municipal de salud, según el caso, que se manejará como una cuenta especial de su presupuesto, separada de las demás rentas de la entidad territorial y con unidad de caja al interior del mismo, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. En ningún caso, los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial.*

A los fondos departamentales, Distritales o municipales de salud deberán girarse todas las rentas nacionales cedidas o transferidas con destinación específica para salud, los recursos libremente asignados para la salud por el ente territorial, la totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial respectivo que tengan esta destinación, los recursos provenientes de cofinanciación destinados a salud, y en general los destinados a salud, que deban ser ejecutados por la entidad territorial.

Parágrafo 1. Sólo se podrán realizar giros del Sistema General de Participaciones a los fondos de salud.

Parágrafo Primero (nuevo). Según lo previsto en el articulo 57 de la ley 715 del 2001, en ningún caso, los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial y los recursos del régimen subsidiado no podrán hacer unidad de caja con ningún otro recurso.

ARTICULO SEGUNDO. Acreditación, regulación y vigilancia de los Fondos. **Las Entidades Territoriales acreditarán la creación del Fondo Local de Salud y de las respectivas subcuentas presupuéstales establecidas en el artículo** tercero ???, **ante el Ministerio de Salud- Dirección General de Financiamiento y Gestión de Recursos o de la dependencia que hagas sus veces, enviando copia de los Actos Administrativos por los cuales se crea el Fondo y se establecen las subcuentas en el correspondiente presupuesto y la certificación de la cuenta bancaria a nombre del Fondo Local de Salud por parte de la Entidad Financiera.**

Parágrafo 1.El manejo contable de los fondos de salud se regirá por las disposiciones que en tal sentido expida la Contaduría General de la Nación.

Parágrafo 2. Para vigilar y controlar el recaudo y adecuada destinación de los ingresos del Fondo de Salud, la Contraloría General de la República exigirá la información necesaria a las entidades territoriales y demás entes, organismos y dependencias que generen, recauden o capten recursos destinados a la salud.

Parágrafo 3. El control y vigilancia de la generación, flujo y aplicación de los recursos destinados a la salud está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y se tendrá como control ciudadano en la participación en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con voz pero sin voto. Según el reglamento que sea expedido por el gobierno.

Parágrafo 4. De acuerdo a lo previsto en el Articulo 43 de la ley 715 corresponde a los Departamentos Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar e l logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.

ARTICULO TERCERO. Fuentes. Son fuentes del componente de financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, los siguientes recursos:

h) Los del Sistema General de Participaciones que se destinen a subsidios a la demanda.

i) Los provenientes de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA

j) Los procedentes de tributos Municipales.

k) Los provenientes del monopolio de los juegos de suerte y azar.

l) Los administrados por las Cajas de Compensación Familiar en los términos del Artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

m) Los otros recursos del Sistema General de Participaciones de Propósito general que se apliquen al Régimen Subsidiado.

n) Los rendimientos financieros de los anteriores recursos.

ARTICULO CUARTO. Presupuestación de los recursos del componente de financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda. Los recursos previstos en el artículo anterior deberán presupuestarse dentro del capítulo correspondiente a los Fondos Locales y Distritales de Salud en rubros separados especificando las fuentes y las aplicaciones.

PARÁGRAFO 1. Las Entidades Territoriales, en el presupuesto anual, estimarán los recursos que se destinarán al régimen subsidiado de salud en cada vigencia, detallando cada una de las fuentes de financiación, incluidos los que provienen de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA y los que administran directamente las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993. Estos últimos se presupuestarán sin situación de fondos.

PARÁGRAFO 2. Los recursos de la participación asignada a los resguardos indígenas y destinados a la afiliación al Régimen Subsidiado, serán administrados por el Municipio en cuentas separadas para cada resguardo y serán administrados de conformidad con lo establecido en los artículos 82 y 83 de la Ley 715 de 2001.

PARÁGRAFO 3. Los corregimientos departamentales tendrán los mismos recursos establecidos en este artículo y éstos serán administrados por el Fondo Departamental respectivo.

ARTICULO QUINTO. Gestión de Tesorería. Según lo previsto en los artículos 57 y 91 de la ley 715 del 2001, los recursos del régimen subsidiado no podrán hacer unidad de caja con ningún otro recurso y no podrán ser sujetos de embargo, titularización u otra clase de disposición financiera.

La gestión de tesorería incluye la protección y recaudo de las fuentes de financiamiento, la apertura y el manejo de las cuentas bancarias, la programación y el pago oportuno de los contratos de aseguramiento del Régimen Subsidiado, la protección de los recursos involucrados en la liquidación de los mismos, así como el rendimiento de cuentas y el reporte de información al Departamento, a la Contraloría General de la República, a la Superintendencia Nacional de Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

PARÁGRAFO 1. Los recursos territoriales del Régimen Subsidiado no comprometidos en las vigencias anteriores, los saldos de liquidación de contratos del régimen subsidiado y sus

rendimientos financieros, deberán mantenerse en los Fondos de Salud y conservarán su misma destinación. Los recursos del FOSYGA no ejecutados y sus rendimientos se girarán al Fondo de Solidaridad y Garantía conforme a lo establecido por el CNSSS.

ARTICULO SEXTO. Giro de los recursos del Componente de financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda. Los giros de los recursos del Componente de financiación o cofinanciación de subsidios a la Demanda se realizarán de conformidad con lo previsto en los artículos 53 y 64 de la ley 715 del 2001 y se harán a la cuenta de Participación para la Salud - Régimen Subsidiado - Fondo Departamental, Distrital o Local de Salud .

Parágrafo 1. Según lo previsto en el artículo 53 de la ley 715 del 2001,los giros correspondientes a los aportes patronales se harán directamente a la entidad u organismo que administra las pensiones, cesantías, salud y riesgos profesionales del sector salud de las entidades territoriales, en la forma y oportunidad que señale el reglamento.

Parágrafo 2. Según lo previsto en el artículo 44 de la ley 715 del 2001 solo se podrán girar los recursos del Régimen Subsidiado a los distritos y municipios quienes tienen la competencia exclusiva de financiar y cofinanciar la afiliación de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin, celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.

Se exceptúa de lo anterior el caso de los nuevos departamentos creados por la Constitución de 1991, que quedaron facultados por el articulo 43 de la ley 715 del 2001 para administrar los recursos financieros del Sistema General de Participaciones en Salud destinados a financiar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable de los corregimientos departamentales, así como identificar y seleccionar los beneficiarios del subsidio y contratar su aseguramiento.

ARTICULO SEPTIMO .- Requisitos para el giro de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA. Cuando se trate de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, asignados para cofinanciar la continuidad de la población afiliada, el monto equivalente a un trimestre del valor aprobado para cada *Distrito o Municipio*, será girado a los Fondos *Municipales* de Salud, cinco (5) días antes de iniciar el periodo de contratación respectivo, con base en los montos aprobados en el Acuerdo del CNSSS o el acto administrativo mediante el cual se distribuyen los recursos.

El monto restante se girará por trimestres anticipados dentro de los cinco (5) días anteriores al inicio del respectivo trimestre, previo el cumplimiento para el segundo giro de la entrega en el Ministerio de Salud- Dirección General de Aseguramiento, o la dependencia que haga sus veces, de las copias de todos los contratos suscritos con los respectivos certificados de disponibilidad y registro presupuestal y la información sobre los afiliados en los términos que determine el Ministerio de Salud.

Cuando se trate de recursos asignados por el CNSSS para ampliación de cobertura estos serán girados en la misma periodicidad previo el cumplimiento para el primer pago, de los requisitos mencionados.

PARÁGRAFO PRIMERO. Los recursos del FOSYGA se girarán a los Fondos Seccionales de Salud con la misma periodicidad y requisitos, sólo cuando el departamento suscriba los contratos del régimen subsidiado.

ARTICULO OCTAVO.- Pagos a las administradoras del Régimen Subsidiado. Las Entidades Territoriales pagarán el 100% del valor del primer bimestre del contrato de aseguramiento durante los cinco (5) primeros días de la ejecución del contrato, entendiendo que, el mismo solo se podrá ejecutar cuando este debidamente perfeccionado, se hayan aprobado las pólizas de cumplimiento, recibido y verificado las pólizas de enfermedades de alto costo y este plenamente acreditada la contratación de la red de prestación de servicios.

A partir del segundo bimestre, se pagará el 80% del valor bimestral de los contratos de aseguramiento durante los cinco (5) primeros días de cada bimestre. El 20% restante se pagará durante los diez días hábiles siguientes a la presentación del reporte de novedades del bimestre inmediatamente anterior, en los términos establecidos por el CNSSS.

En caso de mora de la Entidad Territorial, está pagará a las administradoras del régimen subsidiado intereses de mora obligatorios e irrenunciables, iguales a los señalados por la DIAN para las moras en los pagos de los impuestos sobre la renta y complementarios.

PARÁGRAFO 1.- (Nuevo. De acuerdo a lo previsto en el Articulo 46 de la ley 715 de 2001 los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que a la fecha de entrar en vigencia la ley, hacían parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Para tal fin, los recursos que financian estas acciones, se descontarán de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el fin de financiar estas acciones. Exceptúase de lo anterior, a las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas y a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas.(Concepto Salud Pùblica)

PARÁGRAFO 2o. Para garantizar la oportunidad en los pagos las Entidades Territoriales manejaran los recursos del componente subsidios a la Demanda con unidad de caja, con los recursos líquidos disponibles, independientemente de la fuente de financiamiento del Règimen Subsidiado

ARTICULO NOVENO.- Pagos a las IPS. Cuando se trate de contratos de prestación de servicios de salud con la modalidad de capitación, las administradoras del régimen subsidiado pagarán dentro de los cinco (5) primeros días de cada bimestre, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud el equivalente al 70% de los servicios contratados en ese período. El 30% restante se pagará una vez se haya producido la aprobación final de cada factura, de acuerdo con lo previsto en las normas vigentes.

Cuando se trate de contratación de servicios de salud por modalidades diferentes a la capitación, las administradoras del régimen subsidiado cancelarán un abono como mínimo del 50% del valor de la factura en el momento de su presentación y el saldo a la aprobación final de la factura. Sin perjuicio de lo anterior, las IPS tendrán derecho a un abono mayor al 50%, el cual se determinará teniendo en cuenta el promedio histórico de la facturación no glosada o que habiendo sido glosada por la administradora del régimen subsidiado, las mismas fueron oportunamente aclaradas por la IPS.

PARÁGRAFO 1º. En todo caso la aprobación final de la factura y su pago no deberá sobrepasar de 45 días calendario a partir de su presentación inicial, término dentro del cual deberán haberse aclarado las glosas.

PARÁGRAFO 2º. En caso de mora de las administradoras del régimen subsidiado estas pagaran a las IPS intereses de mora de carácter obligatorio e irrenunciable a una tasa igual a la vigente para los intereses moratorios cobrados por la DIAN sobre moras en los pagos de los impuestos sobre la renta y complementarios. No se causaran intereses de mora por los periodos que excedan los fijados a las IPS, para contestar las glosas.

PARAGRAFO 3o. Las Administradoras del Régimen Subsidiado no podrán condicionar el pago a la Red Contratada, al pago de las Entidades Territoriales.

PARAGRAFO 4o.- Para garantizar la oportunidad en los pagos las administradoras del régimen subsidiado podrán recurrir al crédito bancario, ofreciendo en garantía su patrimonio, así como las cuentas por cobrar de los contratos de Régimen Subsidiado que estén pendientes de recibir.

PARAGRAFO 5º. Las entidades administradoras del régimen subsidiado, deberán recibir facturas de las instituciones prestadoras de servicios de salud, durante 20 días del mes, incluido el mes de diciembre.

PARAGRAFO 6º. (Nuevo) , Los contratos de prestación de servicios entre las administradoras del Régimen Subsidiado y las IPS no podrán tener una duración inferior al mismo periodo del contrato del Régimen Subsidiado que se esta administrando.

PARAGRAFO 7º. Las entidades administradoras del régimen subsidiado deberán adelantar una revisión íntegra de la cuenta, antes de proceder a sus glosas.

PARAGRAFO 8º. Las autorizaciones que emita la entidad administradoras del régimen subsidiado son de su plena responsabilidad frente al período que se emite, sin que sean procedentes correcciones retroactivas que afecten a la institución prestadora frente a servicios prestados.

PARAGRAFO 9º. Las entidades administradoras del régimen subsidiado que autoricen la atención hospitalaria de un usuario, son responsables del pago de la cuenta mientras el usuario deba permanecer hospitalizado como consecuencia de la respectiva autorización. En ningún caso será procedente el pago de sumas frente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, por parte de la administradora del régimen subsidiado con fecha anterior a la establecida en la autorización expedida por la entidad, sin perjuicio de las normas especiales en materia de atención inicial de urgencias.

ARTICULO DECIMO.- Deberes de los liquidadores: Con el fin de garantizar que los recursos de la seguridad social en los procesos de liquidación de las administradoras del régimen subsidiado, sean destinados a cumplir los fines de la misma, de acuerdo con lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Nacional, sin perjuicio de las demás obligaciones y responsabilidades que el cargo le impone según la legislación vigente, estos tendrán las siguientes funciones:

5. Identificar del patrimonio social, los recursos existentes y los que estén por ingresar a la entidad en liquidación, que correspondan a la Unidad de Pago por Capitación subsidiada.

6. Separar del total de los ingresos por concepto de Unidades de Pago por Capitación subsidiada, por lo menos el 85% destinado a garantizar la prestación de servicios de salud y el saldo para gastos de administración

7. Destinar por lo menos el 85% a que se refiere el numeral anterior, para el pago de las obligaciones contraídas con los prestadores de servicios de salud, siguiendo las reglas contenidas en el artículo 2 de este decreto.

   La provisión que deben hacer las administradoras del régimen subsidiado prevista en el Acuerdo 158 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, será destinada igualmente para el pago de las acreencias pendientes con los prestadores de servicios de salud.

8. Utilizar el saldo de que trata el numeral 2 para el pago de las demás acreencias a cargo de la empresa en liquidación

PARAGRAFO: Si se presentan remanentes de los recursos destinados a cumplir las obligaciones a favor de los prestadores de servicios de salud, los mismos se destinarán al pago de los demás créditos de la entidad en liquidación.

ARTICULO DECIMO PRIMERO.- Modificar el literal b) del articulo 8 del Decreto 1543 de 1998, el cual quedara así": En el régimen subsidiado. Estarán excluidos de la masa de liquidación los recursos que encontrándose en poder de la entidad sean indispensables para pagar los tratamientos en curso o aquellas prestaciones que se hagan exigibles durante el proceso de liquidación, y los recursos correspondientes a la provisión para gasto en salud que deban constituir las ARS de conformidad con lo definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. De igual manera, estarán excluidos los recursos no ejecutados por las Administradoras del Régimen Subsidiado, del porcentaje de la UPC-S, destinado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a promoción y prevención. Estos recursos, deberán girarse a los fondos de salud con la mayor brevedad posible de acuerdo con la reglamentación aplicable."

ARTICULO DECIMO SEGUNDO.- Sanciones*. Según lo previsto en el artículo 96 de la ley 715 del 2001 incurren en falta disciplinaria gravísima los servidores públicos que desvíen, retarden u obstaculicen el uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para los fines establecidos en la presente ley o el pago de los servicios financiados con éstos. Dichos servidores serán objeto de las sanciones disciplinarias correspondientes, sin perjuicio de las demás sanciones previstas por la Ley penal.*

Igualmente, sin perjuicio de las acciones penales, será causal de mala conducta que la información remitida por las entidades territoriales para la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones sea sobrestimada o enviada en forma incorrecta, induciendo a error en la asignación de los recursos. Por ello, los documentos remitidos por cada entidad territorial deberán ser firmados por el representante legal garantizando que la información es correcta, de esta forma dicha información constituye un documento público con las implicaciones legales que de allí se derivan.

ARTICULO DECIMO TERCERO.- Derogaciones. El presente Decreto se deroga las disposiciones que le sean contrarias y en especial el artículo 24 del Decreto 1283 de 1996; los artículos 7o y 8o del Decreto 3007 de 1997; los artículos 3, 4 y 5 del Decreto 046 del 2000; Parágrafo único del artículo 2 del Decreto 882 de 1998.

JUAN MANUEL SANTOS

MINISTRO DE HACIENDA Y

CREDITO PÙBLICO

GABRIEL ERNESTO RIVEROS

MINISTRO DE SALUD

2 ANÁLISIS FINANCIERO DE ARS E IPS DEL REGIMEN SUBSIDIADO

Ivan Jaramillo
Investigador Universidad Nacional

Presentación

A continuación se hace un análisis comparativos de los diferentes tipos de ARS, tales como son las 138 ESS, 56 CCF, 8 ARS-EPS públicas y 7 ARS - EPS privadas en el contexto sectorial en donde se mueven además 17 EPS privadas del Régimen Contributivo y en el contexto mas amplio en donde operan las 5000 empresas más grandes del país.

Este análisis se hace mediante el ejercicio comparativo denominado "benchmarking " realizado entre jugadores de la misma industria, aunque aquí se hacen también referencias al contexto mas amplio. El análisis sectorial de las empresas es una de las mejores formas de encontrar los indicadores líderes que marcan las grandes tendencias y con ella tomar las decisiones estratégicas del futuro para cada empresa en particular, en este caso sobre el futuro de las ESS, CCF y las ARS-EPS privadas y Publicas en la gestión del Régimen Subsidiado.

Al análisis financiero tradicional se ha agregado el análisis numero para exploración de tendencias denominado "análisis multivariado" el cual maneja un extracto de las principales variables del análisis financiero clásico y permite confirmar las tendencias encontradas.

Adicionalmente se ha desarrollado una parte en la cual se analiza el impacto del manejo financiero de las ARS en las IPS, evaluando especialmente las relaciones de endeudamiento y cuentas por pagar de la red publica con las aseguradoras.

En consecuencia la evaluación financiera de las ARS tiene 4 partes:

- Análisis Financiero o " Benchmarking".
- Análisis multivariado.
- Impacto en las IPS.
- Conclusiones y Recomendaciones.

FUENTES DE INFORMACION

La metodología empleada en este ejercicio es la propuesta por la Revista Dinero de Julio 7 del 2000, así mismo las cifras de las 5.000 empresas y las 17 EPS se sacaron de esa revista. En análisis multivariado fue desarrollado por el profesor Juan ramos de la Universidad de la Universidad Nacional con base al modelo propuesto por los autores de este trabajo.

Las cifras de 7 EPS-ARS privadas se obtuvieron de la Superintendencia Nacional de Salud y son ellas: Cafesalud, Comfenalco Antioquia, Coomeva, Humana Vivir, Salud Total, Saludcoop y Unimec.

Los Estados Financieros de las 8 ARS-EPS Públicas fueron suministrados por la Contaduría General de la Nación y son: Caprecom, Capresoca, Barranquilla Sana, Risaralda, Selvasalud, Convida, Condor y Calisalud.

Las cifras financieras de las ESS fueron suministradas por el Programa de Apoyo a la Reforma del Ministerio de Salud, cuyo procesamiento básico fue realizado por la firma Nera.

Los Estado Financieros de las Cajas de Compensación Familiar fueron entregados en medio magnético por la Superintendencia del Subsidio Familiar.

La Información sobre las IPS es el resultado del trabajo de campo de la Universidad Nacional en cien municipios.

2.1 ANÁLISIS FINANCIERO O "BENCHMARKING"

2.1.1 Metodología del análisis Financiero

Las tendencias que marcan el rumbo o los indicadores líderes se presentan en cuatro etapas:

- Las tendencias macro.
- El análisis microeconómico.
- El escenario general.
- Las propuestas a futuro.
- Hallazgos y recomendaciones.

ADVERTENCIA : La opción metodológica de este análisis es evaluar las entidades como empresas de conjunto con varios negocios, uno de los cuales es el Régimen Subsidiado.

- **LAS TENDENCIAS MACRO EN LAS EPS - ARS**

Son las que marcan la dirección de cualquier cambio en un sector empresarial como la producción, el empleo o las tasas de penetración.

En el Sistema General de Seguridad Social no existe consenso entre los analistas si las EPS y ARS son realmente entidades "promotoras " o " aseguradoras ". Si su papel es el de "promotoras" entonces el énfasis de sus actividades debería ser la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y sus funciones serian: actuar por delegación del

Estado como administradoras encargadas de articular y agilizar el flujo de los recursos, ordenar la red de servicios, controlar los costos desde la demanda, y representar los intereses de los usuarios pobres ante el Estado y los Proveedores; pero si su papel principal es de "aseguradoras" entonces su función principal es administrar con mucha autonomía el riesgo, asumir y dispersar los altos costos, prevenir las enfermedades catastróficas, compensar económicamente los siniestros y garantizar la financiación oportuna de los proveedores de servicios a cambio de una remuneración o rentabilidad razonable. En la ley 100 de 1993 se enfatiza el primer enfoque pero en la práctica posterior se enfatiza la segunda perspectiva como calificativo ordinario; no obstante al momento de reglamentar el funcionamiento de las ARS al parecer se les considera como administradoras delegadas por Estado para manejar unos recursos financieros.

Por eso en este estudio se consideran a las EPS-ARS como exitosas principalmente: si controlan los costos, si absorben los riesgos y si financian oportunamente a los proveedores, consiguiendo además una justa remuneración o rentabilidad.

Dentro de este marco se puede considerar:

- En 1999 el régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud se vio estancado y reducido por efecto del desempleo y el régimen subsidiado no solo se sostuvo sino que se incremento parcialmente.
- 1999 fue el año de la consolidación de las EPS y las EPS-ARS privadas y de la gran crisis de las EPS públicas. Excepto por el caso UNIMEC que siendo privada resultó atípico.
- Casi todas las EPS y ARS-EPS privadas tuvieron utilidades netas o al menos en efectivo y resultados positivos gracias a que lograron mejorar sus ingresos con nuevas afiliaciones y lograron reducir sus costos.
- En contraste las EPS y ARS-EPS públicas perdieron afiliados y no solo produjeron pérdidas operacionales y deterioro patrimonial sino que resultaron sancionadas por la Superintendencia Nacional de Salud con la imposibilidad de conseguir nuevos afiliados.
- Las Cajas de Compensación Familiar consolidaron su presencia en los Regímenes Contributivo y Subsidiado y lograron salir avantes en la gestión gracias a sus ventajas comparativas: amplio portafolio de servicios, IPS propias, recursos propios para el régimen subsidiado y selección libre de la contraparte territorial.
- Las Empresas Solidarias de Salud presentaron pérdidas generalizadas, debido al no reajuste de la UPC-S con la inflación de costos y a sus altos gastos de administración. Como respuesta recibieron por parte del Ministerio de Salud el desafío de fusionarse obligatoriamente por medio de las exigencias del Decreto 1804 de 1999. Como consecuencia las Empresas Solidarias se fusionaron en 10 agrupamientos; algunas CCF se retiraron por propia voluntad y algunas ARS, especialmente, UNIMEC fueron suspendidas por la Supersalud.
- Las ARS en general crecieron en numero de afiliados pero experimentaron una escala de costos asistenciales al tiempo que no se les reajustó el valor de la UPC-S produciéndoles por lo general pérdidas operacionales aunque algunas consiguieron el equilibrio e incluso utilidades, sobre todo gracias al manejo financiero de los recursos líquidos.

- **EL ANÁLISIS MICROECONÓMICO DE LAS ARS.**

El análisis microeconómico es el que determina la variabilidad de cada empresa frente a la rama industrial, sus debilidades y fortalezas, niveles de endeudamiento y generación de utilidades. Toma un conjunto de variables claves para que cada empresa pueda compararse contra el agregado del sector, definiendo así el escenario para cualquier análisis de "benchmarking" o comparación entre jugadores de la misma industria.

Para el caso de las ARS – EPS es importante examinar su capacidad de garantizar financieramente el acceso de los usuarios a los servicios, representar sus intereses, ordenar la red de servicios desde la demanda, administrar el riesgo, articular y hacer fluir los recursos oportunamente. La relación de tiempos en cuentas por cobrar y cuentas por pagar es clave para medir su eficiencia.

Este análisis tiene tres componentes:

- Los resultados Financieros.
- Los indicadores financieros.
- La viabilidad financiera

2.2 LOS RESULTADOS FINANCIEROS

CUADRO 1.

BENCHMARKING ENTRE ARS Estados Financieros a Diciembre de 1999 Cifras Anuales Promedio				
RESULTADOS	**138 ESS**	**8 EPS-ARS PUBLICAS**	**56 CCF**	**7 EPS - ARS PRIVADAS**
VENTAS	$2.694.236.169,23	$42.777.105.500,00	$56.728.433.598,18	$140.265.363.714,29
ACTIVOS	$1.430.844.239,03	$39.251.133.250,00	$46.227.916.642,00	$51.225.212.714,29
PATRIMONIO	$197.585.507,50	$8.769.215.250,00	$28.993.671.167,81	$8.355.324.714,29
VENTAS SOBRE ACTIVOS	1,88	1,09	1,23	2,74
VENTAS SOBRE PATRIMONIO	13,64	4,88	1,96	16,79
UTILIDAD O PERDIDA BRUTA	$285.362.253,48	$105.501.216.000,00	$23.145.790.986,48	$28.417.633.285,71
UTILIDAD O PERDIDA OPERACIONAL	$305.872.578,42	$1.951.603.875,00	$18.397.500.377,36	$1.206.204.142,86
UTILIDAD O PERDIDA NETA	$105.233.421,27	$30.563.000,00	$6.734.557.292,01	$2.162.417.142,86
OBLIGACIONES FINANCIERAS	$20.789.942,42	$484.218.000,00	$839.352.553,63	$5.184.602.571,43
CUENTAS POR PAGAR	$919.312.624,77	$9.741.826.875,00	$5.499.392,86	$3.120.098.285,71
CUENTAS POR COBRAR	$778.957.078,93	$17.863.969.125,00	No Hay	$23.430.273.714,29
CUENTAS POR COBRAR / VENTAS	29%	42%		17%
FUENTES:	Minsalud - Nera	Contaduría General	Súper subsidio Familiar	Supersalud

Los resultados indican que el tamaño de las ARS es muy variable y va de 1 a 50 lo cual hace que la competencia entre las mismas sea muy desigual y al mismo tiempo que tengan gran capacidad potencial de adaptarse a diversas situaciones.

En promedio las ESS son las mas pequeñas y las ARS-EPS privadas son las mas grandes; en el intermedio están las ARS – EPS publicas y las Cajas de Compensación Familiar, estas ultimas aparecen como grandes porque se tomo el conjunto de sus negocios y no solamente el de Seguridad Social en Salud o Régimen Subsidiado.

Al respecto se observa que:

Las 138 ESS (ver cuadro 1) tienen ingresos operacionales anuales en 1999 por $2.695 millones en promedio que son 50 veces inferiores a los $140.265 millones de las 7 EPS – ARS privadas analizadas; así mismo son 16 veces mas pequeñas que las EPS-ARS públicas y caben 21 ESS en una CCF promedio.

En un análisis de contexto (Ver cuadro 2) las ventas de las ESS igualmente son inferiores 34 veces a los $92.441 millones de las ventas promedio de las 17 EPS privadas que reportan a ACEMI. Las ESS son también 7.5 veces inferiores en ventas a las 5.000 empresas promedio más grandes que se mueven en el país.

Pero las 7 EPS que poseen ARS tienen ventas en 1.52 veces superiores a las 17 EPS privadas que reportan a ACEMI. Además sus ventas son 7 veces superiores a las ventas promedio de las 5.000 empresas más grandes.

Las 8 EPS-ARS Publicas tienen la tercera parte de los ingresos de las privadas en promedio y tienen ingresos operacionales en salud que representan el 75% de los ingresos de las CCF en sus múltiples negocios.

Si bien las CCF en ocasiones tienen un Régimen Subsidiado del mismo tamaño que una ESS o una ARS pública sin embargo la gestión del R. S. está soportada en las CCF por empresas que en promedio son 22 veces mas grandes que las ESS y 1.3 veces mas grandes que las ARS públicas.

CUADRO 2

BENCHMARKING EPS y Sector Privado Diciembre 1999 Cifras Anuales Promedio		
RESULTADOS	17 EPS - ACEMI	Empresa Típica
VENTAS	$92.441.000.000,00	$19.641.000.000,00
ACTIVOS	$29.082.000.000,00	$25.699.000.000,00
PATRIMONIO	$5.878.000.000,00	$14.216.000.000,00
VENTAS SOBRE ACTIVOS	3,18	0,76
VENTAS SOBRE PATRIMONIO	15,73	1,38
UTILIDAD O PERDIDA OPERACIONAL	$757.000.000,00	$797.000.000,00
UTILIDAD O PERDIDA NETA	$1.204.000.000,00	$253.000.000,00
OBLIGACIONES FINANCIERAS	$3.002.000.000,00	$4.670.000.000,00
Fuente: Revista Dinero Nº 112 Julio 7 del 2000		

Las 138 ESE no solo son 50 veces inferiores en ventas a las 7 EPS-ARS privadas sino que poseen 36 veces menos activos y 38 veces menos patrimonio.

Las 138 ESEs tienen el 14% de las ventas de las 5.000 empresas mas grandes del país pero solo poseen el 6% de sus activos y el 1% de su patrimonio.

Las 7 EPS-ARS privadas tienen 1.52 ventas superiores al promedio de las 17 EPS privadas; 1.76 veces mas activos y 1.42 veces mas patrimonio.

Las 7 EPS-ARS logran 7.1 mas ventas que el promedio de las 5.000 empresas mas grandes del país, pero poseen solo el doble de los activos y 58% del patrimonio.

Las 8 EPS-ARS publicas entregan el 30% de lo vendido por las privadas, pero poseen el 76% de sus activos y un patrimonio semejante.

Las CCF venden el 40% de lo vendido por las EPS-ARS privadas, pero tienen activos equivalentes al 90% de las EPS-ARS privadas e incluso un patrimonio 3.5 veces superior.

Conclusión 1.

- Las EPS-ARS privadas y las ESS son las que mas alta rotación tienen de los activos y del patrimonio con relación a las ventas en cambio las EPS-ARS públicas y las CCF operan con una rotación mas baja. El riesgo en la operación es directamente a la mayor eficiencia en la rotación, pero debe haber un punto intermedio que equilibre eficiencia y riesgo.

Conclusión 2.

- Las EPS-ARS públicas son las que tienen la rotación anual mas baja entre activos y ventas (solo el 1.09) y las CCF tiene la rotación mas baja del patrimonio entre las ventas (solo 1,96); y de ellas podría decirse que son las mas "ineficientes" pero también que son las que operan con menos riesgo y mas apalancamiento en sus compromisos. Pueden por tanto y sin temor ampliar sus operaciones.
- Las EPS-ARS privadas son las que tienen la mas alta rotación de activos con relación a las ventas (4.74 veces) y hasta de 16.8 veces la relación entre ventas y patrimonio. Estas tienen el indicador de mayor eficiencia en el uso de los recursos pero también de ellas se puede decir que operan con mas riesgo.
- Las ESS presentan una eficiencia de ventas sobre patrimonio del 13.64, muy cercana a la relación de las ARS-EPS que esta en 16.8 veces; y su rotación de activos entre ventas de 1.88 esta por debajo de la misma relación en las EPS-ARS privadas que llega 2.74. De lo anterior se deduce que los activos y el patrimonio de las 138 ESS son suficientes para responder por el número actual de afiliados, pero aun más, con los mismos recursos patrimoniales podría superar su cobertura actual e incluso soportar un crecimiento del 60% de sus afiliados.
- Las EPS-ARS privadas muestran que la relación venta /activos puede ser 2.74 y las ESS solo logran 1.88. En la misma forma la relación ventas / patrimonio llega en las EPS-ARS

privadas a 16.79 en cambio en las 138 ESS a 13.64. Otro tanto puede decirse de las EPS-ARS publicas y de las CCF que presentan relaciones de eficiencia aun mas bajas.

- No obstante hay que observar que al incrementarse la eficiencia en el uso de los activos y el patrimonio se incrementa el riesgo en la operación. La empresa típica colombiana (ver cuadro 2) es muy conservadora y presenta una estructura financiera mas pesada y quizás mas ineficiente pero también mas segura, con ventas anuales iguales o inferiores al valor de sus activos y que solo representan el 1.38% de su patrimonio. Esto hace que su gestión tenga menos riesgo, mas apalancamiento y que tengan gran capacidad de endeudamiento.

Es de observar que en 1999 el conjunto de las 5.000 empresas tuvieron utilidades operacionales por $797 millones pero pérdidas netas de $253 millones en promedio. En forma similar las 7 EPS-ARS tuvieron pérdidas operacionales de - $1.206 millones y pérdidas netas por - $2.162 millones. De otra parte las 17 EPS en promedio tuvieron utilidades operacionales por $757 millones y utilidades netas superiores por $1.204 millones, pero las 138 ESS pese a que tuvieron perdidas operacionales por $305 millones, los rendimientos financieros permitieron reducir las pérdidas netas a $105 millones.

Conclusión 3.

- Los resultados anteriores se explican porque las 17 EPS, debido a la alta liquidez, a sus utilidades operacionales, a la práctica de la retención de pagos a proveedores y su inversión en el mercado financiero obtienen amplias utilidades no operacionales, en cambio el común de las empresas industriales deban pagar altos intereses a los bancos por sus deudas y terminan produciendo pérdidas netas pese a generar en muchos casos utilidades operacionales. Las 17 EPS multiplican por 1.59 sus utilidades gracias al manejo financiero y las empresas industriales pierden el 130% de sus utilidades en la gestión con el sistema financiero.
- Las 138 ESS pierden en la operación $317 millones en promedio pero se comportan al igual que las 17 EPS privadas en la gestión financiera y reducen en un 77% pérdidas finalizando con solo $105 millones de pérdidas netas.
- Las EPS-ARS privadas $1.206 millones en promedio e incrementan esa pérdida en el manejo financiero lo cual mostraría un comportamiento similar a la empresa privada en general.

Las 5000 empresas industriales se caracterizan por su alto endeudamiento $4.670 millones por empresa, lo cual equivale al 18% de los activos; las 7 EPS-ARS privadas también recurren significativamente al crédito bancario con $5.184 millones por entidad pero con un peso relativo pues solo llega al 10.12% sobre los activos. Las 17 EPS privadas recurren también al crédito con $3.000 millones en promedio pero con menos intensidad ya que sus obligaciones solo pesan 6.5% sobre los activos; en cambio las ESS no utilizan su capacidad de endeudamiento y tienes en promedio $20 millones por empresa equivalente al 1.45% de sus activos.

Conclusión 4.

- Las 5.000 empresas deben recurrir al crédito e incurren en pérdidas financieras pero cumplen con sus proveedores al tener cuentas por pagar a solo 65 días; las 7 EPS-ARS recurren también al mercado financiero y sostienen cuentas por pagar al doble del plazo (106 días) que el promedio industrial.
- Las 17 EPS privadas ganan en la operación el 0.82% sobre las ventas y mejoran las utilidades con un 0.48% adicional sobre las ventas debido a la colocación de los recursos en el sistema financiero, pero tienen el nivel mas bajo de cuenta por pagar a solo 49 días. En el caso de las 138 ESS no usan el crédito bancario pero si ganan el 19% anual sobre el patrimonio con rendimientos en el sistema financiero y tienen cuentas por pagar a proveedores de 137 días. Es decir se endeudan 6 veces menos, ganan 3 veces mas que el sector privado de las EPS en el manejo financiero y demoran los pagos 2.8 veces mas a los proveedores.
- Las 8 EPS-ARS públicas pierden en la operación 4.5% sobre las ventas pero se recuperan en el manejo financiero y ganan finalmente un margen neto del 0,07% sobre las ventas. La rentabilidad financiera sin embargo se obtiene a costa de la mas amplia mora de las cuentas por pagar a los proveedores la cual se coloca en 229 días; y lo cual equivale a 1.67 veces mas días que las ESS, así como 2.16 veces mas que las EPS-ARS privadas.
- Sorprende el caso de las CCF que logran un margen bruto global en sus negocios del 11.87% sobre el patrimonio, 9 veces superior al de las 17 EPS privadas, y solo presentan 9 días en cuentas por pagar.

2.3 LOS INDICADORES FINANCIEROS:

CUADRO 3

BENCHMARKING ENTRE ARS
Estados Financieros a Diciembre de 1999
Cifras Anuales Promedio

INDICADORES	138 ESS	8 EPS-ARS PUBLICAS	56 CCF	7 EPS - ARS PRIVADAS
MARGEN BRUTO	10,59%	27,52%	40,80%	20,26%
MARGEN OPERACIONAL	-11,35%	-4,56%	8,37%	-0,86%
MARGEN NETO	-3,91%	0,07%	11,87%	-1,54%
ROTACION CUENTAS POR COBRAR días	104,08	150,34	No Hay	60,14
ROTACION CUENTAS POR PAGAR días	137,39	229,23	9,00	106,60
PASIVO / ACTIVO	86,19%	77,66%	37,18%	83,69%
OBLIGACIONES FINANCIERAS / ACTIVO	1,45%	1,23%	1,82%	10,12%
RENTABILIDAD SOBRE LOS ACTIVOS	-7,35%	0,08%	14,57%	-4,22%
RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO	-53,26%	0,35%	23,23%	-14,44%
RENTABILIDAD FINANCIERA (Ing. Fin / Patrimonio)		0,87%	3,78%	-8,91%
UTILIDAD EN EFECTIVO/ UTILIDAD NETA	0,89	140,75	1,00	-0,17

FUENTES: Minsalud - Nera Contaduría General de la N. Súper subsidio Familiar Supersalud

Los indicadores financieros dan cuenta de las diferentes rentabilidades de cada sector por sus márgenes:

2.3.1 Margen Bruto:

El Margen Bruto compara la utilidad sin considerar gastos administrativos, frente a las ventas. Solo considera los costos de ventas. Mide la agresividad comercial de la empresa y su eficiencia en ventas. El indicador está en porcentaje.

- Las 138 ESS tienen un margen bruto en sus operaciones del 10.59% sobre las ventas el cual equivale a la mitad del obtenido por las 7 EPS-ARS (20.26%) y las 8 EPS-ARS Publicas (25.52%), así mismo a la cuarta parte del obtenido por las 56 CCF (40.80%).

CUADRO 4

BENCHMARKING EPS y Sector Privado Cifras Anuales Promedio a Diciembre de 1999		
INDICADORES	17 EPS – ACEMI	Empresa Típica
MARGEN BRUTO	18,80%	28,40%
MARGEN OPERACIONAL	0,82%	4,06%
MARGEN NETO	1,30%	-1,29%
ROTACION CUENTAS POR COBRAR días	39,00	129,00
ROTACION CUENTAS POR PAGAR días	49,00	65,00
PASIVO / ACTIVO	71,90%	46,00%
OBLIGACIONES FINANCIERAS / ACTIVO	10,32%	18,17%
RENTABILIDAD SOBRE LOS ACTIVOS	4,14%	-0,98%
RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO	20,48%	-1,78%
RENTABILIDAD FINANCIERA	0,48%	-5,35%
Fuente: Revista Dinero Nº 112 Julio 7 del 2000		

- Las 7 EPS-ARS privadas consiguen un margen bruto mayor del 20.26% que sus pares las 17 EPS privadas, las cuales llegan al 18.80%. Según eso las primeras son 1.46% mas rentables que las segundas.
- Las 7 EPS-ARS privadas con el 20.26% solo consiguen la mitad del margen bruto que consiguen las 56 CCF el cual llega al 40.80%.
- Se sabe que las EPS privadas en los últimos años se dedicaron a incrementar los afiliados, especialmente en el régimen contributivo, y a desarrollar sistemas de control del costo médico-hospitalario. No obstante el margen bruto de las 17 EPS (del 18.80%) es mucho mas bajo que el producido por el sector industrial el cual llega en las 5.000 empresas mas grandes al 28.8% sobre las ventas.
- No obstante que el Régimen Subsidiado genera pérdidas a las CCF de $45 millones por entidad, sin embargo, el margen bruto global de las 56 CCF es el mas alto de todas las entidades comparadas duplica a las EPS publicas y privadas y cuadruplica a las ESS.

Conclusión 5.

Los resultados muestran que las entidades pequeñas y que manejan un solo negocio: la administración del Régimen Subsidiado, tal como ocurre a las ESS, genera un margen muy pequeño de utilidad bruta, llegando solo al 10,59%, lo cual insuficiente para cumplir con la meta legal del 15%. Las ARS que son EPS logran en cambio con el manejo combinado del Régimen Contributivo y subsidiado el 20,26% de utilidad bruta y otro tanto ocurre con las EPS públicas que son ARS las cuales logran incluso superar a las privadas con el 27.52% de margen bruto. Las CCF muestran como la combinación de un amplio portafolio de servicios comerciales, sociales y de subsidios permite logran el mas alto margen bruto de operación con el 40.80% superando incluso el desempeño de las 5.000 empresas privadas cuyo margen es solo del 28.40%.

2.3.2 Margen Operacional:

El Margen Operacional compara la utilidad que resulta de las ventas menos los costos de ventas y gastos administrativos y de ventas. Este margen de utilidad frente a ventas totales permite ver qué tan rentable es el negocio crítico de cada sector. El indicador está expresado en porcentaje.

CUADRO 5

BENCHMARKING ENTRE ARS Estados Financieros a Diciembre de 1999 Cifras Anuales Promedio				
INDICADORES	138 ESS	8 EPS-ARS PUBLICAS	56 CCF	7 EPS - ARS PRIVADAS
MARGEN BRUTO SOBRE VENTAS	10,59%	27,52%	40,80%	20,26%
MARGEN OPERACIONAL SOBRE VENTAS	-11,35%	-4,56%	8,37%	-0,86%
GASTOS DE ADMINISTRACION SOBRE VENTAS	21,94%	32,09%	32,43%	21,12%
FUENTES: Minsalud - Nera	Contaduría General de la N.		Súper subsidio Familiar	Supersalud

- Las 138 ESS vuelven negativo su margen bruto del 10.59% porque le deben restar el **21.94%** en gastos de administración y venta. Terminan con un margen operacional negativo del – 11.35%. Es observar que los gastos administrativos y de venta de las ESS es solo levemente superior al de las EPS-ARS privadas en menos del 1%.(Solo el 0.82%).
- Las 8 EPS-ARS públicas producen un margen operacional negativo del – 4.56% debido a que sus gastos de administración y venta llegan al 32.08%.Estos gastos son 10 puntos superiores a los gastos de las ESS e incluso en la misma proporción a los producidos por las ARS-EPS privadas.
- Las 7 EPS-ARS privadas producen un margen operacional negativo del – 0.86% pero 5 veces inferior al de las EPS-ARS publicas.
- Las 17 EPS privadas generan un pequeño margen del 0.82% pero positivo, inferior 5 veces al producido por el sector industrial en general que llega al 4.06%.

- Las CCF presentan el mas amplio margen operacional con el 8.37% siendo las únicas del sector que no generan ganancias operacionales agregadas pese a tener el porcentaje mas alto de gastos administrativos equivalente al 32.43%
- Para las CCF el Régimen Subsidiado en forma aislada genera un margen operacional negativo del -1.19% pero su gasto administrativo es el mas bajo llegando solo al 20.55%.

Conclusión 6.

Para el año 1999 en el Régimen Subsidiado se hizo mezcla perversa entre una UPC-S baja y altos gastos de administración y venta, lo cual produjo una pérdida generalizada en las entidades.

Todas las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado generaron unos gastos administrativos superiores al 20% superando ampliamente el límite legal que debería estar en el 15%.

Las CCF presentaron simultáneamente el pero desempeño en gastos administrativos globales llegando al 32.43% y el mejor desempeño en gastos administrativos y de venta en el Régimen Subsidiado llegando solo al 20.55%, lo cual podría significar que el gasto administrativo global de las Cajas absorbe parte de los gastos del Régimen Subsidiado.

2.3.3 Margen Neto:

El Margen Neto es la utilidad neta frente a las ventas, incorpora los resultados no operacionales tales como los ingresos y gastos en las operaciones financieras de las empresas que por definición no lo son. Mide la rentabilidad final del negocio. El indicador está expresado en porcentaje.

CUADRO 6

BENCHMARKING ENTRE ARS Estados Financieros a Diciembre de 1999 Cifras Anuales Promedio				
INDICADORES	138 ESS	8 EPS-ARS PUBLICAS	56 CCF	7 EPS - ARS PRIVADAS
MARGEN OPERACIONAL SOBRE VENTAS	-11,35%	-4,56%	8,37%	-0,86%
MARGEN NETO SOBRE VENTAS	-3,91%	0,07%	11,87%	-1,54%
INGRESOS NO OPERACIONALES SOBRE VENTAS	7,45%	4,63%	3,50%	-0,68%
FUENTES:	Minsalud - Nera	Contaduría General de la N.	Súper subsidio Familiar	Supersalud

- Las 17 EPS privadas mejoran significativamente sus utilidades gracias al manejo financiero de los recursos (retención e inversión de los recaudos) incrementando sus utilidades netas en un 160% sobre las utilidades brutas; en consecuencia el margen neto final es de 1.30% sobre las ventas cuando el margen operacional llegaba a solo 0,82%.
- Las 5.000 empresas industriales luego de conseguir un margen operacional del 4.06% sobre las ventas, al final lo pierden todo y terminan con – 1.29% resultados sobre las

ventas, debido al costo que les significa el manejo financiero con los empréstitos bancarios. El sector privado industrial en 1999 terminó transfiriendo sus utilidades operacionales al sector financiero.

- Las 138 ESS, que manejan el plazo mas amplio de pago de las cuentas por cobrar (137 días) después de las EPS-ARS publicas (229 días), presentan sin embargo el mas amplio margen de ingresos no operacionales equivalente al 7.45% sobre las ventas.
- Las 138 ESS incrementan en 2.8 puntos el margen de ingreso no operacionales de las EPS-ARS públicas y duplican el indicador de las CCF, y además superan en 7 puntos los ingresos no operacionales de las 17 EPS privadas.
- Las 138 ESS por el manejo financiero reducen a una tercera parte sus pérdidas operacionales y obtienen una rentabilidad financiera del 7.45% sobre las ventas el cual es muy superior a cualquiera otra de las entidades con las cuales se les pueda comparar. En consecuencia el margen neto final logrado por las ESS es del -3.91% mejorando en 7.86 puntos el margen bruto que llegó a pérdidas del –11.82%.
- Las 56 CCF que presentaban en la gestión del Régimen Subsidiado un margen operacional negativo del menos 1.19%, logran revertir la situación y gracias a los ingresos no operacionales del + 3.5% y en particular por los ingresos financieros, consiguiendo utilidades netas asignables al Régimen Subsidiado, por valor de $5.000 millones de pesos. Las CCF presentan además el bajo numero de días en cuentas por pagar (solo 9 días).
- Las 8 EPS-ARS publicas con los ingresos no operacionales neutralizaron su perdida operacional y lograron un margen neto del 0.7%, a costa claro de conseguir la mas alta retención de pagos a los proveedores llegando a 229 días en cuentas por pagar.
- Las 7 EPS – ARS privadas incrementaron su pérdida y registraron un margen neto negativo del –1.45% sobre los ingresos operacionales debido al incremento de gatos no operacionales, especialmente el pago de intereses al sector financiero, gracias a lo cual presentan cuenta por pagar de 106 días, lo cual es alto con respecto a las 17 EPS que solo tiene 46 días pero en el nivel mas bajo con respecto a las ESS (137 días) y las EPS-ARS públicas (229 días).

Conclusión 7.

La colocación de los recursos de salud en el sistema financiero o su utilización en otras actividades no operacionales se ha convertido en una fuente de rentabilidad adicional para las entidades de Seguridad Social, permitiendo así incrementar las utilidades de las 17 EPS privadas pasando desde 0.87% al 1.30% sobre el patrimonio. Las 8 EPS-ARS publicas recuperaron su perdida de – 4.56% pasando al + 0.07% con este método, las Cajas de Compensación Familiar recuperaron la perdida ocasionada en la operación del Régimen Subsidiado y las ESS recuperan 70 de cada 100 pesos perdidos en la operación de aseguramiento en salud, gracias al manejo financiero. No obstante los financiadores reales de estas operaciones son en gran medida los proveedores que deben esperar por sus pagos 49 días en las EPS, 106 días en las EPS-ARS privadas, 229 en las EPS-ARS publicas y 137 días en las ESS.

Conclusión 8.

El margen de pérdida operacional de las ESS en el negocio del aseguramiento, equivalente al – 10,59% sobre las ventas, contrasta con el margen de utilidad conseguido por la misma empresa en su gestión financiera y que equivalió en 1999 casi al + 8% de las ventas; lo cual por cierto rebaja la pérdida operacional pero no la neutraliza totalmente produciéndose al final una pérdida neta del - 4%. Esta pérdida neta causa además una reducción patrimonial progresiva que de continuar conducir a muchas ESS a una situación de quiebra. La eficiencia de las ESS en el manejo financiero se explicaría en gran media por la retención indebida de los pagos a los proveedores lo cual llega a 137 días superando el plazo de la cartera por cobrar que llega a doce días menos (104).

2.3.4 Rotación de cuentas por pagar y por cobrar:

La Rotación de cuentas indican el número de días que en promedio se demoran las empresas del sector para pagar a sus proveedores o recibir los pagos de sus clientes.

CUADRO 7

BENCHMARKING ENTRE ARS Estados Financieros a Diciembre de 1999 Cifras Anuales Promedio				
INDICADORES	138 ESS	8 EPS-ARS PUBLICAS	56 CCF	7 EPS - ARS PRIVADAS
ROTACION CUENTAS POR COBRAR días	104,08	150,34	No Hay	60,14
CUENTAS POR COBRAR / VENTAS	29%	42%		17%
ROTACION CUENTAS POR PAGAR días	137,39	229,23	9,00	106,60
FUENTES: Minsalud Contaduría Gral de la N. Súper subsidio Familiar Supersalud				

- La 17 EPS tiene una buena oportunidad de recaudo en el régimen contributivo y subsidiado, demorando en promedio 39 días en recoger los aportes. Las 7 EPS-ARS privadas son mas demoradas, que el promedio, en sus recaudos con 60 días en cartera, las 8 EPS-ARS presentan el mayor numero de días en cartera con 150 días. Las 138 ESS analizadas demoran en promedio 104 días en ejecutar sus recaudos lo cual implica que tienen el doble de ineficiencia en los sistemas de recaudación con respecto al sector privado de las EPS-ARS.
- Si bien se puede atribuir toda la ineficiencia en los recaudos al régimen subsidiado en general y en particular a las moras de las entidades territoriales, sin embargo es de observar que por efecto de la crisis económica las 5.000 empresas mas grandes del país poseen una cartera equivalente a 129 días en promedio. Lo cual significa que incluso las ESS son mas eficientes en recuperar cartera que las empresas industriales en general.
- Las 138 ESEs tienen un pasivo corriente o de cuentas por pagar a los proveedores que equivale a 137 días del costo global que debe ser pagado en el año, cifra superior a los 106 días que en promedio utilizan las EPS-ARS privadas y a los 49 días en promedio que tienen las 17 EPS privadas en cuentas por pagar, e incluso supera ampliamente en un 178% al período de pago de las empresas industriales las cuales pese a la crisis económica llega solo a los 65 días.

- Las EPS-ARS públicas tienen una mora superior a todas las entidades con las cuales fueron comparadas llegando a los 229 días equivalentes a 1.67 veces los días de cartera de las ESS.
- Tal como se observa 138 ESE demoran en cobrar 104 días y retrasan los pagos 137 días, con un desfase de 33 días; entre tanto las empresas industriales demoran en cobrar 129 días pero pagan mas oportunamente en solo 65 días, lo cual significan que se anticipan 64 días, sin ser entidades financieras. Las 17 EPS privadas tiene un desfase de 10 días pues cobran en 39 días y pagan en 49. Finalmente las 8 EPS-ARS publicas se desfasan 79 días en su beneficio y las EPS-ARS publicas lo hacen igualmente en 46 días a favor.
- Un caso excepción son las CCF que no presentan en sus estados financieros cuentas por cobrar y las cuentas por pagar solo representan 9 días de su costo de ventas.

Conclusión 9.

Las Empresas Industriales privadas dan un importante ejemplo de cómo cumplir ante sus proveedores aunque existan retrasos en el pago de sus clientes, e incluso recurren al crédito bancario para no transferir a los proveedores la financiación de sus operaciones, incurriendo entonces en pérdidas y sacrificando sus utilidades operacionales legítimamente ganadas gracias a su eficiencia en la producción de bienes y servicios. En forma contraria y paradójica las Aseguradoras de Salud han tomado como practica transferir el riesgo o costo financiero a los proveedores de servicios, así entonces retener indebidamente los pagos para ponerlos a rendir en el sistema financiero y obtener utilidades que no son fruto de la eficiencia operacional.

Conclusión 10

La regla practicada por las aseguradoras parece ser: “mientras mas se demoren en pagarme mas me demoro en pagar”, hay que transferir íntegramente el costo financiero de la mora a los proveedores finales (los proveedores pagan el costo con la espera) incluso parecen incrementarlo un poco por sistema mediante un desfase entre cobro y pago.

Efectivamente las aseguradoras mas oportunas en pagar son las EPS privadas en general que lo hacen en 39 días (9 días mas de lo reglamentado) incrementado el desfase entre cobro y pago con 10 días; Luego vienen las EPS-ARS que demoran 65 días en pagar con un desfase de 14 días y finalmente las ESS que demoran 116 días con un desfase de 12 días.

No obstante parecería justificado (por falta de liquidez) el que haya mas demora en los pagos en la medida en que mas se demora el asegurador en cobrar, no obstante la relación entre rentabilidad financiera y mora va de la mano así: Las ESS tienen mora de 137 días y reciben del sistema financiero el 7.44% sobre las ventas, las EPS-ARS publicas demoran en pagar 229 días y reciben el 4.49% sobre las ventas, las EPS Privadas demoran 49 días y reciben el 0.48% del sistema financiero. Las empresas industriales al contrario se adelantan 64 días en sus pagos y entregan el 5.35% de sus ventas al sector financiero. De lo anterior se deduce

que las moras en los pagos parece estar asociada no solo a la mora en los cobros sino a la colocación de los recursos del sector en el sistema financiero

Conclusión 11.

El Endeudamiento de las Aseguradoras con el sistema financiero esta asociado a la oportunidad en el pago de las cuentas a los proveedores. Las EPS-ARS públicas que tienen el mayor número de días en cuentas por pagar con 229 días tienen también el mas bajo grado de endeudamiento 1.23%. Las ESE que tienen en cuentas por pagar con 137 días (ocupan el segundo lugar) son las que tienen el segundo lugar también en el endeudamiento mas bajo con el 1.45% sobre los activos; Las EPS-ARS privadas que reducen la mora en los pagos a 106 días deben incrementan el endeudamiento al 10.12% sobre los activos; las EPS en general son las mas oportunas entre las aseguradoras con 49 días de cuentas por pagar, también son las mas endeudadas con los bancos llegando al 10.32% de los activos en obligaciones financieras. Finalmente por comparación las empresas industriales son muy oportunas con solo 65 días de mora y pese a no ser entidades financieras tienen un endeudamiento del 18.17%.

Quiere decir lo anterior que en la medida que el asegurador asume mejor su rol financiero puede pagar mas oportunamente.

2.3.5 Pasivo frente al activo:

La relación Pasivo / Activo presenta el nivel de endeudamiento sectorial bien sea con los proveedores o con el sistema financiero principalmente. Significa cuánto debe el conjunto de empresas frente al valor de los activos empresariales. El indicador está expresado en porcentaje.

CUADRO 8

BENCHMARKING ENTRE ARS Estados Financieros a Diciembre de 1999 Cifras Anuales Promedio				
INDICADORES	138 ESS	8 EPS-ARS PUBLICAS	56 CCF	7 EPS - ARS PRIVADAS
PASIVO / ACTIVO	86,19%	77,66%	37,18%	83,69%
OBLIGACIONES FINANCIERAS / ACTIVO	1,45%	1,23%	1,82%	10,12%
FUENTES: Minsalud – Contaduría Gral de la N. Súper subsidio Familiar Supersalud				

- El Pasivo global de las ESS llega al 86.19% de los activos y es muy similar al de las EPS-ARS privadas que llega 83,69%. Sin embargo hay que tener en cuenta que las EPS-ARS privadas están endeudadas con los Bancos en un 10.12% y las ESS solo en el 1.45%, por lo cual el pasivo de las ESS no paga intereses y pesa mas sobre los hombros de los proveedores.

- El pasivo de las EPS-ARS públicas es del 77.66% y es mas bajo que el de las ESS y las EPS-ARS privadas pero todo el pasivo pesa mas sobre los proveedores ya que también tienen el endeudamiento financiero mas bajo con el 1.23%.
- Se observa además que las 17 EPS en general tienen pasivos muy altos en comparación con el sector industrial en general. Así mientras las EPS tienen pasivos del 72% en promedio el sector empresarial privado solo llega al 46%, lo cual induce a pensar que los proveedores de salud están sufriendo un exceso de presión por parte de las EPS y las aseguradoras en general, muy superior al resto de los proveedores en la economía, pese incluso a la gran crisis económica que vive el país.
- Un caso aparte es el de las CCF las cuales tienen el pasivo mas bajo con el 37.18% sobre el activo, las obligaciones financieras, que llegan al 1.82% de los activos, son casi tan bajas como en las ESS y las EPS-ARS públicas; pero sus cuentas por pagar a proveedores de servicios son también excepcionalmente bajas, equivalentes a solo 9 días del costo de ventas.

Conclusión 12.

La gran virtud de las EPS-ARS publicas y las ESS, con altos activos corrientes y excelentes resultados no operacionales, se explica en gran medida por su gran defecto: el poseer un alto nivel de pasivo en donde el pasivo corriente se compone de las cuentas por pagar a los otros actores del sistema. Por contraste quienes poseen mas alto el endeudamiento con el sector financiero que son las EPS privadas en general son quienes en la misma proporción tienen mas bajo el pasivo con los proveedores.

2.3.6 Obligaciones financieras frente al activo:

Las obligaciones financieras frente al activo expresan las deudas bancarias frente a los activos totales. El indicador está expresado en porcentaje.

- Las 138 ESS no tiene endeudamiento con el sistema bancario, solo algunos sobregiros, los cuales equivalen al 1.45% de los activos y a $20.7 millones en promedio por cada ESS. Las 8 EPS-ARS públicas igualmente tienen solo el 1.23% de los activos en endeudamiento equivalente a unos $484.2 millones por entidad. En cambio, las 7 EPS-ARS privadas deben el 10.12% con $5.100 millones en promedio, cifra que es similar a la obtenida por las 17 EPS privadas que deben el 10.32% de los activos, con cerca de $3.000 millones en promedio por entidad. Comparativamente el sector industrial tiene un endeudamiento superior con 18.17% con cerca de $4.670 millones en promedio por empresa.

Conclusión 13.

Es de resaltar que las EPS-ARS publicas y las ESS tiene una gran fortaleza al no tener pasivos bancarios y poseer totalmente disponible su capacidad de endeudamiento con el sector

financiero, lo cual permitiría pensar que el pago oportuno de las cuentas a los proveedores se puede acelerar, sin afectar su equilibrio financiero, pero además para el caso de las ESS estas podrán cubrir los costos y necesidades de inversión en el caso de los procesos de fusión exigidos por el Decreto 1804 de 1999 o incluso podrían enfrentar la eventual expansión acelerada de la cobertura.

2.3.7 Rentabilidad de las ARS.

Este indicador muestra los beneficios económicos que una empresa cualquiera está produciendo a sus propietarios. La Rentabilidad es un indicador que se expresa como un porcentaje de las utilidades netas sobre lo invertido bien sea sobre la totalidad de los activos o sobre el patrimonio.

Para el caso de las ARS interesa analizar además las utilidades financieras conseguidas en actividades no operacionales especialmente por efecto de la inversión de los recursos sectoriales en el sistema financiero.

Interesa también establecer el indicador de rentabilidad de las "utilidades en efectivo" sobre el patrimonio. Estas utilidades en efectivo como se explica adelante se componen de la utilidad neta antes de corrección monetaria e impuestos, mas las provisiones, depreciaciones y amortizaciones, y mas el diferencial entre cuentas por cobrar y pagar retenido durante el ejercicio.

CUADRO 9

BENCHMARKING ENTRE ARS Estados Financieros a Diciembre de 1999 Cifras Anuales Promedio				
INDICADORES	**138 ESS**	**8 EPS-ARS PUBLICAS**	**56 CCF**	**7 EPS - ARS PRIVADAS**
RENTABILIDAD SOBRE LOS ACTIVOS	-7,35%	0,08%	14,57%	-4,22%
RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO	-53,26%	0,35%	23,23%	-14,44%
RENTABILIDAD FINANCIERA (Ing. Fin / Patrimonio)	18,76%	0,87%	3,78%	-8,91%
UTILIDAD EN EFECTIVO / UTILIDAD NETA	23,51%	49,05%	23,32%	151,11%
FUENTES: Minsalud - Nera	Contaduría General de la N.		Súper subsidio Familiar	Supersalud

- Las 138 ESS en 1999 tuvieron rentabilidad negativa del –7.35% sobre los activos y del -53.26% sobre el patrimonio. Entre tanto la rentabilidad financiera llegó a + 18,76 sobre el patrimonio y las utilidades en efectivo equivalen a una rentabilidad del + 23.51% sobre el patrimonio. Los resultados de la rentabilidad financiera sirvieron para disminuir la perdida operacional.
- Las 8 EPS – ARS publicas consiguieron resultados bajos pero positivos: una rentabilidad sobre los activos del 0,08% y una rentabilidad sobre el patrimonio de 0,35%. La

rentabilidad financiera fue el doble que la operativa llegando al 0.87% sobre el patrimonio, y las utilidades en efectivo representaron el 49% del patrimonio.

- Las 7 EPS-ARS privadas tuvieron perdidas sobre los activos de – 4,22% sobre los activos; tuvieron perdida del –14,44% sobre el patrimonio y tuvieron perdida financiera del –8.91 sobre el patrimonio. No obstante lo dicho durante el periodo estas EPS-ARS manejaron "utilidades en efectivo" del 151% sobre el patrimonio.
- Las 56 CCF son el ejemplo a imitar pues presentan todas sus cifras de rentabilidad positivas y altas: En 1999 tuvieron beneficios sobre los activos del 14,57%; tuvieron utilidades del 23,23% sobre el patrimonio y tuvieron utilidad financiera del 3,78 sobre el patrimonio. Durante el periodo estas CCF manejaron "utilidades en efectivo" que les representaron un 23.32% sobre el patrimonio.
- Las 17 EPS privadas que reportan a ACEMI tuvieron en 1999 beneficios del 4.14% sobre los activos y del 20.48% sobre el patrimonio. La rentabilidad financiera llegó a solo 7.6% sobre el patrimonio y la rentabilidad en utilidades en efectivo sobre patrimonio llegó al 30%.
- En 1999 la empresa "típica" colombiana (sobre 5.000 estudiadas por Dinero) tuvo pérdidas sobre los activos del –0.98% y sobre el patrimonio del –1.78%. La rentabilidad financiera llegó también a grados negativos sobre el patrimonio con el –7.39%. Solo obtuvo una rentabilidad del 5.36% por el manejo de sus utilidades en efectivo.

CUADRO 10

BENCHMARKING EPS y Sector Privado Cifras Anuales Promedio a Diciembre de 1999		
INDICADORES	17 EPS - ACEMI	Empresa Típica
RENTABILIDAD SOBRE LOS ACTIVOS	4,14%	-0,98%
RENTABILIDAD SOBRE EL PATRIMONIO	20,48%	-1,78%
RENTABILIDAD FINANCIERA	7,60%	-7,39%
RENTABILIDAD EN EFECTIVO SOBRE PATRIMONIO	20,14%	5,63%
(*) Fuente: Revista Dinero Nº 112 Julio 7 del 2000		

Conclusión 14.

Presentan perdidas sobre los activos y sobre el patrimonio las ARS que son mas pequeñas (caso de las ESS) y las mas grandes / las EPS-ARS privadas). También pierden las EPS-ARS publicas y las CCF en la gestión del régimen subsidiado de lo cual se deduce que la causal común no esta en la eficiencia de las entidades sino en la insuficiencia de la financiación de la UPC.

Es de destacar que las EPS-ARS públicas que combinan los negocios de Régimen Subsidiado y Contributivo logran en promedio pasar sin perdida y las CCF que tienen un portafolio múltiple de servicios obtienen niveles de rentabilidad satisfactorios.

Las CCF familiar y las 17 EPS privadas son las que presentan la mas alta rentabilidad neta sobre el patrimonio con el 20% y el 23% respectivamente.

Las ESS presentan la mas alta rentabilidad financiera de sus recursos, quizás en ello influye el manejo fiduciario de sus ingresos a lo cual están obligadas por ley, pero también por la retención indebida de pagos. Sin embargo las ESS presentan una situación de pérdidas en 1999 con el riesgo en muchos casos de incurrir en causal de disolución por perdida del 50% o mas del patrimonio.

Las EPS – ARS públicas presentan una rentabilidad financiera que duplica sus resultados operacionales y se puede deducir también que las EPS públicas son mas rentables cuando tienen ARS que cuando no tienen.

Se constata que las CCF logran los mejores rendimientos financieros después del caso excepcional de las ESS.

Un caso que amerita mas estudio es de las 7 EPS-ARS que luego de presentar resultados negativos en las rentabilidades sobre activos, sobre patrimonio y en el ámbito financiero ofrecen una rentabilidad mayúscula en el manejo de las "utilidades en efectivo", logrando representar el 150% sobre el patrimonio.

El factor común de todos los tipos de administradoras del régimen subsidiado es la muy elevada rentabilidad en utilidades en efectivo la cual oscila entre el 23% y el 150%. Esta rentabilidad esta encima del 20% que logran las 17 EPS que reportan a ACEMI y en promedio esta cuatro por encima de la utilidad en efectivo lograda por el sector privado en sus 5.000 empresas.

Finalmente se observa que para 1999 las EPS, con o sin ARS, superaron ampliamente la rentabilidad del sector privado empresarial el cual tuvo pérdidas en el promedio general, aunque muy inferiores a las de las ESS.

2.3.8 LA VIABILIDAD DE LAS ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN SUBSIDIADO ARS

CUADRO 11.

BENCHMARKING ENTRE ARS Estados Financieros a Diciembre de 1999 Cifras Anuales Promedio				
VIABILIDAD	138 ESS	8 EPS-ARS PUBLICAS	56 CCF	7 EPS - ARS PRIVADAS
GASTOS FINANCIEROS / VENTAS	No Hay	1,83%	No Hay	1,11%
EBITDA (Utilidades o perdidas en efectivo)	$46.449.766,71	$4.301.653.125,00	$6.760.403.498,08	$12.625.566.428,57
EBITDA / INTERESES	No Hay	5,50	No hay	8,10
OBLIGACIONES FINANCIERAS / EBITDA	44,76%	11,26%	12,42%	41,06%
EBITA / CUENTAS POR PAGAR	5,05%	21,79%		38,12%
NEC. DE CAPITAL(Usando Crédito)	$667.493.865,02	$15.125.915.568,75	No hay	$26.323.417.928,57
NEC. DE CAPITAL(Usando EBITA)	$741.933.429,35	$13.124.147.687,50	No hay	$19.915.731.673,23
FUENTES: Minsalud - Nera Contaduría General de la N. Súper subsidio Familiar Supersalud				

Los indicadores de viabilidad son el termómetro empresarial y buscan medir con mayor precisión la salud de las empresas de cada sector. A continuación se aplican a las EPS-ARS

algunos indicadores de viabilidad desarrollados para la industria en general aunque con adaptaciones que adelante se explican:

CUADRO 12.

BENCHMARKING EPS y Sector Privado Cifras Anuales Promedio a Diciembre de 1999		
VIABILIDAD	17 EPS - ACEMI	Empresa Típica
GASTOS FINANCIEROS / VENTAS	0,01	0,10
EBITDA (Utilidades o perdidas en efectivo)	$1.184.000.000,00	$800.000.000,00
EBITDA / INTERESES	0,01	0,01
OBLIGACIONES FINANCIERAS / EBITDA	1,52 Años	3 Años
NEC. DE CAPITAL	$872.000.000,00	$797.000.000,00
(***) Fuente: Revista Dinero Nº 112 Julio 7 del 2000		

2.3.9 Gastos financieros frente a ventas:

Este indicador expresa cuánto destina la empresa de sus ventas para pagar las deudas con los bancos. El indicador se expresa en porcentaje.

CUADRO 13

BENCHMARKING ENTRE ARS Estados Financieros a Diciembre de 1999 Cifras Anuales Promedio				
VIABILIDAD	**138 ESS**	**8 EPS-ARS PUBLICAS**	**56 CCF**	**7 EPS - ARS PRIVADAS**
OBLIGACIONES FINANCIERAS	$20.789.942,42	$484.218.000,00	$839.352.553,63	$5.184.602.571,43
OBLIGACIONES FINANCIERAS / ACTIVO	1,45%	1,23%	1,82%	10,12%
GASTOS FINANCIEROS	No Hay	$6.257.547.000,00	No Hay	$1.558.176.142,86
GASTOS FINANCIEROS / VENTAS	No Hay	1,83%	No Hay	1,11%

- Las 138 ESS no tiene gastos financieros significativos dado que no usan el crédito bancario para endeudamiento de mediano y largo plazo y solo eventualmente usan el sobregiro. Las obligaciones financieras son de $20 millones por ESS en promedio, representan el 1.45% de los activos y los pagos de intereses ni siquiera aparecen en los Estados Financieros, quizás debido a que son absorbidos o pagados por la fiduciaria que por norma debe administrar sus recursos.
- Las 8 EPS-ARS publicas no tiene gastos financieros significativos dado que no usan el crédito bancario para endeudamiento de mediano y largo plazo. Pese a que las obligaciones financieras son de $484 millones por cada EPS-ARS en promedio, representan solo el 1.23% de los activos (menos que para el caso de las ESS) y los pagos de intereses llegan a $702 millones en promedio, logrando absorber el 1.83% de las ventas

- Las CCF no registran gastos financieros en forma diferenciada en los Estados Financieros. Pese a que las obligaciones financieras son de $839 millones por cada CCF en promedio, representan solo el 1.82% de sus activos.
- Las 7 EPS-ARS privadas tienen los gastos financieros mas significativos dado que si usan el crédito bancario para endeudamiento de mediano y largo plazo. Las obligaciones financieras son de $5.184 millones por cada EPS-ARS en promedio, representan solo el 10,12% de los activos (menos que para el caso de las ESS) y los pagos de intereses llegan a $1.550 millones anuales en promedio, logrando absorber, no obstante, solo el 1.11% de las ventas.
- Es de observar que las 7 EPS-ARS privadas tienen un endeudamiento sobre los activos similar al de las 17 EPS privadas del régimen contributivo en las cuales este indicador llega al 10.32%. No obstante que el endeudamiento de las EPS – ARS es el mas alto entre sus pares sin embargo es muy bajo si se tiene en cuenta el conjunto del sector empresarial en el cual las 5.000 empresas llegan al 18.17% sobre los activos.

Conclusión 14

- La Empresa típica Colombiana presenta un gasto financiero sobre ventas del 10%, lo cual significa que deben endeudarse para cumplir sus obligaciones con los proveedores o para financiar su expansión. Para el caso de las ARS la regla general es que no utilizan el crédito. Para el Caso de las EPS privadas en general y las EPS – ARS en particular que son quienes mas usan el crédito, sin embargo los gastos de financiación solo llega al 1.3% y al 1.1% sobre las ventas respectivamente. Las EPS-ARS publicas usan un volumen de recursos de crédito menor y gasto financiero sobre ventas llega al 1.83% porque sus ventas son menores que las de las EPS privadas. Las ESS desconocen este mecanismo de allegar recursos.
- Todo parecería indicar que para las ARS entre sus funciones no esta la de correr riesgos financieros, vía el endeudamiento, para así abreviar el tiempo de tránsito de los recursos hacia las IPS. Al contrario de la practica empresarial privada las ARS transfieren el riesgo financiero enteramente al provecto de servicios y al contrario retienen parte de sus recursos de las cuentas por pagar, canalizando recursos de seguridad social hacia las inversiones en el sistema financiero.

2.3.10Ebitda (Utilidades en dinero en efectivo):

Este indicador señala la utilidad operacional en efectivo, sin los costos de impuestos, amortizaciones y depreciaciones. Es la utilidad que genera el negocio crítico. El indicador está expresado en millones de pesos.

CUADRO 14

BENCHMARKING ENTRE ARS Estados Financieros a Diciembre de 1999 Cifras Anuales Promedio				
OBLIGACIONES FINANCIERAS	$20.789.942,42	$484.218.000,00	$839.352.553,63	$5.184.602.571,43
OBLIGACIONES FINANCIERAS / ACTIVO	1,45%	1,23%	1,82%	10,12%
GASTOS FINANCIEROS	No Hay	$6.257.547.000,00	No Hay	1.558.176.142,86
GASTOS FINANCIEROS / VENTAS	No Hay	1,83%	No Hay	1,11%
OBLIGACIONES FINANCIERAS	$20.789.942,42	$484.218.000,00	$839.352.553,63	$5.184.602.571,43

Cálculos de los autores:

EBITA = Margen Neto antes de CM e impuestos.,Deprec.,Amort. + CxP - CxC

Para el caso de las ARS el valor denominado Ebitda se consigue tomando las utilidades netas antes de corrección monetaria y sumando los costos y gastos que no generan flujo de efectivo (depreciaciones, agotamientos, amortizaciones y provisiones). Para este ejercicio se adicionó también al Ebitda, la diferencia entre cuentas por pagar y cuentas por cobrar dado que tal diferencia, cuando es positiva y se mantiene como política permanente, genera una disponibilidad constante de efectivo en la entidad.

- En 1999 las 138 ESS tienen pérdidas en efectivo cada una por valor de - $93.9 millones de pesos si se mira la utilidad neta antes de corrección monetaria; no obstante como estas empresas mantienen un diferencial permanente a su favor de cuentas pagar y por cobrar por $140.3 millones, entonces consiguen un saldo de dinero en efectivo permanente de $46.4 millones cada una, el cual se denomina aquí "utilidad en efectivo", aunque la misma tendría una existencia provisional si se convirtiera en pago efectivo de los pasivos.
- Las 8 EPS-ARS públicas presentan una utilidad neta negativa de - $90.2 millones cada una; sin embargo dado el alto valor de las provisiones y depreciaciones de $2.514 millones en cada una en promedio y sumando el diferencial de cuentas por pagar y cobrar de $1.877 millones, entonces las utilidades en efecto son sorprendentemente altas llegando a los $4.301 millones en promedio.
- Las CCF pese a no registrar en los Estados Financieros Estudiados las provisiones y depreciaciones, ni cuentas por cobrar, la sola utilidad neta mas las pocas cuentas por pagar les otorgan una utilidad en efectivo de $6.760 en promedio a cada una.
- Las 7 EPS-ARS privadas presentan el caso mas paradójico, pues pese a presentar una perdida neta muy abultada de $2.162 millones en promedio sin embargo la utilidad en efectivo llega a casi exorbitante suma de los $12. 625 millones cada una. Todo este cambio debido a los altos valores en provisiones, depreciaciones y amortización los cuales suman $5.098 millones y al extraordinario valor del diferencial entre cuentas por cobrar y pro pagar, que asciende a los $9.689 millones.
- Según el reporte tomado de la Revista Dinero (sin incluir el diferencial de cuentas por pagar y cobrar) las 17 EPS privadas lograron utilidades en efectivo de $1.184 millones de

pesos en el período 1999 y las 5.000 empresas privadas tienen utilidades en efectivo por $800 millones en promedio para el período contable de 1999.

Conclusión 15.

- Acogiéndose a la metodología propuesta, si la consecución de utilidades en efectivo es garantía de la viabilidad de las empresas, entonces para el caso de los diferentes tipos de ARS estas serían totalmente viables, en gran medida y a costa daro, de retener recursos líquidos de cuentas por pagar, con lo cual se transfiere el riesgo de inviabilidad a los proveedores de los servicios: las IPS. Se observa además que la estrategia de viabilidad de las EPS-ARS públicas y privadas parecería ser: generar o compensar las pérdidas netas con altas provisiones, amortizaciones y depreciaciones.

2.3.11Ebitda (utilidades en efectivo) frente a gastos financieros:

Esta razón es uno de los indicadores mas diciente, porque refleja si las ganancias dan o no para cubrir las obligaciones financieras. El indicador se expresa en porcentaje.

CUADRO 15

BENCHMARKING ENTRE ARS Estados Financieros a Diciembre de 1999 Cifras Anuales Promedio				
VIABILIDAD	138 ESS	8 EPS-ARS PUBLICAS	56 CCF	7 EPS - ARS PRIVADAS
EBITDA / INTERESES	No Hay	5,50%	No hay	8,10%
OBLIGACIONES FINANCIERAS / EBITDA	44,76%	11,26%	12,42%	41,06%
EBITA / CUENTAS POR PAGAR	5,05%	21,79%	1.229,30	38,12%

- Para las ESS no existen los gastos financieros en forma significativa, luego entonces el indicador EBITDA sobre intereses carece de sentido. Las obligaciones financieras son el 44% de las utilidades en efectivo pero con esas utilidades solo se podría pagar el 5% de los pasivos con los proveedores de servicios.
- Las EPS-ARS publicas logran utilidades en efectivo de 5.5 veces sobre los gastos financieros, lo cual significa que no le generan ningún problema de liquidez. Las obligaciones financieras solo les representan el 1% de sus utilidades en efectivo, pero esas utilidades en efectivo solo les permitirían pagar el 22% de sus pasivos con los proveedores de servicios.
- Las CCF no presentan el gasto de intereses por separado en los estados financieros consultados y sus obligaciones financieras solo significan el 12% de sus utilidades en efectivo. De otra parte son pequeñas las cuentas por pagar que las utilidades en efectivo equivalen a 1200 veces su valor.
- Las EPS-ARS privadas tienen un indicador del 8.1 de utilidades en efectivo sobre el total de pago de los intereses y al igual que las que las publicas no tienen ningún problema de

liquidez por este concepto. Las obligaciones financieras son el 41% de sus utilidades en efectivo, que es indicador similar al de las ESS. Es de destacar además que las utilidades en efectivo representan el 38% de las cuentas por pagar a los proveedores.

- Comparativamente el sector industrial en las 5.000 empresas mas grandes tiene una relación contraria a las ARS entre cuentas por cobrar y por pagar y son mayores las primeras que las segundas, lo cual les resta liquidez. Las 5000 empresas solo consiguen en utilidades en efectivo el 40% del pago total de intereses (el sector industrial no alcanzó en 1999 a pagar los intereses con las utilidades en efectivo).

Conclusión 16.

- Si se asume como criterio de viabilidad el disponer de utilidades en efectivo en forma suficiente para responder al menos por los intereses de las obligaciones financieras, entonces todas las ARS serían viables, mas aun las ESS y las CCF que prácticamente no tienen obligaciones financieras. Incluso las EPS -ARS privadas que utilizan mas el crédito están dentro de un rango razonable porque los intereses solo representan el 8% de sus utilidades en efectivo.
- No obstante este indicador de viabilidad es muy útil para evaluar las 5.000 empresas privadas porque en su mercado la empresa productora de bienes o servicios responde por sus obligaciones ante los proveedores, recurriendo al crédito bancario cuando los clientes compradores entran en mora de pagos tal como es común en un ambiente de crisis económica; sin embargo este no es el comportamiento de las ARS las cuales no recurren al crédito bancario y en la practica en lugar de financiar a los proveedores, ellas se financian con los proveedores reteniendo en forma indebida los pagos, les transfieren el riesgo e incluso obtienen rentabilidad financiera de ese ejercicio.

2.3.12 Necesidades de Capital:

Las empresas en condiciones normales tienen gastos financieros equivalentes al 5% de sus ventas. Cuando esta proporción aumenta, se estima que surge una señal de alarma. En Colombia el conjunto empresarial tiene una relación del 10%, el doble de lo normal.

CUADRO 16

BENCHMARKING ENTRE ARS Estados Financieros a Diciembre de 1999 Cifras Anuales Promedio				
VIABILIDAD	138 ESS	8 EPS-ARS PUBLICAS	56 CCF	7 EPS - ARS PRIVADAS
GASTOS FINANCIEROS / VENTAS	No Hay	1,83%	No Hay	1,11%
EBITDA (Utilidades o perdidas en efectivo)	$46.449.766,71	$4.301.653.125,00	$6.760.403.498,08	$12.625.566.428,57
EBITDA/ VENTAS	1,72%	10,06%	11,92%	9,00%
EXCEDENTES EN EBITA	11.424.696,51	3.745.550.753,50	6.022.933.861,30	10.802.116.700,29
EVITAD / INTERESES	No Hay	5,50	No hay	8,10
OBLIGACIONES FINANCIERAS / EBITDA	44,76%	11,26%	12,42%	41,06%
EBITA / CUENTAS POR PAGAR	5,05%	21,79%		38,12%
NEC. DE CAPITAL	$588.065.785,69	$10.013.084.202,50	No hay	$13.208.548.990,29
FUENTES:	Minsalud - Nera	Contaduría General de la N.	Súper subsidio Familiar	Supersalud

Para el caso de las ARS, la capacidad de endeudamiento no se utiliza o se utiliza muy poco 1,83% de gastos financieros sobre ventas para las EPS-ARS publicas o el 1.11% para las EPS-ARS Privadas. Lo preocupante es que las cuentas por pagar de las ARS a las IPS son elevadas, y las IPS necesitan apoyo financiero y capital de trabajo para poder operar y este debería ser suministrado por las aseguradoras mediante el pago oportuno de las cuentas e incluso mediante el suministro de anticipos.

Es necesario entonces rediseñar la estructura financiera de las ARS para que puedan cumplir con la función financiera de facilitar recursos oportunos a las IPS para su operación.

El modelo de capitalización tiene los siguientes supuestos:

Las ARS no deben tener cuentas por pagar a las IPS por un valor superior al 8.2% del costo de ventas de las ARS equivalente a treinta días de operación en garantizar el aseguramiento.

El endeudamiento de las ARS con el sistema financiero se debe llevar si fuera necesario hasta el 10% de los activos, con el fin de poder hacer pagos oportunos e incluso anticipos.

El EBITDA (utilidades en efectivo) no debe superar el 1.3% sobre las ventas que es el índice manejado por las 17 EPS privadas que reportan a ACEMI.

La capitalización se podrá reducir en la misma proporción en que se reduzcan las cuentas por cobrar

NECESIDAD DE CAPITAL DE LAS ARS = (CP–8.2%CV–15%A–EE+OF)*R

CP : Cuentas por Pagar
CV : Costo de Ventas
8.2% CV: Equivalente a treinta días de cartera.
A : Activos

15% A: Valor máximo de endeudamiento.
EE: Excedente de Ebitda.
OF: Obligaciones financieras vigentes.
R : Factor de reducción de las cuentas por cobrar.

Conclusión 17.

- Es necesario rediseñar el modelo financiero de las ARS para que puedan suministrar en forma oportuna los recursos necesarios para la operación de las IPS por vía de los anticipos y del pago oportuno delas cuentas por servicios prestados. Como consecuencia de la aplicación del modelo propuesto, sin modificar el nivel de las cuentas por cobrar que actualmente tienen las ARS con las entidades territoriales se necesitaría una capitalización así:
- En promedio para una de las 138 ESS se requieren $588 millones de pesos.
- En promedio para cada una de las 8 EPS-ARS se requieren $10,000 millones de pesos.
- En promedio para las 56 CCF no se requiere capitalización.
- En promedio para cada una de las 7 EPS -ARS privadas se requiere $13.000 millones de pesos.

Estas cifras se podrán reducir en la misma proporción en que se reduzcan las cuentas por cobrar de las ARS a las entidades territoriales.

Conclusión 18.

- De acuerdo a los indicadores financieros que otorgan viabilidad al conjunto de las EPS y al sector industrial privado, las ARS tendrían condiciones de viabilidad de no ser por la pérdida ocasionada en los altos costos operacionales; explicables por los incrementos en la demanda de servicios, la insuficiencia en UPC-S, la concentración de los enfermos de alto costo en las ARS y la falta de instrumentos de control del costo médico-hospitalario, tales como son:
- No existe un método de contratación por capitación adecuado para control del costo.
- Se contratan los hospitales por procedimientos y no por paquetes o tarifas integrales.
- No existe un sistema de monitoreo de los costos y las autorizaciones de uso de los servicios.
- El sistema de copagos es deficiente en su diseño y su aplicación.

Conclusión 19.

Además de la escalada de costos asistenciales las ARS tienen altos costos de administración y venta Es necesario entonces recortar estos gastos en el corto plazo con políticas de

austeridad y vía de las fusiones. Este recorte debe situar los otros gastos no operacionales en un rango del 15% al 20% máximo de los ingresos operacionales básicos.

Conclusión 20

- Mientras no se cree un seguro nacional para las enfermedades de alto costo, inevitablemente los usuarios afectados por enfermedades catastróficas tenderán a concentrarse en el régimen subsidiado y cada vez la Unidad de Pago por Capitación será mas insuficiente, incluso aunque se reajuste anualmente al ritmo de la inflación.

2.4 ANÁLISIS MULTIVARIADO

2.4.1 Metodología del análisis Multivariado

Con el fin de explorar y validar diversos hallazgos en el Análisis Financiero de las Administradoras del Régimen Subsidiado, basándose en la evidencia y minimizando las preferencias ideológicas, se hizo un análisis multivariado de los Estados Financieros de las ARS en 1999.

Para la construcción de un modelo de 33 variables con 3.300 datos aproximadamente se asumieron los siguientes criterios:

Hay cuatro clases de ARS o Agentes:

- 138 Empresas Solidarias de Salud
- 8 ARS-EPS Públicas
- 56 Cajas de Compensación Familiar CCF
- 7 EPS – ARS Privadas

2. En cada una de las ARS se tomaron de los Estados Financieros de 1999 ocho variables de resultado, así:

2.1	CC.	Cuentas por cobrar UPC-S (Unidad de Pago por Capitación Subsidiada).
2.2	CP.	Cuentas por Pagar a Proveedores.
2.3	IUPC-S.	Ingresos por UPC-S.
2.4	CPS.	Costo POS Subsidiado.
2.5	UBRS.	Utilidad o perdida Bruta en Régimen Subsidiado.

2.6 GAV. Gastos de Administración y Venta.

2.7 UORS. Utilidad o Perdida Operacional del Régimen Subsidiado.

2.8 IFRS. Ingresos Financieros por Régimen Subsidiado.

3. Las ARS de cada de las cuatro clases se clasificaran en grandes, medianas y pequeñas teniendo en cuenta el valor de la variable 2.3 IUPC-S (Ingresos por UPCS). Cada grupo con el 33% de los casos. Se crearon así las doce primeras variables o clases de Agentes según naturaleza social y tamaño.

4. Con los valores de las siete variables restantes se hicieron grupos de grandes, medianos y pequeños, obteniendo 21 variables de resultado.

5. Se corrió el modelo de 33 variables para obtener relaciones entre los tipos de ARS (12 variables) y los valores de siete variables básicas restantes de todas las ARS (ESS, CCF. EPSPUB y EPSPRV)

6. Para tal efecto todas las variables a su proporción por peso ingresado así:

VARIABLES:

Variables de los agentes que intervienen

1. ESS-P Empresa Solidaria Pequeña con respecto a variable IUPC-S
2. ESS-M Empresa Solidaria Mediana con respecto a variable IUPC-S
3. ESS-G Empresa Solidaria Grande con respecto a variable IUPC-S
4. CCF-P Caja de Compensación Pequeña con respecto a variable IUPC-S
5. CCF-M Caja de Compensación Mediana con respecto a variable IUPC-S
6. CCF- G Caja de Compensación Grande con respecto a variable IUPC-S
7. EPSPU-P Entidad promotora de Salud Publica Pequeña con respecto a variable IUPC-S
8. EPSPU-P Entidad promotora de Salud Publica Medina con respecto a variable UPC-S
9. EPSPU-P Entidad promotora de Salud Publica Grande con respecto a variable UPC-S

10. EPSPR-P IUPC-S Entidad promotora de Salud Privada Pequeña con respecto a variable

11. EPSPR-P IUPC-S Entidad promotora de Salud Privada Medina con respecto a variable

12. EPSPR-P IUPC-S Entidad promotora de Salud Privada Grande con respecto a variable

Variables de resultado en la operación de los agentes

13. CCP = al 33% mas pequeño de las CC/ (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

14. CCM = al 33% intermedio de las CC/ (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

15. CCG = al 33% grande de las CC/ (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

16. CPP = al 33% mas pequeño de las CP/ (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

17. CPM = al 33% intermedio de las CP/ (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

18. CPG = al 33% grande de las CP/ (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

19. CPSP = al 33% mas pequeño de los CPS / (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

20. CPSM = al 33% intermedio de los CPS / (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

21. CPSG = al 33% grande de los CPS/ (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

22. UBRSP = al 33% mas pequeño de las UBRS / (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

23. UBRSM = al 33% intermedio de las UBRS / (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

24. UBRSG = al 33% grande de las UBRS/ (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

25. GAVP = al 33% mas pequeño de los GAV / (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

26. GAVM = al 33% intermedio de los GAV / (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

27. GAVG = al 33% grande de los GAV / (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

28. UORSP = al 33% mas pequeño de las UORS / (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

29. UORSM = al 33% intermedio de las UORS / (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

30. UORSG = al 33% grande de las UORS / (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

31. IFRSP = al 33% mas pequeño de los IFRS / (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

32. IFRSM = al 33% intermedio de los IFRS / (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

33. IFRSG = al 33% grande de los IFRS / (IUPC-S) de cada una de las ESS, CCF, EPSPU y EPSPR.

7. Se considera un resultado positivo sobresaliente (llamado virtuoso) cuando una ARS presenta:

7. 1 Cuentas por Cobrar Bajas.

7. 2 Cuentas por Pagar Bajas.

7. 3 Utilidad Bruta alta.

7. 4 Utilidad Operacional alta.

7. 5 Costo del POS-S bajo.

7.6 Gastos de Administración y Ventas bajos.

7.7 Ingresos financieros bajos.

8. Se considera un resultado negativo importante (llamado defectuoso) cuando una ARS presenta

8.1 Cuentas por Cobrar Altas.

8.2 Cuentas por Pagar Altas.

8.3 Utilidad Bruta Baja.

8.4 Utilidad Operacional Baja.

8.5 Costo del POS-S Alto.

8.6 Gastos de Administración y Ventas Altos.

8.7 Ingresos financieros Altos.

9. Se consideran resultados regulares toda situación intermedia.

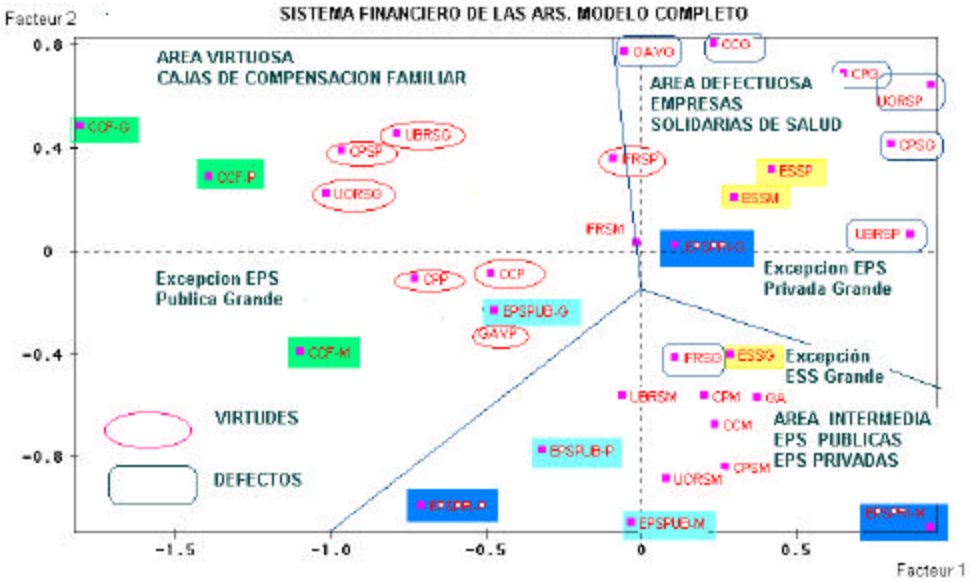
10. El modelo multivariado se construyó así:

- Primero para todas las ARS y las variables.
- Segundo para las variables de las ESS únicamente.
- Tercero para las variables de las CCF únicamente.
- Cuarto para las variables de las EPS Publicas únicamente.
- Quinto para las variables de las EPS Privadas únicamente.

2.4.2 Resultados generales del Análisis Multivariado:

El Grafico Nº 1 muestra el resultado general del análisis multivariado el cual permite diferencias tres tipos de áreas de resultado con las agentes que mas se asocian a esos resultados.

GRAFICO 1



Fuente: Minsalud-CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

HALLAZGO Nº 1

Las Cajas de Compensación Familiar de todos los tamaños presentan los mejores resultados finales de todo el conjunto de las ARS.

Todos los tipos de Cajas de Compensación Familiar (CCF-G, CCF -M y CCF-P) presentan un alto grado de asociación con todas las variables de resultado que muestran un resultado virtuoso, así:

1.1 (CCP) Cuentas por Cobrar Bajas.

1.2 (CPP) Cuentas por Pagar Bajas.

1.3 (UBRSG) Utilidad Bruta alta.

1.4 (UORSG) Utilidad Operacional alta.

(CPSP) Costo del POS-S bajo.

(GAVP) Gastos de Administración y venta bajos.

(IFRSP) Ingresos financieros bajos.

2. Las EPS Públicas Grandes (EPSPUB-G) están asociadas a los resultados virtuosos

RECOMENDACIÓN Nº 1

Se debe adoptar una estrategia para preservar la presencia de las Cajas de Compensación Familiar en la Administración del Régimen Subsidiado y evitar su abandono como ya ha ocurrido en algunos casos

HALLAZGO Nº 2

Las Empresas Solidarias de Salud, especialmente las pequeñas y medianas están asociadas a seis de siete resultados defectuosos. De este grupo forman parte también las EPS privadas grandes.

El análisis multivariado, según el grafico, Nº 1 muestra que:

Las Empresas Solidarias de Salud Pequeñas (ESSP) y medianas (ESSM) están asociadas a seis de siete resultados defectuosos ,así:

1.1 (CCG) Cuentas por Cobrar Altas.

1.2 (CPG) Cuentas por Pagar Altas.

1.3 (UBRSP) Utilidad Bruta Baja.

1.4 (UORSP) Utilidad Operacional Baja.

1.5 (CPSG) Costo del POS-S Alto.

1.6 (GAVG) Gastos de Administración y Ventas Altos.1.7

Las EPS privadas grandes, que funcionan como ARS, están asociadas a los seis resultados defectuosos propios de las ESS medianas y pequeñas; pero además presentan una gran cercanía con los resultados financieros medianos (IFRSM) y grandes (IFRSG). Lo cual por lo general significa retención injustificada de los recursos financieros y cuentas por pagar altas a los proveedores.

RECOMENDACIÓN Nº 2

Se debe expedir normas que exijan desempeños financieros mínimos de tal forma que se obligue a la liquidación de las ARS ineficientes; pero que resuelva el problema de las EPS privadas grandes , forma similar a como el D. 1804 lo hizo con las ESS pequeñas y medianas.

HALLAZGO Nº 3

Las EPS Públicas y Privadas de tamaño pequeño y mediano presentan un desempeño intermedio o regular. Las ESS grandes se asocian con este grupo.

El análisis multivariado muestra que:

Las EPS de los tipos:EPSPUB-P, EPSPRI-P, EPSPUB-M, EPSPPRI-M se encuentran fuertemente asociadas a seis de siete resultados intermedios, así:

1.1 (CCM) Cuentas por Cobrar Medinas.
1.2 (CPM) Cuentas por Pagar Medinas.
1.3 (UBRSM) Utilidad Bruta Medinas.
1.4 (UORSM) Utilidad Operacional Medinas.
1.5 (CPSM) Costo del POS-S Medinas.
1.6 (GAVM) Gastos de Administración y Ventas Medinas.

Las EPS publicas y privadas intermedias están asociadas al mas alto nivel de resultados financieros (IFSG) lo cual explica por lo general la retención indebida de los recursos financieros y la consecuente acumulación de las cuentas por pagar a los proveedores.

Las Empresas Solidarias de Salud Grandes (ESSG) presentan un comportamiento similar a las EPS medianas, pero tienen una asociación mas alta con los resultados financieros grandes (IFRSG), considerando este indicador como defectuoso en la operación de las ARS.

RECOMENDACIÓN Nº 3

Los Reglamentos y las Políticas del Ministerio de Salud deben impulsar la conformación de ARS de tamaño intermedio pero sobre todo desincentivar la producción de resultados financieros excesivos cuando estos están asociados a cuentas por pagar medianas o altas. Para lo cual se sugiere crear un sistema obligatorio de anticipos y pago de intereses de mora a los proveedores.

2.5 IMPACTO DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS

En este aparte se analiza la información sobre ejecución presupuestal de ingresos, monto facturado y recaudado por concepto de atención a vinculados y composición de cartera por edades que algunas IPS públicas de los municipios incluidos en el trabajo de campo entregaron al equipo investigador de la Universidad Nacional. En vista del reducido número de IPS que entregaron datos, el análisis debe considerarse como estudio de caso y, como tal, las conclusiones no se deben generalizar.

2.5.1 Ingreso anual de las IPS públicas

65 IPS públicas suministraron datos sobre ejecución presupuestal de ingresos. Debido a la dispersión de éstos, se toma información de 59 IPS cuyos datos permiten un análisis comparativo para el periodo 1997-1999. Estas IPS pertencen al distrito capital y a 45 municipios de 25 departamentos. El mayor número de IPS públicas tomadas en el análisis

pertenecen a Antioquia (9), Valle (8), Distrito Capital (5) y Tolima (4). La tabla 1 muestra el número de IPS por nivel y departamento incluidas en el estudio.

Tabla 1. Número de IPS por nivel y departamento incluidas en el estudio.

Depto	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total
Amazonas		1		1
Antioquia	5	4		9
Arauca		1		1
Atlántico			1	1
Bolívar		1		1
Boyacá		1	1	2
Caldas	2		1	3
Caquetá		1		1
Casanare		1		1
Cauca			1	1
Cesar			1	1
Cundinmarca		2		2
Chocó	1	1		2
Distrito capital	3	2		5
Guaviare		1		1
Huila			1	1
Magdalena	1	1		2
Meta	1	1		2
Nariño	1		2	3
Quindío			1	1
Risaralda		1		1
San Andrés	1			1
Santander		2	1	3
Sucre		1		1
Tolima	3		1	4
Valle	4	3	1	8
Total IPS	22	25	12	59

Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado 2002

La tabla 2 muestra el monto promedio anual de ingresos logrado por las IPS incluidas en el análisis (22 de nivel 1, 25 de nivel 2 y 12 de nivel 3), a precios corrientes de cada año y la tabla 3, este monto a precios constantes de 2000, en millones de pesos deflactados por IPC. Este monto incluye ingresos por régimen subsidiado y contributivo, Soat-Ecat, otros servicios, vinculados, subsidios de oferta, ingresos financieros y otros ingresos.

Tabla 2- Ingreso promedio anual por IPS-ESE a precios corrientes						
		Millones de pesos			Variación	
Nivel	Número de IPS	1997	1998	1999	1998	1999
1	22	2501	3397	3726	35.8%	9.7%
2	25	5739	7044	8612	22.7%	22.3%
3	12	17217	21227	23113	23.3%	8.9%
Total	59	6866	8569	9740	24.8%	13.7%
Fuente: datos suministrados por 59 IPS públicas Inflación 1997=17.68%, 1998=16.7%, 1999=9.23% (B. República)						

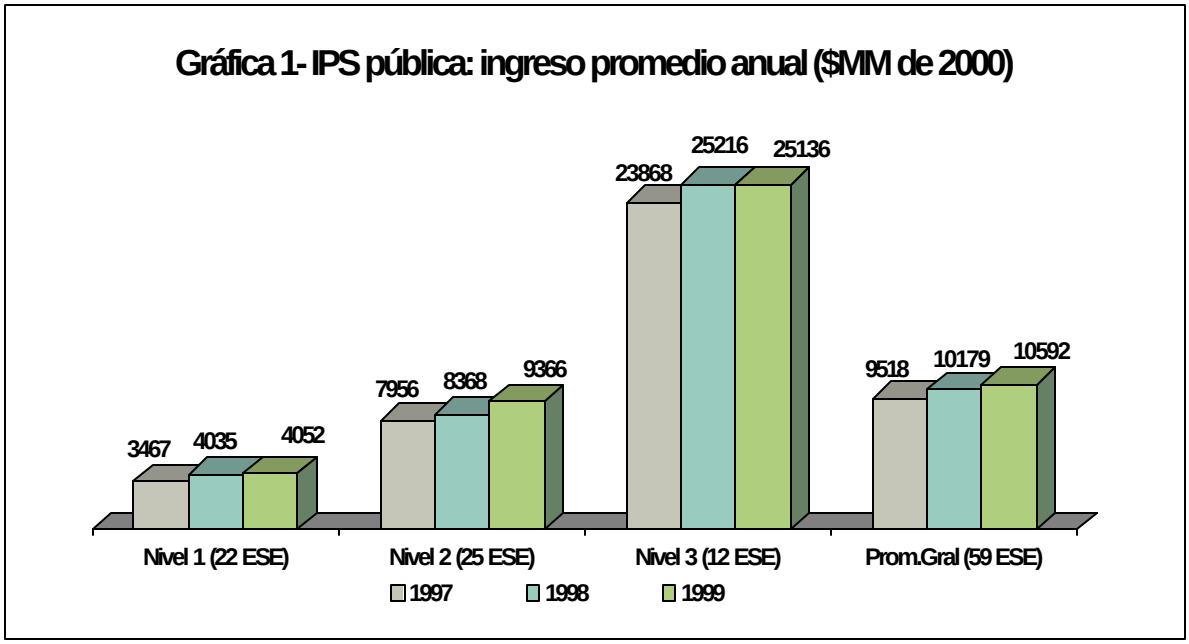
A pesos corrientes de cada año, las IPS públicas incluidas en el análisis muestran un fuerte incremento en el total de ingresos, cuyo promedio anual en 1999 creció 50% para los niveles 1 y 2, y 34% para el nivel 3 con respecto al logrado en 1997. El ingreso promedio de las 22 IPS de nivel 1 pasó de $2501 millones en 1997 a $3726 millones en 1999. Las 25 IPS de nivel 2 presentan un ingreso promedio de $5739 millones en 1997 y de $8612 millones en 1999, equivalentes en ambos años a 2.3 veces el ingreso promedio de las IPS de nivel 1. Las 12 IPS de nivel 3 muestran un ingreso promedio anual de $17217 millones en 1997 (6.9 veces el promedio del nivel 1 y 3 veces el promedio del nivel 2) y de $23113 millones en 1999 (6.2 veces el promedio del nivel 1 y 2.7 veces el promedio del nivel 2). La diferencia en el promedio de ingresos se explica por la diferencia en el grado de complejidad y costo de la atención ofrecida por cada tipo de IPS y por la diversidad de recursos físicos, científicos, asistenciales y administrativos disponibles en cada nivel.

A precios constantes de 2000 (tabla 3), el ingreso promedio de las IPS de nivel 1 muestra un crecimiento real de 16.4% en 1998 y de apenas 0.4% en 1999. Las IPS de nivel 2 crecen más en 1999 (11.9%) que en 1998 (5.2%). Las IPS de nivel 3 muestran la evolución menos favorable en el ingreso promedio, que creció 5.6% en 1998 y decreció 0.3% en 1999.

Tabla 3- Ingreso promedio anual por IPS-ESE a precios constantes de 2000					
	Millones de pesos de 2000			Variación	
Nivel	1997	1998	1999	1998	1999
1 (22 IPS)	3467	4035	4052	16.4%	0.4%
2 (25 IPS)	7956	8368	9366	5.2%	11.9%
3 (12 IPS)	23868	25216	25136	5.6%	-0.3%
Total (59 IPS)	9518	10179	10592	6.9%	4.1%
Fuente: datos suministrados por 59 IPS públicas Inflación 1997=17.68%, 1998=16.7%, 1999=9.23%, 2000=8.75% IPC 1997=85.69%, 1998=100%, 1999=109.23%, 2000=118.79% (B. República)					

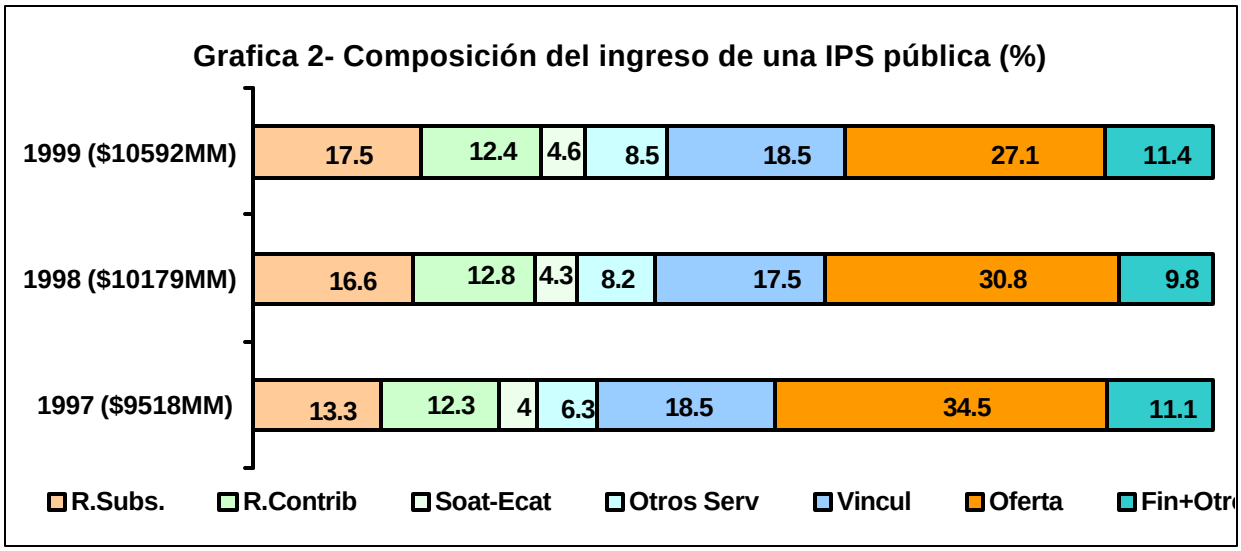
Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado 2002

La gráfica 1 muestra la evolución del ingreso promedio anual, a precios constantes de 2000, de las IPS públicas que entregaron información al equipo investigador de la Universidad.



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado 2002

Como se puede observar en la gráfica 2 y en la tabla 4, para el periodo de análisis (1997-1999), las principales fuentes de ingresos son la atencón a vinculados y el subsidio a la oferta, que aportaron, para las 59 IPS públicas analizadas, el 53% del total de ingresos en 1997, el 48.3% en 1998 y el 45.6% en 1999.



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado 2002

Tabla 4- Composición del ingreso total de una IPS pública			
Concepto de ingreso	**1997**	**1998**	**1999**
Régimen subsidiado	13,3%	16,6%	17,5%
Régimen contributivo	12,3%	12,8%	12,4%
Soat - Ecat	4,0%	4,3%	4,6%
Otros servicios	6,3%	8,2%	8,5%
Total facturado	35,9%	41,9%	43,0%
Vinculados	18,5%	17,5%	18,5%
Subsidio de oferta	34,5%	30,8%	27,1%
Total subsidios de oferta	53,0%	48,2%	45,7%
Financieros	0,4%	0,9%	0,9%
Otros ingresos	10,7%	8,9%	10,5%
Promedio ($millones de 2000)=100%	9518	10179	10592
Fuente: datos de ejecución presupuestal suministrados por 59 IPS públicas (22 de nivel 1, 25 de nivel 2 y 12 de nivel 3).			

Es de destacar que la participación de los subsidios de oferta muestra una tendencia decreciente, pues pasa del 34.5% en 1997 al 27.1% en 1999. Esta fuente de ingresos participará cada vez menos en el total de ingresos debido a la política de cambio de subsidios de oferta a subsidios a la demanda y a la filosofía de afiliación universal a uno de los dos regímenes establecidos en la Ley 100/93 (contributivo o subsidiado).

Las IPS públicas de nivel 1 presentan una evolución contraria a la política de cambio de subsidios de oferta a demanda, pues la participación de los ingresos por atención a vinculados representa el 30% del total de ingresos y los subsidios de oferta el 19% en el periodo de análisis (1997-1999). El total de susidios a la oferta (vinculados y subsidios de oferta) representan, para las 22 IPS públicas de nivel 1 que entregaron información, el 48.7% del ingreso total en 1997 y el 49.3% en 1999, como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5- IPS públicas de nivel 1: composición del ingreso total			
Concepto de ingreso	**1997**	**1998**	**1999**
Régimen subsidiado	18,6%	20,2%	20,3%
Régimen contributivo	12,6%	9,5%	8,5%
Soat - Ecat	1,1%	1,3%	1,8%
Otros servicios	5,2%	8,3%	8,4%
Total facturado	37,6%	39,3%	39,0%
Vinculados	29,9%	26,1%	30,4%
Subsidio de oferta	18,8%	20,2%	18,9%
Total subsidios de oferta	48,7%	46,3%	49,3%
Financieros	1,2%	2,0%	2,3%
Otros ingresos	12,5%	12,3%	9,4%
Promedio ($millones de 2000)=100%	3467	4035	4052
Fuente: datos suministrados por 22 IPS públicas de nivel 1			

Las IPS públicas de nivel 2 y 3 analizadas muestran una tendencia más ajustada a esta filosofía, pues presentan decrecimiento en la participación de los vinculados o del subsidio de oferta en el total de ingresos, como se observa en la tabla 6. La participación de los ingresos por atención a vinculados cae de 16.9% en 1997 a 13.9% en 1999 para las IPS de nivel 3. La participación de los subsidios de oferta cae de 42.7% en 1997 a 29.6% en 1999 para las IPS públicas de nivel 2 y de 33.1% en 1997 a 27.7% para las IPS del nivel 3. Sin embargo, estas dos fuentes generan el 59% de los ingresos totales en 1997 y el 49.5% en 1999 para las IPS de nivel 2 y el 50% en 1997 y 41.6% en 1999 para las IPS de nivel 3. Es decir, las IPS públicas mantienen una fuerte dependencia de estos dos tipos de recursos.

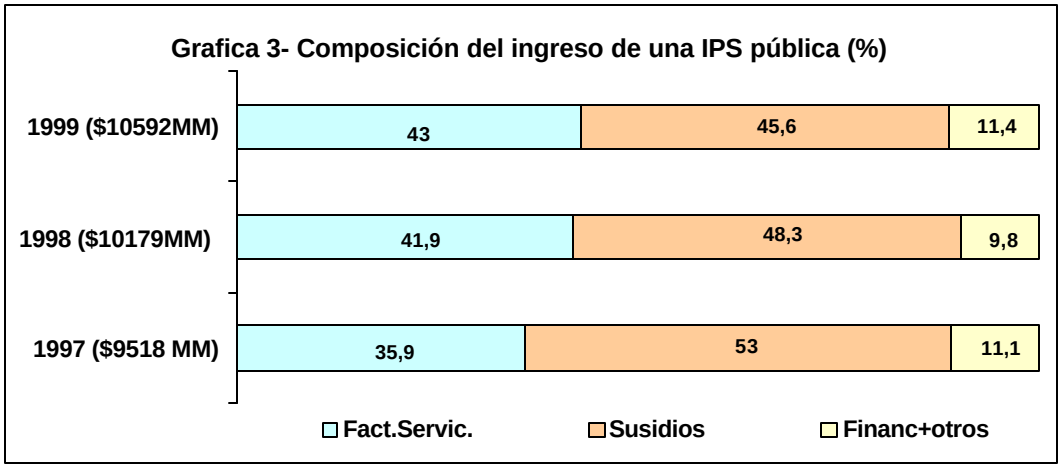
Tabla 6- IPS públicas de nivel 2 y 3: composición del ingreso

Concepto de ingreso	1997	1998	1999
Promedio IPS nivel 2 (25)			
Régimen subsidiado	10,0%	13,2%	15,2%
Régimen contributivo	11,0%	14,4%	12,8%
Soat - Ecat	1,8%	2,0%	2,7%
Otros servicios	5,9%	6,9%	7,0%
Total facturado	28,7%	36,5%	37,7%
Vinculados	16,4%	15,9%	19,9%
Subsidio de oferta	42,7%	35,2%	29,6%
Total subsidios de oferta	59,0%	51,2%	49,5%
Financieros	0,4%	0,2%	0,4%
Otros ingresos	11,9%	12,1%	12,4%
Promedio ($millones de 2000)=100%	7956	8368	9366
Promedio IPS nivel 3 (12 IPS)			
Régimen subsidiado	14,2%	18,0%	18,4%
Régimen contributivo	13,0%	12,7%	13,3%
Soat - Ecat	6,4%	6,8%	6,9%
Otros servicios	6,8%	9,0%	9,6%
Total facturado	40,4%	46,4%	48,3%
Vinculados	16,9%	16,0%	13,9%
Subsidio de oferta	33,1%	30,7%	27,7%
Total subsidios de oferta	50,0%	46,8%	41,6%
Financieros	0,2%	1,1%	0,8%
Otros ingresos	9,3%	5,7%	9,3%
Promedio ($millones de 2000)=100%	23868	25216	25136

Fuente: datos suministrados por 25 IPS públicas de nivel 2 y 12 de nivel 3

Una preocupación permanente sobre las IPS es su baja capacidad para facturar servicios y cobrar. La gráfica 3 muestra la participación de tres categorías de ingresos en el total de ingresos ejecutados por 59 IPS públicas que entregaron datos al equipo de la Universidad Nacional. La primera categoría corresponde a la facturación de servicios (régimen subsidiado, régimen contributivo, soat - ecat y otros servicios). La segunda, a los subsidios a la oferta recibidos por las IPS (ingresos recibidos por atención de vinculados y subsidio de oferta). La tercera, a otros ingresos (financieros y otros). Es importante destacar que, a pesar de

mantener una fuerte dependencia de los subsidios de oferta, las IPS públicas muestran un esfuerzo creciente por facturar sus servicios, cuya participación en la generación de ingresos pasa de 35.9% en 1997 a 43% en 1999. El esfuerzo que realizan las IPS públicas para mejorar su eficiencia, vía aumento de la facturación por servicios se ve contrarrestada por la mora de las entidades de aseguramiento (EPS, ARS, CCF, convenios) para cancelar el producto de dichos servicios, como se muestra en el punto que hace referencia al análisis de antigüedad de la cartera.



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado 2002

La dependencia de los subsidios de oferta que muestran las IPS públicas incluidas en el presente análisis se confirma con los planteamientos hechos por Fedesarrollo[3], en un estudio diagnóstico sobre la Secretaría Distrital de Salud y sus hospitales, en que destaca la poca participación de la facturación de servicios a las aseguradoras de los regímenes contributivo y subsidiado en los siguientes términos:

"A pesar de que la ley 100 planteaba una sustitución gradual de fuentes de recursos para los hospitales a medida que la población se afiliara al SGSS y que hoy se encuentra más del 80% de la población del Distrito cubierta por seguros de salud, esta sustitución aún no se ha dado en los hospitales públicos del Distrito. Existe una clara tendencia a la reducción de los aportes nacionales (predominantemente por efecto de la reducción de los subsidios a la oferta), y al aumento de los aportes municipales, mas no al incremento de la venta de servicios a terceros. Los recursos de demanda (venta de servicios) no han crecido en la estructura de financiación de los hospitales."

"A pesar de que una creciente porción de los ingresos proviene de la presentación de facturas, lo que implicaría una mayor rendición de cuentas por parte de los hospitales públicos, se puede observar que la mayoría de estos ingresos por venta de servicios provienen de la misma Secretaría Distrital de Salud."

[3] Fedesarrollo (2000). Estructura política y organizacional del distrito capital de Santafé de Bogotá. Sector salud (informe final). Ursula Giedion, Héctor Raúl López S., John Alberto Marulanda R.

"... existe un fuerte aislamiento de estos hospitales con respecto al mercado de la salud. Este aislamiento genera presiones para el sostenimiento de los subsidios a la oferta como vía directa para cubrir los gastos crecientes, sin respaldo en los ingresos por la vía de mercado. Esta tendencia va en contravía del modelo de la Ley 100, que busca integrar a todos los prestadores al mercado de la salud, para así romper la segmentación actualmente existente."

"A pesar de que hubo una transformación formal ya que el Distrito cumplió con la normatividad existente al transformar parte del situado fiscal y de las rentas cedidas, no se ha logrado cambiar la estructura de financiación de los hospitales, e incluso se ha permitido el crecimiento total de los recursos de oferta, desaprovechando el alto potencial de aseguramiento con que cuenta el Distrito.... Esta situación es más grave a la luz de la disminución de la población a atender con recursos de oferta debido al proceso de afiliación, lo que genera un problema de doble financiación."

"Los hospitales públicos tienen una estructura financiera frágil, y en proceso de transición. Mientras que por el lado de los ingresos no es clara la sustitución de recursos de oferta por la venta de servicios, en el gasto es evidente el peso y dinámica de los gastos de personal."

2.5.2 Recuperación de la facturación por atención a vinculados

Un punto del instrumento aplicado trató de establecer el estímulo dado a las IPS a través del reconocimiento del servicio prestado a los vinculados (población vulnerable no afiliada al régimen subsidiado). Las IPS dieron información sobre el monto facturado y el recuperado por atención de vinculados durante el trienio 1997-1999. Como se observa en la tabla 7, en 1997 el promedio de lo recaudado por las IPS del nivel 1 supera a lo facturado, debido a que, en ese año, las IPS recaudaron cartera de periodos anteriores.

Tabla 7- Atención a vinculados- Promedio facturado y recuperado ($MM)

Concepto	1997	1998	1999
Promedio facturado- Nivel 1	919	1,607	1,501
Promedio recaudado- Nivel 1	1,463	1,289	869
Porcentaje de recaudo- Nivel 1	159.2%	80.2%	57.9%
Promedio facturado- Nivel 2	1,414	1,647	2,183
Promedio recaudado- Nivel 2	527	683	1,499
Porcentaje de recaudo- Nivel 2	37.3%	41.5%	68.7%
Promedio facturado- Nivel 3	6,114	7,064	6,680
Promedio recaudado- Nivel 3	1,554	2,180	1,771
Porcentaje de recaudo- Nivel 3	25.4%	30.9%	25.6%
Promedio facturado- Total	2,257	2,483	2,534
Promedio recaudado- Total	1,137	1,206	1,245
Porcentaje de recaudo- Total	50.4%	48.6%	49.1%

Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado 2002

2.5.3 Análisis de antigüedad de cartera

El flujo de recursos entre los distintos actores que intervienen en el régimen subsidiado de salud (entes territoriales– ARS– IPS) es uno de los problemas que más inciden en los resultados y en la sosteniblidad del SGSSS. Los prestadores (IPS) afirman que las administradoras del régimen subsidiado (ESS, CCF, EPS) demoran demasiado el pago por los servicios de salud prestados y que esto genera dificultades financieras que limitan la posibilidad de actualización tecnológica, de ampliación de instalaciones, de mejoramiento de servicios, aumentan el riesgo en el manejo de la actividad, entraban las relaciones con su personal y sus proveedores, pueden restarle viabilidad a su operación y pueden producir desestímulo para atender a los afiliados al régimen subsidiado. La lentitud en el giro de recursos desestimula a las prestadoras, desfigura la esencia del sistema (aseguramiento de la salud) y explica el retiro de instituciones prestadoras del régimen subsidiado en detrimento del usuario, objeto final del sistema.

La falta de fluidez de los recursos, en especial en el régimen subsidiado, obliga a las IPS a adquirir créditos en el sistema financiero y a asumir costos por concepto de intereses, en detrimento de sus resultados (utilidades).

Parte del problema se debe a la baja capacidad de gestión de las IPS en su proceso de facturación y cobro, parte a la práctica de los entes territoriales de demorar el giro a las ARS para lograr rendimientos financieros que contribuyan a disminuir su problema fiscal y parte a la práctica de las ARS (EPS, CCF, ESS) de demorar el proceso de revisión, aprobación y pago de la facturación de las IPS para lograr rendimientos financieros y mejorar su rentabilidad. Por esto, las IPS deben establecer mejores estrategias de facturación y cobro y los entes de dirección y control del SGSSS deben diseñar mecanismos efectivos que agilicen el flujo de recursos del régimen subsidiado de los entes territoriales hacia las ARS y de éstas a las IPS.

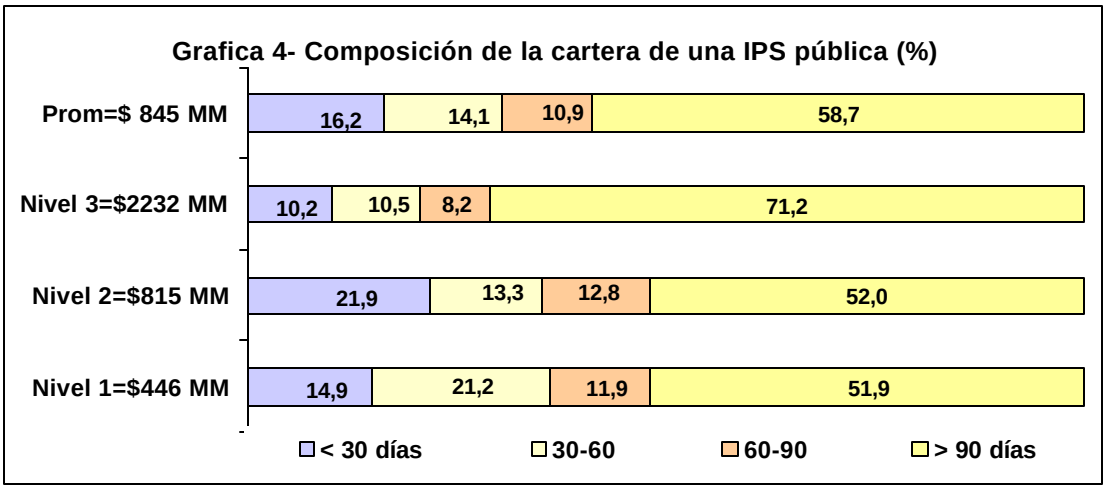
Para dimensionar el problema, a continuación se presenta el comportamiento de la rotación de cartera (periodo de cobro) por nivel de IPS y por tipo de ARS. La rotación de cartera (periodo de cobro) indica el número de días que se toman las ARS para cancelar sus compromisos con las IPS por concepto de servicios prestados a los afiliados al régimen subsidiado.

Para este análisis se toma la información suministrada por 60 IPS públicas sobre la antigüedad de su cartera a 2000. Aún cuando los datos tienen mes de corte diferente (junio a noviembre), esto no invalida las observaciones hechas al respecto. Las 60 IPS públicas reportan que 171 aseguradoras (109 ESS, 23 CCF, 18 DRS, 16 EPS y 5 convenios)[4] les adeudan por concepto de facturación de servicios de salud un total de $50697 millones, de los cuales $29784 millones, es decir el 58.7% tiene más de 90 días de vencida (este rango incluye deudas de periodos anteriores con una proporción significativa de cartera irrecuperable). La tabla 8 y la gráfica 4 muestran, por nivel, la composic ión de la cartera promedio de una IPS pública.

[4] ESS = Empresa Solidaria de Salud. CCF = Caja de Compensación Familiar. DRS = Dirección Regional (departamental o municipal) de Salud. EPS = Entidad Promotora de Salud. ARS = Administradora de Régimen Subsidiado. IPS = Institución Prestadora de Servicios de Salud.

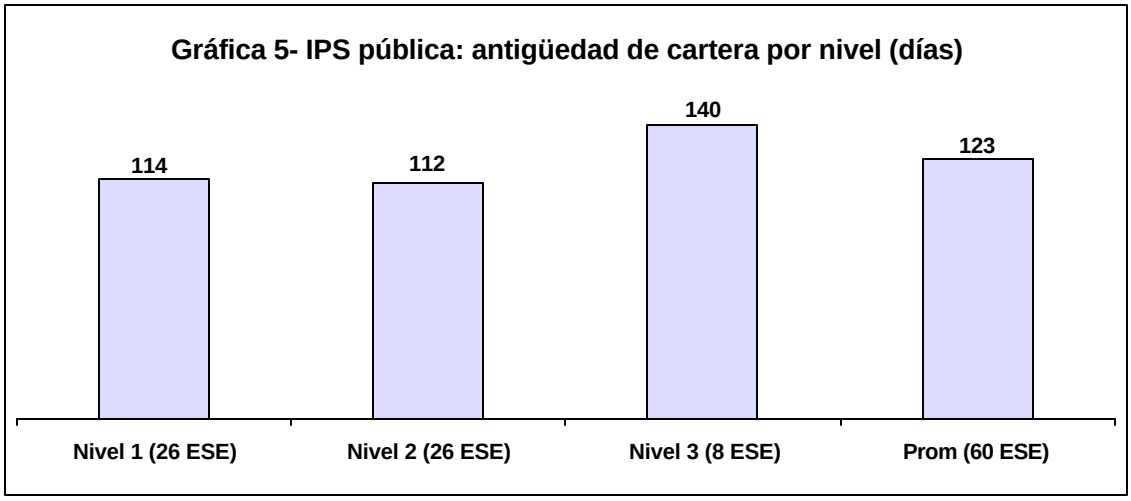
Tabla 8- IPS pública: análisis de antigüedad de cartera por nivel				
Días de vencimiento	**Nivel 1**	**Nivel 2**	**Nivel 3**	**Prom.gral**
Menos de 30 días	14.9%	21.9%	10.2%	16.2%
De 30 a 60 días	21.2%	13.3%	10.5%	14.1%
De 60 a 90 días	11.9%	12.8%	8.2%	11.0%
Más de 90 días	51.9%	52.0%	71.2%	58.7%
Promedio por IPS ($millones)= 100%	446.3	814.6	2231.6	845.0
Antigüedad promedio de cartera (días)	114	112	140	123
Número de IPS	26	26	8	60
Fuente: datos de cartera suministrados por 60 IPS públicas				

El mayor porcentaje de cartera corresponde al rango de más de 90 días, que incluye facturación de periodos anteriores, el cual asciende a 51.9% para las ESE del nivel 1, a 52% para el nivel 2, 71.2% para el nivel 3 y 58.7% a nivel promedio de las 60 IPS públicas que entregaron datos sobre antigüedad de cartera.



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado 2002

Con estos porcentajes se puede estimar la antigüedad promedio de la cartera mediante la suma de los porcentajes de cartera de cada rango de vencimiento multiplicado por los días promedio de cada rango. En este estudio se toman 15 días como promedio del primer rango (menos de 30 días), 45 para el segundo (de 30 a 60 días), 75 para el tercero (de 60 a 90 días) y 180 para el último (más de 90 días). Este promedio de 180 días puede considerarse bajo, dado que en ese rango hay cartera vencida, posiblemente irrecuperable, de periodos anteriores. La gráfica 5 muestra los resultados de este cálculo por nivel de IPS y promedio para las 60 IPS públicas analizadas.



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado 2002

En contra de lo esperado, las IPS de nivel 3, a pesar de contar con mayor capacidad de gestión, de negociación y de poder de presión sobre las aseguradoras (EPS, ESE, CCF, convenios) presentan la mayor antigüedad de cartera (mayor demora en recuperar su facturación). Los elevados promedios de antigüedad de cartera tienen incidencias negativas sobre la estructura financiera de las IPS y representan costos de oportunidad que deterioran la capacidad de inversión y la posibilidad de hacer rentable su operación.

Los datos de antigüedad de cartera de las 60 IPS públicas que entregaron datos al respecto permite estimar el tiempo que demoran las aseguradoras para pagar lo facturado por las IPS (ver tabla 9 y gráfica 6).

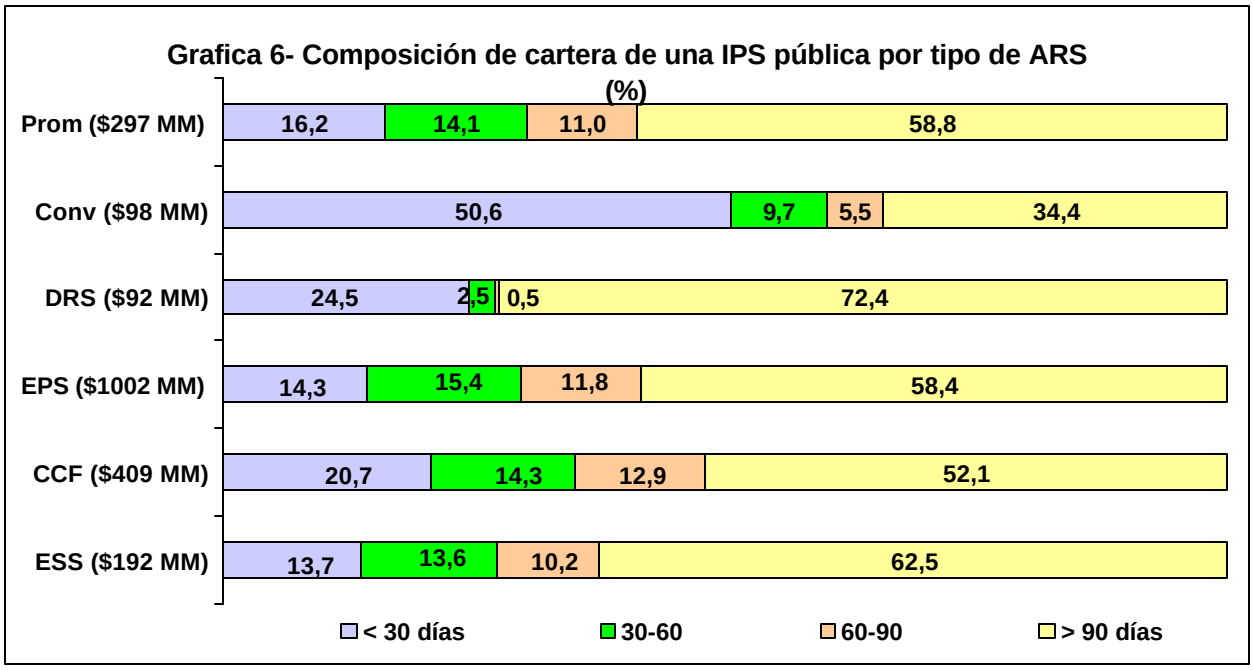
Tabla 9- Antigüedad de cartera de las IPS públicas por tipo de ARS (%)

Días de vencimiento	ESS	CCF	EPS	DRS	CONV	Tot.gral
Menos de 30 días	13.7%	20.7%	14.3%	24.5%	50.6%	16.2%
De 30 a 60 días	13.6%	14.3%	15.4%	2.5%	9.7%	14.1%
De 60 a 90 días	10.2%	12.9%	11.8%	0.5%	5.5%	11.0%
Más de 90 días	62.5%	52.1%	58.4%	72.4%	34.4%	58.8%
Total ($MM)=100%	192.1	408.9	1002.3	92.1	98.3	296.5
Periodo medio de pago	128	113	123	136	78	123
Número de ARS	109	23	16	18	5	171

Fuente: datos de cartera suministrados por 60 IPS públicas
ESS= Empresa Solidaria de Salud. CCF= Caja de Compensación Familiar. EPS= Entidad Promotora de Salud. DRS= Dirección Regional (departamental o municipal) de Salud. Conv= Convenio (entre CCF). ARS= Administradora de Régimen Subsidiado.

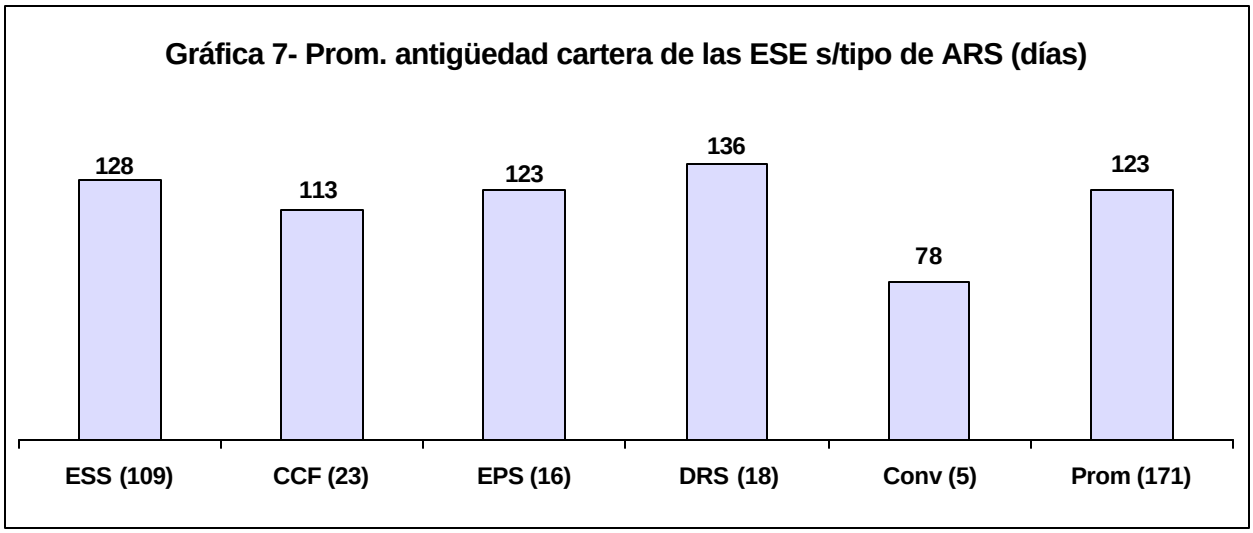
Las 171 aseguradoras que recibieron servicios de las 60 IPS públicas analizadas deben a éstas un total de $50697 millones, para un promedio por aseguradora de $297 millones. Este promedio es de $192 millones en el caso de las empresas solidarias de salud- ESS, de $409 millones por parte de las cajas de compensación familiar- CCF, de $1002 millones de las

entidades promotoras- EPS, $92 millones de las direcciones regionales de salud- DRS (departamentales y municipales) y de $98 millones de los convenios. En la gráfica 6 se puede observar la composición de esos montos por rango de vencimiento.



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado 2002

Con metodología similar, se determinó la antigüedad de las cuentas registradas por las IPS públicas pendientes de pago por parte de las aseguradoras (gráfica 7).

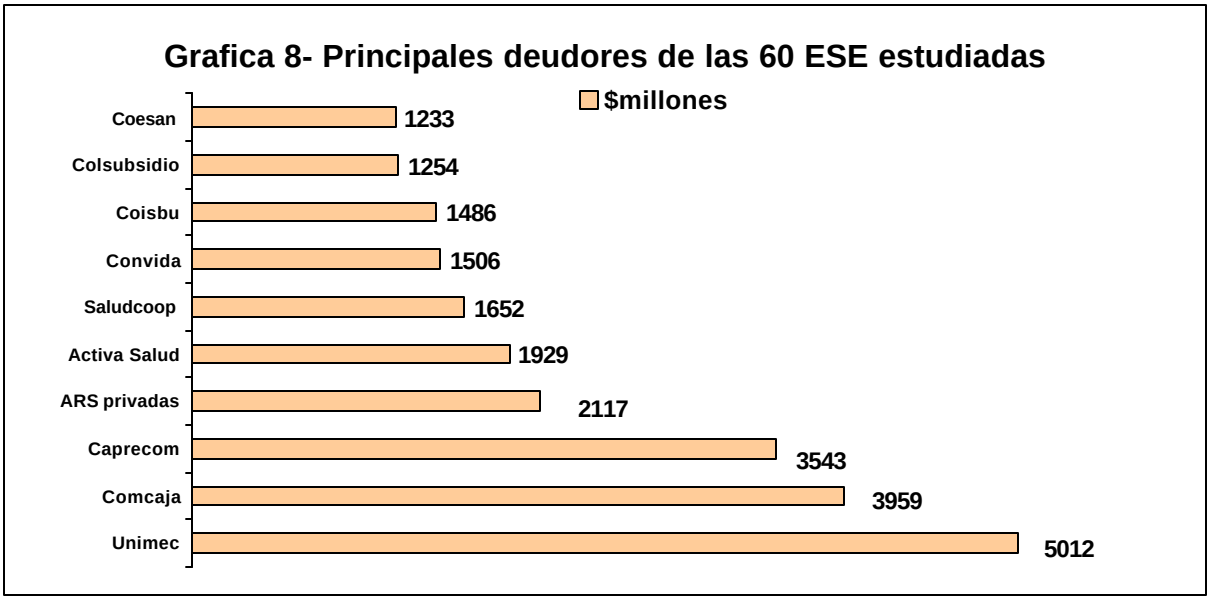


Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado 2002

Los datos suministrados por las 60 IPS públicas muestran que la mayor demora en el cobro se presenta cuando una IPS factura al servicio de salud regional (departamental o municipal),

con 136 días. Esta situación puede considerarse anormal, por cuanto la facturación debe hacerse con cargo a una aseguradora y no directamente al servicio regional de salud e indica que las IPS públicas que muestran esos valores desconocían la normatividad, lo que les puede significar la pérdida de lo facturado. La antigüedad promedio de las cuentas por cobrar a las otras aseguradoras es de 128 días (ESS), 123 días (EPS), 113 días (CCF) y 78 días (convenios). Esto refleja una débil gestión de cobro por parte de las ESE y una cultura de no pago por parte de las aseguradoras.

La tabla 10 relaciona las aseguradoras mencionadas como deudoras por las 60 IPS públicas que entregaron datos de cartera y la figura 8 destaca los diez mayores deudores de dichas IPS. Los tres mayores deudoras son Unimec ($5012 millones y 9.9% de la cartera total de las 60 IPS), Comcaja ($3959 millones y 7.8%) y Caprecom ($3543 millones y 7%). Esas tres aseguradoras acumulan el 25% de la cartera total relacionada por las IPS estudiadas.



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado 2002

Es necesario que las IPS mejoren sus procesos de facturación y su gestión de cobro y que los entes que regulan y controlan el SGSSS diseñen mecanismos efectivos para garantizar el pago oportuno de las aseguradoras a las IPS, a fin de evitar que las prestadoras de servicios, que son las que finalmente garantizan la salud de los afiliados, se vean forzadas a suspender sus operaciones por incapacidad para cubrir los compromisos con personal o sus proveedores o vean deteriorada su posibilidad de respuesta por atraso tecnológico derivado de su poca capacidad de inversión, debido a la cultura de no pago que demuestran los altos promedios de antigüedad de cartera de las IPS públicas incluidas en este análisis y de demora en el pago por parte de las aseguradoras.

2.6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

2.6.1 El contexto de las ARS

Los rasgos determinantes de las ARS, en el contexto de todas las EPS, y los hechos que marcan el desempeño actual del sector son:

- Las EPS privadas en el régimen contributivo depuraron su negocio y empiezan a equilibrar ingresos y gastos Alcanzando la masa crítica de afiliados, absorbiendo con eficacia sus gastos de administración y mejorando la gestión gerencial.
- Las sanciones a las EPS Publicas y el cierre de afiliaciones al ISS, así como el deterioro de los servicios de Cajanal, Caprecom provocaron un éxodo de afiliados.
- Las EPS privadas vivieron en el 99 una importante época en materia de afiliaciones alcanzando los 6.040.810 usuarios.
- Las EPS-ARS privadas consolidaron su presencia en el Régimen Subsidiado, aprendiendo a maximizar sus resultados, sobre todo por el logro de importantes utilidades en efectivo, gracias a una adecuada combinación entre las fortalezas y debilidades de los Regímenes Contributivo y el Subsidiado.
- Las EPS-ARS públicas han enfrentado en mejores condiciones la crisis general de las EPS públicas.
- La crisis y el incumplimiento de algunas EPS-ARS tales como son CAPRECOM y UNIMEC estimularon la cultura del "no pago" en los municipios e hicieron crecer la cartera territorial en todo el país.
- Cuando en el régimen subsidiado el margen operacional fue insuficiente, e incluso si se genero pérdida, el manejo financiero de las ARS con las utilidades en efectivo y la postergación de pagos permitió a muchas conseguir márgenes netos positivos o disminuir sensiblemente las pérdidas.
- Las Cajas de Compensación Familiar gracias a sus ventajas comparativas: recursos propios para el RS, IPS propias, selección libre de municipios en donde operar y múltiples negocios sociales y comerciales, resultaron ser el modelo mas exitoso en, la gestión del RS, y pese a la perdida operacional generada por el RS tuvieron una amplia compensación con el manejo financiero, logrando resultados netos positivos.
- Las ARS dejaron de ser el gran negocio y los incrementos en la demanda de servicios las han llevado en promedio a generar perdidas, siendo además obligadas, las ARS pequeñas, por el Decreto 1804 a conseguir un punto de equilibrio y reducción de costos por vía de las fusiones.
- La concentración en las ARS de usuarios con enfermedades de alto costo ha llevado a la inviabilidad de muchas ARS y puede llevar a todo el régimen a un estrangulamiento generalizado. El Régimen Subsidiado e no será viable aunque la UPC-S se reajuste de acuerdo a la inflación, si no se resuelve este problema.
- La deuda creciente de las ARS con las IPS tiende a hacer insostenible el sistema y ahogar por iliquidez a los prestadores públicos y privados.

- En general la salud dejó de ser un negocio de alto margen y poca rotación, para convertirse en una actividad de alta rotación y poco margen.

2.6.2 perspectivas generales de las ars.

A partir del análisis efectuado en las etapas anteriores, se puede evidenciar las perspectivas futuras que permitirán a ARS tomar decisiones estratégicas.

El Estado de Animo:

- En muchos casos los prestadores de servicios y los profesionales están de acuerdo en que las ARS generan empleo y nuevos recursos, pero en muchas otros casos hay descontento con el problema de la "intermediación" en parte por los precios poco remuneradores que se pagan en el mercado y sobre todo por las moras en los pagos, que traen como consecuencia un flujo financiero contrario, o costo de transacción no previsto, a cargo de los proveedores y a favor de los aseguradores.
- A pesar de los altibajos que se presentan por las propuestas de reglamentación del gobierno, cada vez la población afiliada se muestra mas satisfecha con la reforma que se hizo. Se valoran a las ARS, no importa si son públicas o privadas sino porque benefician a la comunidad.
- El informe de la OMS destaca la equidad contributiva y distributiva del sistema financiero de la salud en Colombia; a ese informe se suman los resultados positivos de las encuestas de acceso y satisfacción de los usuarios realizadas por Profamilia y de la defensoría del Pueblo.
- Las fuentes financieras nacionales del Régimen Subsidiado se han venido sustituyendo poco a poco por las fuentes de manejo territorial y por lo tanto la responsabilidad del sostenimiento del RS recae principalmente en los hombros de los Alcaldes y los Gobernadores.
- Preocupa el impacto negativo del Acto Legislativo 12 del 2000 que fuera aprobado en el Congreso, el cual podría disminuir en dos millones de usuarios pobres las perspectivas de nuevas afiliaciones en los próximos años, pese a la reactivación prevista de la economía.
- Los excesivos requisitos puestos por el FOSYGA en sus giros a las entidades territoriales, estimulan la cultura de la mora en las entidades territoriales afectando la liquidez de las ARS.
- La excesiva tramitología y la irresponsabilidad de los actores que generan las contrataciones tripartitas: departamento, municipio y ARS estimulan la falta de oportunidad en las transacciones y el flujo de los recursos.

Entre las preguntas claves están:

- ¿Cómo crecer sin perder el espacio ganado?
- ¿ Acaso la respuesta esta en los subsidios parciales?.

- ¿Como aliarse con los Alcaldes y garantizar la adecuada cantidad y fluidez de los recursos?.
- ¿Como resolver adecuadamente el flujo de recursos desde el FOSYGA y de las entidades territoriales hacia las ARS?.
- ¿Como recuperar la cartera con las entidades territoriales y efectuar los pagos oportunos evitando la iliquidez de los proveedores?.
- ¿Será que la simplificación en la contratación con entidades territoriales, eliminando los contratos tripartitos, permite un mejor control de las operaciones y disminuye la cartera?.
- ¿Como hacer alianzas estratégicas entre ARS que permitan las fusiones y las economías de costos, para garantizar un mejor aseguramiento?.
- ¿Como garantizar el reajuste de la UPC - S en proporción a la inflación y a la demanda de servicios en el Régimen Subsidiado?.
- ¿Como encontrarle una salida al manejo nacional de las enfermedades de alto costo?.
- ¿Podrán las ARS garantizar la financiación oportuna de los prestadores y proveedores otorgando anticipos y pagando intereses de mora a las IPS?.
- ¿En que proporción deberán las ARS recapitalizarse y / o endeudarse con el sistema financiero y / o disminuir sus utilidades en efectivo para responder con oportunidad a la financiación de los proveedores?.

2.7 HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES SOBRE EL FLUJO DE RECURSOS Y LAS ARS.

HALLAZGOS	RECOMENDACIONE
El Acto Legislativo 12 detiene el crecimiento de la principalfuente de expansión del R.S. , afectaría 2.4 millones de UPCs	Es necesario establecer un pari passu adecuado si subsiste al Acto Legislativo. 12 + reforzar esfuerzo propio
Hay una inequidad del 26.7% del Índice de Gini en la distribuciónregional del R.S. y no se estimula el esfuerzo local.	Los recursos de Solidaridad - FOSYGA de deben distribui 80% por numero de pobres y 20% por esfuerzo propio
Existe mucha dispersión en la gestión y en los flujosde recursos del R.S., favoreciendo desvíos y moras	Generar un sistema de pagador único descentralizado del R.S en el municipio.
Los recursos del FOSYGA son los que mas mora presentan estimulando la mora en los otros recursos	Sacar la cuenta del FOSYGA del Presupuesto Nacional Girar sin requisitos (Ver Proyecto de Decreto)
Los I.C.N de salud se manejan en forma no diferenciada en el Presupuesto Municipal y se giran a la Tesorería General	Los I.C.N se deben girar a los Fondos locales de salud y se deben presupuestar por separado en el fondo local de salud
El Situado Fiscal y los recursos del FOSYGA se manejan en	El Situado Fiscal y el FOSYGA se debe girar a los

HALLAZGOS	RECOMENDACIONE
un fondo común departamental para Municipios. No certificados	Fondos Locales en todos los casos
Los recursos del R.S. no tienen manejo presupuestal diferenciado. Lo cual facilita el desvió y dificulta el control	Solo los municipios que reporten adecuado manejo presupuestal y de caja podrán recibir recursos para ampliación de cobertura.
Los contratos tripartitos crean dificultades de gestión, generan indefinición de responsabilidad y desestimulan esfuerzo local	Se deben suprimir los contratos tripartitos y fortalecer la I.V.C deptal. sobre los contratos Mcipio-ARS.
Los Departamentos son juez y parte en la administración del R.S.	Los Dptos. deben hacerse cargo de la I.V.C del RS, responder por la red publica de servicios y los vinculados
El FOSYGA y las Entidades Territoriales se ven estimuladas a obtener rentabilidad de los recursos postergando el giro a las ARS	Las Entidades Territoriales deben pagar anticipos e intereses de mora obligatorios e irrenunciables a las ARS
Las ARS se ven estimuladas a obtener rentabilidad con los recursos del R.S postergando pagos a las IPS	Las ARS deben entregar anticipos del 70% a las IPS y pagar intereses de mora obligatorios e irrenunciables
Todas las ARS generaron perdida operacional en el año 1999 por lo cual la UPC-S es insuficiente	Ajustar la UPC-S hasta un nivel que haga viable la operación del R.S.
El R.S. esta concentrando los riesgos de enfermedades de alto costo, incluyendo a los " Vinculados" lo cual lo hace inviable	Se debe crear un Fondo - Cuenta - Póliza que garantice la cobertura del alto costo para toda la población.
Las ARS no tienen capital suficiente para absorber el riesgo financiero y pagar oportunamente a las IPS	Las ARS se deben capitalizar teniendo en cuenta su cobertura y su capacidad de pago oportuno.
Los sistemas de contratación y pago de las ARS a las IPS estimulan el incremento de los costos y las dificultades de auditoria	Se deben estimular los sistemas de contratación por capitación parcial y por paquete
La Supersalud necesita otras herramientas para presionar la eficiencia de las ARS	La Supersalud debería poder exigir recapitalizaciones, GSSF y sanciones por el no pago de anticipos e intereses moratorios

2.8 ANEXO

PROYECTO DE DECRETO

2.8.1 EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Universidad Nacional – CID en desarrollo del convenio con el Programa de Apoyo a la Reforma del Ministerio de Salud, proyecto "Evaluación del Régimen Subsidiado", presenta a su consideración un proyecto de Decreto que pretende simplificar y agilizar el flujo de los recursos del Régimen Subsidiado de Salud.

Problemas.

El Proyecto de "Evaluación del Régimen Subsidiado –RS-" ha encontrado los siguiente problemas que entraban el flujo de los recursos:

Existe una gran dispersión de fuentes de recursos del RS y no existe un sistema de concentración de recursos que permita responder con oportunidad al pago de las ARS.

No existe control presupuestal de los recursos del RS pues unos se manejan mezclados con otros en los municipios y una gran parte, en el 43% de los casos, en una bolsa común de los departamentos y no es posible hacer seguimiento de la ejecución particular de cada municipio.

El 82% de los municipios ha creado los Fondos Locales y Distritales de Salud a raíz de la ley 10 de 1990 pero no los utiliza, en todas las fuentes y casos, para canalizar la financiación del Régimen Subsidiado.

Los Ingresos corrientes de la nación, que financian el 40% del RS se giran al municipio con oportunidad pero llegan a la tesorería general y se confunden con los fondos comunes de la administración local, favoreciendo moras y desvíos.

Los giros del FOSYGA que financia el 35% del RS y del situado fiscal que financia el 15% del RS tienen moras en los giros hasta de 270 días, debido a los prerrequisitos extremos para su desembolso, induciendo la mora de otros recursos y haciendo escalas innecesarias en los fondos seccionales de salud en el 43% de los casos (para municipios no certificados).

Se ha encontrado que cuando el Régimen Subsidiado esta manejado directamente por los municipios y las ARS en contratos bipartitos(57% de los casos), existe mejor control presupuestal y de caja; las moras y las deudas son menos pronunciadas, y se estimula mas el esfuerzo local (10% de la financiación); que cuando la administración del RS se comparte en forma tripartita entre el municipio, el departamento y las ARS. Para el manejo autónomo del RS la ley 100/93 no exige "certificación" previa.

Las ARS han llegado a acumular hasta 150 días en cuentas por cobrar a departamentos y municipios y 270 días en cuentas por pagar a los hospitales creando una gran distorsión.

Las soluciones:

En consecuencia las soluciones que se han encontrado, reguladas por el decreto que se anexa, son:

Convertir los Fondos Municipales y Distritales en concentradores generales de todos los recursos del RS y en los únicos responsables financieros ante las ARS.

Los Fondos Locales de Salud crearan, si no las tienen, cuentas especiales para el manejo del RS, pagando a las ARS con unidad de caja, y presupuestando en forma separada todos los recursos que se ejecutan en el municipio.

Se eliminan, entonces, los contratos tripartitos ARS-Departamento-Municipio, no obstante se deja abierta la puerta para el tratamiento de casos especiales, mediante mutuo acuerdo.

Se elimina todos los prerrequisitos para el giro de los recursos del FOSYGA, cuenta de solidaridad, y de situado fiscal convertido, los cuales se transferirán a los Fondos Locales de Salud según distribución del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El FOSYGA y la DGS cambiará el control previo por el control posterior y exigirá requisitos de información a los municipios para incentivar en lo sucesivo a los municipios que hagan esfuerzo propio en la financiación del RS y sean cumplidos en el pago a las ARS.

Se suprimen los contratos anuales municipio-ARS y se establecen convenios permanente sometidos a un proceso bimensual de compensación y pago con base a las novedades por población afiliada.

Se establece un sistema de unidad de caja, anticipos e intereses de mora obligatorios e irrenunciables para regular las relaciones financieras entre entidades territoriales- ARS e IPS.

2.8.2 LAS NORMAS SOBRE FLUJO DE RECURSOS EN LA LEY 715 DEL 21 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2001.

El debate de cómo simplificar ,unificar ,agilizar y controlar mejor el flujo de recursos tenia tres alternativas:

Crear un Fondo Nacional que manejara en forma centralizada los recurso.

Reactivar las denominadas EPS Transitorias en manos d elos departamentos.

Crear un sistema de pagador único descentralizado en los municipios.

Luego de un intenso debate sobre estas posiciones el estudio de la Universidad Nacional optó por la tercera posición y esta fue asumida integramente por el DNP y se reflejo en el diseño de la ley 715 del 2001.

Puede concluirse entonces que las normas de "simplificación y agilización de giros" así como las reglas de "control interno" de las transferencias establecidas por la ley orgánica de competencias y recursos fueron asumidas por el Gobierno y el Congreso con base a la propuesta del proyecto de la Universidad Nacional especialmente en lo que se refiere a la Distribución Territorial de competencias sobre Régimen Subsidiado, forma del giro de los recursos desde el nivel nacional hacia las entidades territoriales, a su manejo mediante los fondos locales (municipales) de salud y a su IVC por medio de los Departamentos.

No obstante otras propuestas de la Universidad Nacional sobre flujo de recursos entre las Direcciones Locales, las ARS y las IPS aun no han sido incorporadas por las normas, pero si se exigió al gobierno su reglamentación en los próximos seis meses.

Sobre la descentralización de competencias la LEY 715 DE 2001 de Diciembre 21 del 2001 preciso que:

Para los departamentos:

Artículo 43. Competencias de los departamentos en salud. Sin perjuicio de las

competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

Comentario

Este articulo, acogiendo una propuesta de la Universidad Nacional, quita a los departamentos las funciones administrativas sobre el régimen subsidiado pero les otorga funciones generales de dirección, coordinación y vigilancia.

43.1.4. Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.

Comentario

Este numeral precisa que los departamentos deberán vigilar los recaudos y la aplicación de los recursos que hacen los municipios. De otra parte solo autoriza a los departamentos para

administrar sus recursos propios en los fondos seccionales de salud, eliminado cualquier ingerencia sobre la administración de los recursos del Régimen Subsidiado.

43.1.5. Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar e l logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.

Comentario

Este numeral precisa que los departamentos deberán vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y las normas técnicas, científicas y administrativas por parte de los municipios. Quiere decir esto que los departamentos vigilan la aplicación de las normas de control interno en los municipios y adquieren capacidad sancionatoria sobre los funcionarios municipales.

43.1.7. Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.

Comentario

Este numeral asigna a los departamentos la función de promoción para establecer el control social de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud. (recuérdese que la nación quedo facultada regular por decreto ordinario los mecanismos y estrategias de participación y control social)

43.4.1. 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.

Comentario

Este numeral en forma mas explicita asigna a los departamentos funciones integrales de vigilancia y control de los Departamentos sobre el Régimen Subsidiado.

Para los municipios:

Artículo 44. Competencias de los municipios. Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:

Comentario

Este articulo atribuye a los municipios funciones de dirección y coordinación del Régimen Subsidiado.

44.2. De aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

44.2.1. Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.

Comentario

Este numeral precisa que entre las funciones de aseguramiento corresponde a los municipios financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado y ejecutar los recursos. Lo más notorio es que del ejercicio de estas funciones fueron excluidos los Departamentos haciendo del Régimen Subsidiado un sistema totalmente municipalizado en su manejo financiero y contractual.

44.2.2. Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.

Comentario

Este numeral precisa que entre las funciones de aseguramiento corresponde a los municipios manejar el SISBEN.

44.2.3. Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.

Comentario

Este numeral precisa que entre las funciones de aseguramiento corresponde a los municipios realizar los contratos de afiliación al Régimen Subsidiado con las ARS y ejecutar los recursos. Lo mas notorio es que del ejercicio de estas funciones fueron excluidos los Departamentos haciendo del Régimen Subsidiado un sistema totalmente municipalizado en su manejo contractual, eliminado los llamados “contratos tripartitos”, según propuesta explicita del Proyecto de la Universidad Nacional.

Artículo 55. Dirección y prestación de los servicios de salud. En la dirección y prestación de los servicios de salud, por parte de los departamentos, distritos y municipios, deberán observarse las siguientes reglas:

55.1. Adecuar y orientar su estructura administrativa, técnica y de gestión, para el ejercicio de las competencias asignadas, que deberán cumplirse con recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud y con recursos propios, y

Comentario

Este articulo en este numeral autoriza y exige a las entidades territoriales a crear o a reestructurar sus secretarias locales y seccionales de salud.

55.2. Disponer de un sistema que genere información periódica sobre el manejo presupuestal y contable de los recursos destinados a salud.

Comentario

Este articulo en este numeral autoriza y exige a las entidades territoriales a crear o a reestructurar sus sistemas de información financiera y manejo presupuestal de los recursos de salud.

Artículo 60. Financiación de las direcciones territoriales de salud. Los gastos de funcionamiento de las dependencias y organismos de dirección de los departamentos, distritos y municipios podrán financiarse con sus ingresos corrientes de libre destinación y podrán destinar hasta un 25% de las rentas cedidas para tal fin. No menos del veinte por ciento (20%) del monto de las rentas cedidas que se destinen a gastos de funcionamiento, podrán financiar las funciones de asesoría y asistencia técnica, inspección, vigilancia y control del Régimen Subsidiado y salud pública, de acuerdo con las competencias establecidas en el artículo 44 de la presente ley. En caso de no acreditar la capacidad técnica establecida o que sus resultados no sean satisfactorios, según evaluación y supervisión realizada por la Superintendencia Nacional de Salud, el Departamento contratará dichos procesos con entidades externas.

Se excluyen de lo dispuesto en este artículo los departamentos de Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés y Vichada, los cuales se rigen por lo dispuesto en el artículo 59.

En ningún caso se podrá financiar gastos de funcionamiento con recursos provenientes del Sistema General de Participaciones.

Comentario

Este articulo autoriza la financiación de las secretarias de salud con el 25% de las rentas cedidas e incluso autoriza explícitamente que al menos el 20% se destine a cumplir las funciones de asistencia técnica e I.V.C..

Artículo 111. Facultades extraordinarias. Concédase precisas facultades extraordinarias al Presidente de la República por el término de seis (6) meses, para:

111.1. Organizar un sistema de inspección, vigilancia y control, adaptable a distintos tipos de instituciones y regiones, que permita atender situaciones especiales. Para tal fin, se podrán crear los organismos necesarios.

Comentario

Estas facultades extraordinarias podrían ser utilizadas para establecer un marco regulatorio que oriente la forma como deben operar las Direcciones Seccionales y Locales salud así como para la creación de los instrumentos que pueden ser utilizados

Sobre el tema los hallazgos y las propuestas del componente Financiero de la Universidad Nacional fueron las siguientes:

Primer Hallazgo:

El Modelo de Manejo Departamental del Régimen Subsidiado de Salud, mediante contratos tripartitos para Municipios no Certificados es el mas ineficiente: con deudas y moras mas altas

Primera Recomendación

Eliminar el sistema de contratación tripartita, entregar toda la contratación del aseguramiento a los municipios y reservar para el departamento el papel de Inspección, Vigilancia y Control de Régimen Subsidiado

Séptimo Hallazgo

Los recursos del situado fiscal y del Fosyga se manejan en un fondo común departamental para los municipios no certificados. Los departamentos se convierten en Juez y Parte en su administración y se ven estimulados a obtener rentabilidad de esos recursos.

Séptima Propuesta

Los recursos del situado fiscal, convertido a demanda, y los recursos del Fosyga se deben girar directamente a los Fondos Locales de Salud; los departamentos no deben coadministrar los recursos pero si ejercer IVC sobre su utilización.

Sobre el manejo de los recursos del Régimen Subsidiado únicamente mediante los Fondos Locales de Salud la ley orgánica dijo:

Artículo 57. Fondos de Salud. Las entidades territoriales, para la administración y manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones y de todos los demás recursos destinados al sector salud, deberán organizar un fondo departamental, distrital o municipal de salud, según el caso, que se manejará como una cuenta especial de su presupuesto, separada de las demás rentas de la entidad territorial y con unidad de caja al interior del mismo, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. En ningún caso, los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial. ....

....A los fondos departamentales, Distritales o municipales de salud deberán girarse todas las rentas nacionales cedidas o transferidas con destinación específica para salud, los recursos libremente asignados para la salud por el ente territorial, la totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial respectivo que tengan esta destinación, los recursos provenientes de cofinanciación destinados a salud, y en general los destinados a salud, que deban ser ejecutados por la entidad territorial.

Parágrafo 2°. Sólo se podrán realizar giros del Sistema General de Participaciones a los fondos de salud.

Comentario

Esta disposición impedirá que las transferencias de salud hacia los municipios se giren a los fondos comunes, tal como venia ocurriendo, con lo cual se estaba favoreciendo su desviación, su embargo, la apropiacón de sus rendimientos y su retención indebida.

Además, como el articulo 44 de la ley 715 del 2001 prevé que solo el municipio puede administrar y contratar los recursos del Régimen Subsidiado entonces los giros con este destino solo se podrán hacer a los municipios, excluyendo a los departamentos (excepto para el caso de los nuevos departamentos).

Es de recordar que estas normas ya habían sido establecidas por las Leyes 10/90, 60/93 y 100/93 y específicamente la Supersalud regulo el Control Interno municipal y seccional de los recursos de salud – C. E. Nro.007 del 18 de Marzo de 1996.

Esta circular tuvo como objetivo orientar a las autoridades municipales sobre las normas de "control interno" para la administración, distribución y aplicación que deben tener en cuenta en la ejecución de los recursos que tienen destinación específica para salud, de acuerdo a las directrices y criterios adoptados por la ley. Sin embargo nunca se cumplió.

Sobre el tema los hallazgos y las propuestas del componente Financiero de la Universidad Nacional fueron las siguientes:

Quinto Hallazgo

Existe mucha dispersión en la gestión y en los flujos de recursos, favoreciendo desvíos y moras.

Propuesta Quinta

Crear un sistema de pagador único descentralizado en Régimen Subsidiado en el Municipio, lo cual estimula el esfuerzo propio y la oportunidad en los pagos.

Sexto Hallazgo

Los recursos de los ICN de salud se manejan en forma no diferenciada en el presupuesto municipal y se giran a la tesorería general del municipio.

Propuesta sexta.

Los ICN se deben girar directamente a los Fondos Locales de Salud y se deben presupuestar por separado, haciendo unidad de caja solo con los recursos de salud.

El Proyecto de Decreto de Flujos dijo:

ARTICULO PRIMERO. Incorporación presupuestal de los recursos. Los municipios y distritos deberán incorporar al presupuesto, en forma separada de los demás recursos los destinados a salud, que serán manejados a través de los Fondos Locales o Distritales de Salud. En un anexo, el cual debe ser parte integral del presupuesto general del municipio o distrito, se especificarán las diferentes fuentes de recursos destinados o que libremente se destinen y el monto de las apropiaciones para salud, en subcuentas independientes, según su destinación así:

- Financiación del régimen de subsidios en salud.
- Valores destinados a la promoción y el fomento de la Salud.
- Valores destinados para la atención en salud de la población "vinculada" y los eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

- Valores destinados al pago de los aportes patronales correspondientes a cesantías, cotizaciones para salud y reservas pensionales. Si proceden del Situado Fiscal - Aportes Patronales se causarán "Sin Situación de Fondos"

- Valores destinados a otros gastos en salud diferentes a los ya enunciados.

ARTICULO SEXTO. Transferencia de los subsidios a la demanda financiados con Situado Fiscal y Fosyga. Los recursos que financian el régimen subsidiado de salud establecidos en los artículos 214 y 221 de la ley 100 de 1993, se girarán directamente a las cuentas especiales de los fondos locales y distritales de salud destinadas al manejo de los recursos del régimen subsidiado de salud, según lo previsto en los parágrafos primeros de los artículos 214 y 221 de la mencionada ley.

Sobre la IVC de los recursos del Régimen Subsidiado mediante los Fondos Locales de salud la ley orgánica dijo:

Artículo 57. Fondos de Salud.

...El manejo contable de los fondos de salud debe regirse por las disposiciones que en tal sentido expida la Contaduría General de la Nación....

Artículo 57. Fondos de Salud.

Parágrafo 1°. Para vigilar y controlar el recaudo y adecuada destinación de los ingresos del Fondo de Salud, la Contraloría General de la República deberá exigir la información necesaria a las entidades territoriales y demás entes, organismos y dependencias que generen, recauden o capten recursos destinados a la salud.

El control y vigilancia de la generación, flujo y aplicación de los recursos destinados a la salud está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y se tendrá como control ciudadano en la participación en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con voz pero sin voto. El Gobierno reglamentará la materia.

Comentario

La reglamentación y vigilancia de estos fondos locales quedara compartida entre el Ministerio de Salud (Gobierno Nacional), la Supersalud, el CNSSS, la Contaduría General de la nación y la Contraloría General de la Republica.

Sobre el tema las propuestas en el Proyecto de Decreto de Flujos fue el siguiente del componente Financiero de la Universidad Nacional fueron las siguientes:

ARTICULO SEGUNDO Las Contralorías Departamentales certificarán ante el Ministerio de Salud la constitución de los Fondos Locales y Distritales de salud, así como las cuentas

presupuestales y contables para su manejo diferenciado. Los municipios acreditarán ante la Dirección del Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público la cuenta bancaria especial para recibir el giro de estos recursos.

Aquellos Fondos Locales y Distritales de Salud que tengan acreditada la cuenta para el giro del Situado Fiscal, pueden utilizarla para recibir el 25% de las participaciones destinadas al sector salud.

Sobre el calculo del valor global de las participaciones de las entidades territoriales para salud.

Al respecto la Ley 715 del 21 de diciembre de 2001 dice:

Artículo 53. Transferencias de los recursos. La apropiación de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud se hará sobre la base del 100% del aforo que aparezca en la Ley de Presupuesto.....

Artículo 64. Giro de los recursos. Sobre la base del 100% del aforo que aparezca en la ley anual de presupuesto se determinará el programa anual de caja, en el cual se establecerán los giros mensuales correspondientes a la participación para salud.

Comentario

Con estas disposiciones el sector salud y en general el sistema de participaciones territoriales pierde la posibilidad de participar en el denominado "reaforo" que permitía recibir recursos adicionales cuando el recaudo de ingresos corrientes era superior al presupuesto original.

Sobre el tema las propuestas del proyecto de Decreto de Flujos Financieros del componente Financiero de la Universidad Nacional fueron las siguientes:

ARTICULO SEPTIMO. Periodicidad de los giros del Situado Fiscal. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público girará en los cinco últimos días de cada mes, previa solicitud del Ministerio de Salud, en forma directa a las cuentas especiales de los Fondos Locales o Distritales de Salud, los recursos del situado fiscal convertido a subsidios a la demanda, de acuerdo a lo previsto en el artículo 20 de la ley 344 de 1996, de acuerdo al plan de transformación de subsidios de oferta en demanda debidamente aprobado para cada departamento.

Sobre el giro de las transferencias de recursos desde el nivel nacional hacia las entidades territoriales-

Artículo 53 .....Los giros se deberán efectuar en los diez (10) primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia, a los fondos que para el efecto deben crear y organizar las entidades territoriales....

Artículo 64. Giro de los recursos. Sobre la base del 100% del aforo que aparezca en la ley anual de presupuesto se determinará el programa anual de caja, en el cual se establecerán los giros mensuales correspondientes a la participación para salud.

Los giros deberán efectuarse en los diez (10) primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia, para tal efecto se aforará la participación para salud del Sistema General de participaciones en la ley anual de presupuesto, hasta por el monto que se girará en la respectiva vigencia.

Comentario.

Con estas disposiciones se elimina una mora de 35 días en la transferencia de recursos a las entidades territoriales, que como se sabe se estaba haciendo en los primeros 15 días por bimestre vencido. Esta reducción deberá reflejarse en los giros de los Municipios hacia las ARS y de estas a los hospitales.

Sobre el tema las propuestas del proyecto de Decreto de Flujos Financieros del componente Financiero de la Universidad Nacional fueron las siguientes:

ARTICULO SEPTIMO. Periodicidad de los giros del Situado Fiscal. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público girará en los cinco últimos días de cada mes, previa solicitud del Ministerio de Salud, en forma directa a las cuentas especiales de los Fondos Locales o Distritales de Salud, los recursos del situado fiscal convertido a subsidios a la demanda, de acuerdo a lo previsto en el artículo 20 de la ley 344 de 1996, de acuerdo al plan de transformación de subsidios de oferta en demanda debidamente aprobado para cada departamento.

Artículo 53. ....Los giros correspondientes a los aportes patronales se harán directamente a la entidad u organismo que administra las pensiones, cesantías, salud y riesgos profesionales del sector salud de las entidades territoriales, en la forma y oportunidad que señale el reglamento.

Comentario

....Con esta norma se mantiene el sistema creado por la antigua ley 60 de 1993 para el denominado situado fiscal prestación y su giro sin situación de fondos.

Sobre la gestión de recursos en forma separada y con unidad de caja en los fondos locales de salud.

Artículo 57. Fondos de Salud. ....En ningún caso, los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial. ...

...Los recursos del régimen subsidiado no podrán hacer unidad de caja con ningún otro recurso.....

Artículo 91. Prohibición de la Unidad de caja. Los recursos del Sistema General de Participaciones no harán Unidad de caja con los demás recursos del presupuesto y su administración deberá realizarse en cuentas separadas de los recursos de la entidad y por sectores. Igualmente, por su destinación social constitucional, estos recursos no pueden ser sujetos de embargo, titularización u otra clase de disposición financiera.

Los rendimientos financieros de los recursos del sistema general de participaciones que se generen una vez entregados a la entidad territorial, se invertirán en el mismo sector para el cual fueron transferidos. En el caso de la participación para educación se invertirán en mejoramiento de la calidad.

Comentario

Estas disposiciones prohíben en forma especifica que los recursos de salud se mezclen con otros recursos municipales evitando desvíos, embargos, estímulos perversos a su retención indebida y a la asignación de rendimientos a otros programas

Sobre el tema las propuestas en el Decreto de Flujos Financieros del componente Financiero de la Universidad Nacional fueron las siguientes:

ARTICULO PRIMERO. Incorporación presupuestal de los recursos. Los municipios y distritos deberán incorporar al presupuesto, en forma separada de los demás recursos los destinados a salud, que serán manejados a través de los Fondos Locales o Distritales de Salud. En un anexo, el cual debe ser parte integral del presupuesto general del municipio o distrito, se especificarán las diferentes fuentes de recursos destinados o que libremente se destinen y el monto de las apropiaciones para salud, en subcuentas independientes, según su destinación así:

ARTICULO QUINTO. Giro de las participaciones municipales en los ICN de salud. El 25% de las participaciones de los municipios y distritos en los ingresos corrientes de la nación asignadas salud, de que tratan los numerales segundos de los artículos 21 y 22 de la ley 60, se girarán, con la misma periodicidad prevista en el parágrafo 3º del artículo 24 de dicha ley, en forma separada de las demás participaciones para inversión social, a los Fondos Locales y Distritales de Salud, previstos en el articulo 13 de la ley 10 de 1990, reglamentado mediante el Decreto 1893 de 1994 y el decreto 111 de 1996 o Estatuto Orgánico del presupuesto.

ARTICULO SEXTO. Transferencia de los subsidios a la demanda financiados con Situado Fiscal y Fosyga. Los recursos que financian el régimen subsidiado de salud establecidos en los artículos 214 y 221 de la ley 100 de 1993, se girarán directamente a las cuentas especiales de los fondos locales y distritales de salud destinadas al manejo de los recursos del régimen subsidiado de salud, según lo previsto en los parágrafos primeros de los artículos 214 y 221 de la mencionada ley.

Sobre el flujo de recursos hacia las ARS e IPS.

Artículo 107. Flujo de recursos. El Gobierno Nacional deberá adoptar en los seis meses siguientes a la vigencia de la presente ley, los mecanismos jurídicos y técnicos conducentes a la optimización del flujo financiero de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud que prevengan o impidan su desviación, indebida apropiación o retención por parte de cualquiera de los actores partícipes o intermediarios del sistema.

Comentario.

La ley organiza no entro a regular los flujos de recursos entre los Fondos Locales y seccionales y las ARS e IPS, tal como lo proponía el proyecto de la Universidad Nacional, pero si exigió que en los próximos seis meses se expida esta reglamentación.

Sobre el tema las propuestas del componente Financiero de la Universidad Nacional en el Proyecto de Decreto fueron las siguientes:

ARTICULO DECIMO. Los pagos a las ARS. Las Direcciones Locales y Distritales de Salud pagarán el valor de los contratos de aseguramiento a las administradoras del régimen subsidiado ARS los cinco (5) primeros días de cada bimestre, en un 90%, sin exigir otros requisitos distintos a las pólizas de garantía de cumplimiento. El 10% del valor de cada bimestre se pagará en forma vencida, en un plazo máximo de treinta días, una vez sean radicadas las novedades causadas en el periodo correspondiente.

PARÁGRAFO 1. Para garantizar la oportunidad en los pagos los municipios y distritos manejarán los recursos de los fondos locales y distritales de salud con unidad de caja, de acuerdo a lo previsto en el articulo 13 de la ley 10 de 1990 y por lo tanto los pagos se harán con bs recursos líquidos disponibles independientemente de la fuente de recaudo. En caso de mora los municipios y distritos pagarán a las ARS intereses de mora obligatorios e irrenunciables, iguales a los señalados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para las moras en los pagos de los impuestos sobre la renta y complementarios.

ARTICULO DECIMO SEGUNDO. Los pagos a las IPS. Cuando se trate de contratos de prestación de servicios de salud con la modalidad de capitación, las Administradoras del Régimen Subsidiado pagarán dentro de los diez (10) primeros días de cada bimestre, a las Instituciones prestadoras de salud el equivalentes al 70% de los servicios contratados en ese

período; y el 30% restante se pagará una vez se haya producido la aprobación final de cada factura, después de la revisión, de acuerdo a lo previsto en los numerales 3º y 4º del Decreto 723 de 1997, y en el artículo 8o del Decreto 046 del año 2000,

Cuando se trate de contratación de servicios de salud por la modalidad de evento, las ARS deberán cancelar como mínimo el 70% de la cuenta a más tardar dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la presentación de la factura y el saldo, dentro de los 10 días siguientes a la aprobación final de la factura.

3 TRANSFORMACIÓN DE SUBSIDIOS DE OFERTA A DEMANDA

Raúl Ernesto Cárdenas Tamayo
Investigador Universidad Nacional de Colombia

3.1 INTRODUCCIÓN

Garantizar el derecho a la salud de todos lo ciudadanos debe ser el objeto principal del sistema de salud colombiano, por lo cual la evaluación de las políticas públicas del sector salud y en particular aquella que se refiere a la evaluación de subsidios de oferta y/o demanda debe realizarse dentro de este marco. En un esquema como el colombiano, en el que conviven la utilización de subsidios de oferta y subsidios a la demanda en salud para pobres, se ponen en evidencia problemas de elección pública relacionados con eficiencia v/s justicia, al mismo tiempo que aparecen tensiones en los tipos de arreglos de la estructura institucional bajo la cual opera cada tipo de programa. [5]

En la operación del Régimen Subsidiado confluyen actores públicos, privados y sociales, distribuidos en los tres ordenes territoriales, y los cuales de acuerdo a sus funciones e intereses reclaman para si derechos de diversa índole. La operalización de los subsidios a la demanda en el caso colombiano invoca el mercado como estrategia de operación, valiéndose de entre otros instrumentos, del aseguramiento para el manejo del riesgo. Se pretende en este esquema de lo que se ha llamado la competencia regulada, llevar el derecho a la salud a la población más pobre a través de la inserción como consumidores en el mercado, pero a su vez, aunque con algunas limitaciones, garantizar los derechos o libertades económicas de los actores privados que entran en el sistema, igualmente aparece una normatividad existente o marco legal bajo el cual opera el funcionamiento del estado como ente regulador.

Finalmente, debemos poder responder a preguntas relacionadas con aspectos puntuales de la política pública en salud para los más pobres ¿Qué tan conveniente es continuar con el proceso de transformación de subsidios de oferta a demanda? Y aún más ¿Que tan conveniente resulta continuar con el régimen subsidiado en las actuales condiciones? Se sostiene en el desarrollo de este trabajo, que la posibilidad de llevar a cabo una total transformación de los recursos de oferta a demanda, dependerá de que el llamado en Colombia sistema de oferta, siga o no siendo indispensable bajo condiciones especificas para garantizar el acceso y la oportunidad a la salud de una gran parte de la población colombiana. Esto implica incorporar en el análisis aspectos relacionados con cobertura mediante subsidios de demanda, población vinculada, problemas de identificación y dificultades en la focalización, para lo cual se recurre la mayoría de las veces a los resultados y conclusiones obtenidas con anterioridad dentro del proyecto de evaluación del régimen subsidiado en salud ejecutado por la Universidad Nacional de Colombia,

[5] Subyacen en este análisis, discusiones sobre las funciones atribuidas al estado en tanto proveedor o regulador de servicios.

y del cual este estudio hace parte. Igualmente se tienen en cuenta fuentes secundarias y otros estudios en esta vía.

A pesar de que este documento fue realizado con anterioridad a la promulgación de la ley 715 de 2001, esta nueva versión incorpora los elementos más relevantes a tener en cuenta, bajo estos nuevos preceptos. Respecto a lo que atañe, a la transformación de subsidios de oferta a demanda, hay que afirmar que los cuestionamientos a esta subsisten en su gran mayoría, ya que la ley no modifica de manera sustancial la operación del régimen subsidiado, aunque abre la puerta en algunos aspectos, para que la regulación del gobierno pueda ser más efectiva. La pregunta sigue vigente, a pesar de que la ley no impone un ritmo ni forma de transformación y de hecho la limita en el periodo de transición 2002-2003 ¿es posible y conveniente llevar a cabo él proceso de transformación de subsidios de oferta a demanda, y en particular debe contemplarse esta opción a partir del 2004?¿Qué efectos tendría esto en torno al derecho a la salud de todos los ciudadanos?

Con la promulgación de la ley 715, aparece en el sistema una nueva distribución de las transferencias del orden nacional a los entes territoriales, se constituyo así el denominado sistema general de participaciones, donde se define que un 24,5% de sus recursos se destinan al sector salud. Esta se adecua a lo dispuesto por el acto legislativo 001 de 2002, el cual estabiliza el ritmo de crecimiento de las transferencias de los recursos nacionales hacia las entidades territoriales, al atarlo en la primera fase –2002 y 2008- a la inflación más un crecimiento de 2% y 2, 5% real, para pasar a determinar el monto de estas a partir del 2009 por medio de un promedio móvil de la variación de los ingresos corrientes de la Nación.[6]

3.2 ANTECEDENTES

Para 1993 la atención en salud a los más pobres se encontraba en manos de la red pública de hospitales, la cual era sostenida mediante la transferencia de recursos estatales sin contrapartida, la ley 100 de 1993, ordenó la progresiva sustitución de los subsidios a la oferta[7] que para ese momento eran manejados por los hospitales, pasando su administración a las entidades promotoras de salud, lo que en principio tuvo como intención evitar *"que los recursos se transfirieran en forma directa e incondicional a los hospitales y en su lugar se entreguen a los usuarios de los estratos más pobres a través de las administradoras del régimen subsidiado."*[8]

---

[6] Conpes. 057 p.9. El crecimiento relativo de los recursos del denominado sistema nacional de participación, para el año 2002, respecto a lo que hubiese crecido si obedeciese a lo dispuesto antes de la reforma constitucional, se debe a el bajo crecimiento del PIB. Si este hubiese estado por encima de 4% en lugar de ganancia relativa, se presentaría un a perdida relativa de recursos. Ver documento Conpes 057.

[7] Se entiende aquí por subsidios de oferta, aquellos que se prestan directamente través de la red hospitalaria a la población sin capacidad de pago, y que para su acceso no requieren proceso de focalización previó a la prestación del servicio. Los subsidios de demanda, por el contrario son aquellos que para hacerse efectivos, requieren de un proceso de focalización individualizado donde el ciudadano objeto de este, pueda ser identificado y clasificado dentro de cierto grupo socioeconómico.

[8] Jaramillo, Iván . El futuro de la Salud en Colombia. Fescol, 1999. P.274.

La ley 344 de 1996, precisó los términos en los cuales se debía llevar esta transformación tanto de los recursos de situado fiscal como de rentas cedidas, de forma tal que para el año 2000 ambas fuentes se encontrarán en un 60% tal como se muestra en el cuadro 1.

Cuadro 1

Transformación de subsidios de oferta a demanda por fuente, de acuerdo a lo propuesto por la Ley 344 del 1996

Recurso / Año	1997	1998	1999	2000
Situado Fiscal	15%	25%	35%	60%
Rentas Cedidas	-	15%	25%	60%

Fuente: Ley 344 de 1996

En la práctica la transformación de recursos de oferta a demanda para el 2000 fue del 35% del situado fiscal y solo para el año 2001 este proceso alcanzo el 60% de transformación de los recursos de situado y rentas cedidas una vez realizados los descuentos respectivos.[9] En este proceso se supuso que las IPS públicas, deberían mutar paulatinamente con el fin de adecuarse a las nuevas condiciones de operación. pasando de ser hospitales públicos a Empresas Sociales del Estado,[10] con el fin de enfrentar las nuevas condiciones de operación, las del mercado de prestación de servicios. Esto último implico en teoría la reestructuración de los sistemas de costos de operación, implementación de políticas de mercadeo y mejoramiento de los procesos administrativos, con miras a sustituir gradualmente las fuentes de financiación anteriores – situado fiscal, aportes nacionales, rentas cedidas, rentas departamentales y rentas municipales – por recursos derivados de la venta de servicios. Los resultados en esta vía distan de ser halagadores, y la dependencia de los recursos del situado fiscal y de las rentas cedidas para el año 2001 era total por parte de la red pública hospitalaria, por lo cual una eventual transformación de todos los recursos de oferta implicaría la quiebra de la red hospitalaria pública y con ella la restricción a los servicios de salud de una gran franja de población.

Una vez que el estado colombiano definió la estrategia de aseguramiento como la principal vía para garantizar el acceso a los servicios de salud a los más pobres, especificó que la financiación del nuevo sistema, debía darse sobre la creación de nuevas fuentes tales como los recursos del fondo de solidaridad y garantía Fosyga y el Paripasu,[11] así, como mediante aquellas que hacían parte de la estructura financiera del anterior sistema de oferta y que debían ir transformándose al nuevo, en particular el situado fiscal y las rentas cedidas. Para el año 2001 se previó la culminación de este proceso, momento en las cuales las aseguradoras tendrían afiliada toda la población pobre en salud y sin capacidad de pago; sin embargo, en la práctica el proceso aun no concluye y las perspectivas de cobertura universal del aseguramiento se ven sujetas a la evolución de las fuentes financieras, se puede afirmar que el régimen subsidiado se encuentra en una fase de implementación que ha hecho necesario mantener la *"asignación de*

[9] Por medio del Acuerdo del Consejo Nacional de Salud No. 190, definió una transformación del 60% de los recursos de situado fiscal de destinación forzosa.

[10] A partir de la Ley 100, se implemento un proceso de transformación de las IPS públicas por empresas sociales del estado. ESE.

[11] Fondo de Solidaridad Y Garantía: Fosyga Paripasu, aporte del gobierno a la financiación del régimen subsidiado, por cada peso recaudaddo por solidaridad el gobierno pondría 1 peso adicional. Esto fue modificado por la ley 715, en el numeral 42.20.

recursos a los hospitales públicos con el fin de proveer la atención en salud a la población sin capacidad de pago sin asegurar."[12]

Bajo la ley 715 de 2001, aparece una reorganización de las fuentes destinadas a financiar el sector salud, y se elimina el concepto de transformación; la financiación de cada uno de los usos de las participaciones en salud, subsidios a la demanda, subsidios a la oferta y salud pública, experimento una sustitución de fuentes, aunque respeto en las asignaciones para el 2002, las participaciones del 2001. Las rentas cedidas transformadas, en adelante no financiarán el régimen subsidiado; para el 2002, el monto de estos recursos fue compensado para el régimen subsidiado descontándolos de los recursos a la oferta. En adelante las transferencias de la nación destinadas a la financiar el sector salud, se realizarán agrupando los recursos de situado fiscal y PICN, en el denominado sistema general de participaciones.[13]

Bajo este nuevo esquema, aunque no se propone un plan de transformación de los recursos asignados a oferta, en el articulo 49 de la ley 715 de 2001, se afirma que los recursos de oferta que se tomarán del sistema general de participaciones, serán aquellos que queden después de financiar el régimen subsidiado, y las acciones de salud pública definidas como prioritarias por el ministerio de salud. En el articulo 48, se afirma que los recursos producto del crecimiento adicional a la inflación se destinarán a ampliación de cobertura en régimen subsidiado, siempre y cuando se garanticen los recursos de oferta al menos en el mismo monto del periodo anterior más la inflación, y según el articulo 70, referido a la transición, por lo menos en las dos primeras vigencias – 2002,2003 – se asegura el mantenimiento de los recursos de oferta y al mismo tiempo la continuidad de los de demanda, e incluso se planea ampliar el número de cupos en el régimen subsidiado, a cargo del crecimiento del 2% sobre inflación de los recursos del sistema general de participaciones. Para la vigencia del 2004, el CNSS, deberá producir un plan de generación y reasignación de recursos, con miras a recuperar las metas de aseguramiento universal; en ese momento, la decisión sobre transformar o no será de gran relevancia nuevamente para los formuladores de política.

Por otra parte, es necesario contemplar la existencia de condiciones desiguales de oferta de servicios de salud por parte de las IPS, en particular en lo que se refiere a las zonas donde la oferta es múltiple y aquellas donde existe una oferta estructural mínima, ya que como condición básica para el acceso a los servicios de salud se requiere la existencia de un proveedor de estos. La existencia de zonas donde la oferta de servicios de salud sufre de una debilidad estructural, esto es, donde solo existen uno o dos oferentes y es imposible encontrar bienes sustitutos geográficamente, es indispensable garantizar la supervivencia de las IPS que se encuentren en operación actualmente o en su defecto generar condiciones para la entrada de nuevos operadores.[14]

---

[12] Cárdenas Diana. Transformación de recursos de subsidios ofertas a subsidios a de demanda 2001. DNP. Mimeo. 2001.p.1.

[13] Ver documento Conpes p. 38-39

[14] Como veremos adelante, gran parte de los municipio del país cuentan con solo la existencia de IPS públicas.

Pero adicionalmente es necesario en estos casos contemplar las posibilidades que tienen las ARS de ejercer su papel de agencia para los afiliados frente a este tipo de IPS[15]. En principio es claro el papel de agencia que ejerce el asegurador en aquellas zonas donde la conformación de redes de IPS con estándares técnicos superiores en términos de calidad y acceso, beneficia al afiliado, sin embargo, no es tan claro este papel en los casos contrarios, por lo cual es necesario precisar que sucede con las funciones de agencia en particular en lo que se refiere a acciones que van más allá de las contingencias, y que *"incluye...conseguir servicios de calidad y menor precio para los asegurados, informarlos adecuadamente sobre la utilización y necesidad de servicios, ... superando la asimetría de información entre prestadores de servicios de salud y usuarios[16], y de esta forma reducir los costos de transacción."*[17]

Esto implica la necesidad de contemplar una política dual en términos de financiamiento de los hospitales, implementación y profundización de subsidios de oferta y demanda. Nos enfrentamos a la existencia de un sistema complejo, donde confluyen subsidios de oferta y demanda, existe una dependencia de la red pública de la transferencia de recursos públicos de oferta, condiciones desiguales de oferta de prestadores de servicios de salud lo cual puede o no tener implicaciones sobre el papel del asegurador, y limites fuertes a la cobertura universal mediante subsidios de demanda, originados en debilidades financieras del sistema.

Bajo este panorama, nuestro objeto de trabajo es generar elementos con miras a evaluar las implicaciones reales del proceso de transformación, sobre el derecho a la salud, considerando como objetivos intermedios procesos tales como la eficiencia, la financiación del régimen subsidiado y la focalización, de otros más importantes como la universalización y la equidad. La utilización de subsidios de oferta o demanda presentan argumentos a favor y en contra, los cuales se ven mediados por las estructuras económicas, políticas y culturales de los países, regiones y/o zonas donde son implementados, en este sentido es de esperar que el caso colombiano presente particularidades que hagan necesario evaluar diferentes escenarios en los cuales puedan operar.

3.3 OBJETIVOS DE LOS SUBSIDIOS DE OFERTA PARA EL CASO COLOMBIANO[18]

¿Cuales son los objetivos de los subsidios de oferta con miras a garantizar el derecho a la salud?

[15] En el componente de contratación, del estudio de evaluación del régimen subsidiado de la Universidad Nacional de Colombia se propone avanzar en una igualación de las condiciones y requisitos de las aseguradoras para manejar indistintamente el régimen subsidiado y el contributivo, por lo cual en adelante las denominadas actualmente ARS cambiarían su nombre a EPS.

[16] Frenk Julio, y Londoño Juan Luis. El Pluralismo Estructurado Véase la función de articulación.

[17] Martines, Félix. Hygieia no es Panacea. Mimeo.p.4

[18] Ver anexo 1 Comparación entre subsidios de oferta y demanda.

3.3.1 La garantía del derecho a la salud

El primer objetivo del actual sistema de oferta es permitir el acceso a salud a la población pobre y vulnerable que no se encuentra afiliada al régimen subsidiado, así como a los demás vinculados, es decir, aquella franja de población que por sus características socioeconómicas no es susceptible de ser beneficiario por régimen subsidiado pero debido a no contar con una relación salarial estable y/o a un nivel de ingresos precario no puede cotizar al régimen contributivo.

El sistema de oferta es la puerta de entrada a los servicios de salud para el 47.23% de toda la población colombiana, tal como observa en el cuadro 2.

Cuadro 2

Afiliados y no afiliados a seguridad social en el 2000

	Porcentaje	Número de personas
REGIMEN SUBSIDIADO	16,68%	6,808,773
REGIMEN CONTRIBUTIVO	17,30%	7,060,057
SEGURO SOCIAL	15,31%	6,251,727
EPS, CAJA DE COMPENSACIÓN	34,04%	13,895,423
F.F. A.A. ECOPETROL	2,94%	1,199,896
NS / NR	0,47%	193,642
NO AFILIADO	47,23%	19,280,369
AFILIADO SISTEMA PREPAGO	2,11%	862,586
TOTAL PERSONAS	100%	40,821,057

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares marzo 2000. Cálculos: CID – Universidad Nacional de Colombia

Aparecen doblemente contabilizadas en régimen contributivo y EPS, Cajas de compensación estos beneficiarios, así como los que corresponden al sistema prepago.

Por lo cual la transformación de los recursos de oferta a demanda implica a su vez deteriorar la posibilidad de acceder a salud de una gran franja de ciudadanos colombianos, si este no va acompañado de un proceso de ampliación de cobertura tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, e igualación de los POS, con miras al aseguramiento total de la población.

Los subsidios de oferta generalmente se asocian a procesos de universalización, en tanto no discriminan la población beneficiaria, lo cual puede ser una virtud o una debilidad. El caso colombiano no se aleja de esta norma, la universalidad en el acceso –independiente de la calidad- la proporciona la existencia de los recursos de oferta que se han distribuido en la red pública. Sin embargo, ya que su aplicación es simultanea con subsidios de demanda y existe un proceso de aseguramiento para la población con vinculación al mercado laboral formal, es de esperarse que el total de recursos de oferta que llega a poblaciones con capacidad de pago sea relativamente bajo frente a sociedades donde impera como único sistema de salud.

Por otra parte, es por medio de los recursos de oferta destinados a los hospitales públicos que se atienden los eventos no POS-S de los beneficiarios de subsidios a la demanda. Esto significa que para el caso colombiano el cubrimiento en cuanto a número de procedimientos es más alta

en aquellos casos donde operan los subsidios de oferta respecto a los de demanda. Aparece en este caso un complementariedad entre ambos sistemas de salud para el beneficiario de subsidios de demanda.

La complementariedad que aparece en el caso colombiano hace más complejo el pensar en avanzar en el paso de un sistema de oferta a uno de demanda. Nos enfrentamos a la existencia de dos bienes complementarios, no sustitutos entre sí. El bienestar que proporciona el subsidio a la demanda sin la existencia del consumo posible por subsidios a la oferta es mucho menor en términos de garantía del ejercicio del derecho a la salud, dada la diferencia en el POS-S que ambos cubren.

Este punto podría ser revertido si la transformación total de los recursos de oferta a demanda permitiera la total focalización de la población sin capacidad de pago, igualando el POS subsidiado al contributivo, ver cuadro 3. Como observaremos más adelante las perspectivas en este sentido no son halagadoras. La Universidad Nacional de Colombia, recomienda que mientras estas condiciones no se logren se hace necesario sostener los subsidios a la oferta.

Cuadro 3				
Relaciones entre POSS-POSC y cobertura respecto a los subsidios de oferta				
POS Contributivo	CONDICIÓN	POS Subsidiado	Cobertura	Recomendación sobre Subsidios de oferta
POSC	Igual	POSS	Universal	NO SOSTENER
POSC	Igual	POSS	Parcial	SOSTENER
POSC	Mayor	POSS	Universal	SOSTENER
POSC	Mayor	POSS	Parcial	SOSTENER

3.3.2 Recursos de oferta y el sostenimiento de la red pública de IPS

Un segundo objetivo le ha sido endilgado a los recursos de oferta, sostener la estructura financiera de la red pública de hospitales, responsabilidad que tiene una base histórica. ¿Qué aporta este objetivo en la mejora del desempeño de los indicadores de acceso, oportunidad y calidad para afiliados y no afiliados al régimen subsidiado?

Hay que recordar, que la existencia de instituciones de salud IPS es una condición necesaria aunque no suficiente para garantizar el ejercicio del derecho a la salud. Por lo cual cualquier acción que avale la existencia de una red de IPS va en la dirección de garantizar el derecho a la salud aunque su aporte a este objetivo no sea concluyente.

Sin embargo, pueden existir diferentes formas de asegurar la existencia de oferentes, más aún cuando nos referimos a zonas de múltiples oferentes y zonas de restricción estructural de ellos. En aquellos casos donde por condiciones de oferta restringida de prestadores de servicios, es justificado el sostener la red pública casi a cualquier precio.

En aquellas zonas donde la estructura de la industria de prestación de servicios de salud es amplia, existen otras variables a considerar para poder responde este interrogante, sin embargo, resulta primordial en este punto el que los prestadores públicos son el canal a través de los cuales se llevan los recurso de oferta a la población, por lo cual el énfasis debe en estos

casos realizarse sobre la calidad y eficiencia de la operación.

3.4 OBJETIVOS DE LOS SUBSIDIOS DE DEMANDA EN EL CASO COLOMBIANO

El primer objetivo de los subsidios de demanda es llegar a los excluidos de los servicios de salud, implementando en este proceso elementos de eficiencia horizontal, la cual se refiere a subsidiar únicamente las capas más pobres de la población; y eficiencia vertical, la cual trata del grado en que todos los pobres reciban el subsidio.

Tal como se muestra en el cuadro dos, los subsidios de demanda garantizan el acceso a los servicios de salud en términos del POS-S al 16,68% de los colombianos.

Adicionalmente pretendió incorporar al sector privado, tanto en el negocio del aseguramiento, como en la prestación de servicios; no obstante separando el negocio de prestación de servicios del de aseguramiento en busca de incrementar la autonomía y responsabilidad de los proveedores de servicios, asignando remuneraciones por producto y no sobre insumos, intentando hacer corresponder los ingresos de las IPS públicas y privadas de acuerdo a los productos vendidos, y no sobre los requerimientos financieros históricos, como se hacia en sector público en el pasado.

Sin embargo, el desarrollo de estos objetivos son desiguales, ha habido dificultades en el proceso de focalización, como veremos en el aparte sobre los limites de la transformación. La inserción del sector privado ha sido exitosa tanto en el aseguramiento como en la prestación de servicios, sin embargo, la no distinción entre ambos negocios no ha permitido ver con toda claridad la separación de funciones y responsabilidades que conduce a altos estándares de calidad, perdiendo así una de las ventajas sugeridas teóricamente de este tipo de subsidios . Esto se corrobora cuando al preguntar a los diferentes agentes del sistema sobre la violación de derechos de los afiliados al régimen subsidiado, entre los cuatro primeros problemas de más incidencia se encuentran dos referidos a la oportunidad y calidad en la atención.

"El tercer y el cuarto problema señalan deficiencias en la calidad y oportunidad del servicio, respectivamente... alertan sobre el incumplimiento de los derechos del afiliado una vez este ya entró plenamente al sistema, en particular, en cuanto a que las deficiencias en calidad y oportunidad conducen al deterioro de los bienes y servicios a los que se tiene derecho."[19]

[19] Cárdenas, R, restrepo Dario. *Inspección, vigilancia y control.* Proyecto de Evaluación del Régimen Subsidiado en Salud. Universidad Nacional de Colombia. Mimeo, julio 2001. p.8

3.5 LOS LIMITES DE LA TRANSFORMACIÓN

3.5.1 La cobertura como primer límite

Es necesario contemplar la posibilidad de aumentar los niveles de cobertura, con el fin de alcanzar la universalización del aseguramiento, en particular en el régimen subsidiado. Una primera alternativa en esta vía, se relaciona con la transformación de los recursos que se destinan a financiar los subsidios de oferta, reasignándolos a financiar subsidios a la demanda.

El trabajo de Giedion y López concluye que con los recursos de rentas cedidas y situado fiscal que no se habían transformado para el año 2000 podría lograrse una cobertura del 116% de la población pobre por NBI con un paquete como el POS-S[20] sacrificando de plano la igualación de los planes de beneficios entre los regímenes contributivo y subsidiado, dejando por fuera la población emparedado[21], y la atención para los afiliados al régimen subsidiado de todos aquellos eventos no POS-S. La situación es un poco más dramática cuando se contempla una medida como la línea de pobreza, donde el factor ingresos tiene mayor peso que en la medición realizada con NBI; tal como se observa en el cuadro 4, para el año 2000 existía un faltante de 11'245'434 personas pobres -sin capacidad de pago -, que no se encontraban afiliadas a ningún sistema de salud.

Ante una eventual transformación de todos los recursos de oferta, provenientes del situado fiscal y rentas cedidas que se encontraban para el año 1999 sin transformar - incluidos aquellos que se destinan a PAB[22], aportes patronales, y hospitales mentales- es decir sin descuentos, se podría alcanzar una cobertura del 98%[23] bajo un paquete como el POS-S, cuando la medición se hace por línea de pobreza.[24] -Ver cuadro 4-.

Como toda reasignación, ésta también contempla elementos relacionados con la distribución de beneficios, por lo cual la transformación de recursos no es neutral para gran parte de la población objeto de programas de salud para pobres. En primer lugar, los subsidios a la oferta son la puerta de entrada a los servicios de salud para el 47,23% de la población, –ver cuadro 4- que no se encuentra afiliada a ningún sistema de salud. Una eventual transformación de todos

---

[20] Giedion, López (2000), Op. Cit., p.5.

[21] Llamada población sándwich, es aquella población que no es pobre de acuerdo al indicador de pobreza utilizado, por lo cual no es susceptible de ser atendida mediante un programa como el régimen subsidiado, pero que no se encuentra afiliada al régimen contributivo por precariedad en su relación salarial o por no contar definitivamente con capacidad de pago.

[22] Plan de Atención Básica . PAB

[23] Un 98% de los pobres no afiliados identificados por LP.

[24] Se mantiene el mismo esquema de análisis del trabajo de Gideon y López con el fin de hacer comparables los resultados, sin embargo, cabe preguntarse en este caso que pasa con las funciones que cumplen los recursos descontados de las transferencias que se destinan a otras funciones, tales como los aportes patronales.

los recursos de oferta alcanzaría para cubrir con un plan de beneficios incompleto más o menos a un 58.3% de esta población, dejando desprotegida a un 41.7% de la franja de no afiliados a ningún sistema de salud[25]. Aunque en principio podría argumentarse que sobre esta población no existe responsabilidad del sistema, no es menos cierto que frente a salud la mayor parte de las personas son vulnerables, esto significa que rápidamente una enfermedad relacionada con salud que deba ser afrontada con recursos propios puede modificar sustancialmente el mapa de titularidades del individuo que la padece, hasta llevarlo a condición de pobreza y que parte de esta no afiliación al sistema está relacionada con la mala calidad del empleo en cuanto a informalidad y alta inestabilidad laboral.

Cuadro 4

Distribución por pobres y no pobres en afiliación a salud por línea de pobreza –2000-					Afiliados y no afiliados a seguridad social en el 2000. %
	No pobres	%	Pobres	%	
Régimen subsidiado	2676235	39,3 %	4132538	60,7 %	16,68%
Régimen contributivo	4662551	66 %	2397506	34 %	17,30%
Seguro social	3874814	62 %	2376913	38 %	15,31%
Eps, caja de compensación	7343479	52,8 %	6551944	47,2 %	34,04%
F.f. a.a. ecopetrol	993832	82,8 %	206064	17,2 %	2,94%
Ns / nr	98537	50,9 %	95105	49,1 %	0,47%
No afiliado	8034935	41,7 %	11245434	58,3 %	47,23%
Afiliado sistema prepago	700640	81,2 %	161946	18,8 %	2,11%
Total personas	20345597	49,8 %	20475460	50,2 %	100%

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares marzo 2000. Cálculos: CID – Universidad Nacional de Colombia. Línea de pobreza. Aparecen doblemente contabilizadas en régimen contributivo y EPS, Cajas de compensación estos beneficiarios, así como los que corresponden al sistema prepago.

Por otra parte, es con los recursos de oferta que se atienden los eventos no contemplados en el plan de beneficios de toda la población afiliada actualmente al régimen subsidiado, esto es un 16.68% de la población total, por lo que una reasignación de recursos en esta vía, implicaría disminuir los beneficios de esta franja de población, que alcanza el cubrimiento del mínimo social deseado en servicios de salud mediante los recursos de oferta, mínimo social definido por el plan de beneficios del régimen contributivo.

Se puede afirmar que una eventual transformación de los recursos como única vía para aumentar la cobertura del régimen subsidiado, implica una asignación no justa en tanto afecta negativamente el mínimo social esperado en cuanto a acceso y atención médica de la franja que ya se encuentra asegurada mediante subsidios a la demanda y de aquella que en este momento no lo está. La población pobre asegurada presentaría en este caso menores condiciones de oportunidad respecto a la población que se encuentra afiliada al régimen contributivo, ya que

[25] Este 58% es la población pobre de acuerdo a LP.

ante una eventual anomalía en salud no cubierta con su plan de beneficios POS-S, no existe un sistema suplementario que lo atienda. El esquema de igualdad de oportunidades estaría plenamente asegurado en lo que corresponde a salud para los beneficiarios al régimen contributivo y no para los ya afiliados al régimen subsidiado.[26] La transformación de los recursos de oferta a demanda implica a su vez deteriorar la posibilidad de acceder a salud de una gran franja de ciudadanos colombianos, si éste no va acompañado de un proceso de ampliación de cobertura tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, e igualación de los POS, con miras al aseguramiento total de la población.

Bajo las nuevas condiciones de operación, en particular frente a la distribución de los recursos impuesta por la ley 715 para el 2002 dada la sustitución de fuentes, la eventual transformación de los recursos asignados a oferta, no se podría realizar incluyendo las rentas cedidas, en poder de los departamentos y los municipios, y destinadas a suplir las funciones dispuestas en el artículo 43 de la 715. La ley otorga al CNSSS la función de proveer un marco de asignaciones presupuestales para y a partir del 2004, pero sólo de los recursos que corresponden al sistema general de participaciones, por lo cual una eventual transformación de recursos de oferta a demanda, sólo se podría realizar sobre los recursos del PAB y prestación de servicios. Haciendo este ejercicio, encontramos que si se transformaran todos los recursos que no se encuentran en demanda, el sistema tan sólo alcanzaría a lograr una cobertura del 72,65% en el régimen subsidiado, con el POS actual. –Ver cuadro 5-.

Cuadro 5				
	Transformación total de oferta a demanda – sin descuentos-		Transformación total de oferta a demanda para el año 2002. Bajo ley 715	
Año	Recursos 1999	%	Recursos 2002	%
UPC a faltantes POS-S	11.245.434	100%	11.653.913	100%
UPC con total transformación.	11.049.924	98,26%	8.466.222	72,65%

Fuentes: DNP Conpes 057. Ministerio de Salud- Universidad Nacional de Colombia- Proyecto Régimen Subsidiado. Cálculos: Universidad nacional de Colombia –CID Proyecto Régimen Subsidiado. Precios constantes de 1999., para año 99, precios constantes 2002, año 2002. Para el año 2002, se supuso un crecimiento de la población del 1.8% anual . Para el año 2002, se incluyó 1/12 más de recursos en el sistema general de participaciones. UPC : Unidad de Pago por capitación.

- **Sostenibilidad financiera y ampliación de cobertura**

Al observar el comportamiento de las fuentes financieras del régimen subsidiado, -ver cuadro 6- se ve la progresiva sustitución que han venido experimentando las fuentes nacionales por los recursos transformados de oferta a demanda con el fin de garantizar los niveles actuales de cobertura.

La participación del Fosyga –fuente nacional- fue del 51% para 1998, y decreció velozmente a un 35% para el año 2000, mientras que la participación de las transferencias territoriales, ICN municipales y el Situado Fiscal transformado en subsidios a la demanda, aumentó en el

[26] Este análisis se hace extensivo para la población que quedaría sin ningún tipo de cubrimiento en salud.

aseguramiento, al pasar de cofinanciar un 38% en 1998 a un 52% de los contratos para el año 2000, tal como se observa en el cuadro 6.[27]

La necesidad de garantizar la continuidad en la afiliación del año inmediatamente anterior, y ante un decrecimiento relativo en la participación de los recursos de orden nacional, *"los recursos transformados del situado fiscal no han sido utilizados en la ampliación de la cobertura, como lo dispone la Ley 344 de 1996, sino en garantizar la sostenibilidad de la afiliación del año anterior."*[28]

Cuadro 6			
Participación por fuentes de financiación del régimen subsidiado vigencias 1998-1999-2000			
Recursos / año	1998	1999	2000
Fosyga	51%	36%	35%
Icn 90%	27%	32%	36%
Icn 10%	0%	2%	0%
Reaforo	0%	1%	1%
Situado Fiscal	11%	16%	16%
Rtas. Cedidas	2%	3%	3%
Esf. Propio	5%	4%	4%
Rec C.C.F.	5%	5%	5%
Total	100%	100%	100%
Fuente: CID – Universidad Nacional de Colombia.			

El comportamiento de las fuentes nacionales induce a pensar en que por parte del gobierno nacional existe la tendencia a descentralizar en los municipios la responsabilidad del sostenimiento financiero del régimen subsidiado y a considerar que la ampliación de cobertura es una meta imposible de cumplir en el corto plazo.

Las disposiciones de la ley 715, no alteran las condiciones que denominamos estructurales y que constituyen los límites a la transformación, ya que no se prevén recursos nuevos para el sector más allá de lo dispuesto en el acto legislativo respecto al crecimiento del 2% anual del 2002 al 2005, el 2.5% del 2006 y 2008, y un promedio móvil de los últimos cuatro años de esa etapa en adelante, por lo cual el panorama de afiliación no se transforma sustancialmente, ya que la tasa de crecimiento poblacional se encuentra alrededor de este valor. Es evidente que la meta de cobertura propuesta por la Ley 100 se encuentra en entre dicho, al igual que la equiparación del plan de beneficios. Incluso con altas tasas de crecimiento de la economía, los recursos de

[27] Jaramillo, Iván (2001), "Evaluación financiera del Régimen Subsidiado en Salud en Colombia." Volumen III tomo II. Análisis financiero. Evaluación del Régimen Subsidiado. CID - Universidad Nacional de Colombia. 2002. Mimeo "...el régimen Subsidiado está dejando de ser progresivamente una responsabilidad financiera del nivel nacional y se está financiando sobre todo con las transferencias territoriales (situado fiscal transformado en demanda y participación de ICN) y el esfuerzo territorial (rentas cedidas y el esfuerzo propio regional)" p. 16

[28] Ibid, p.14-16

transferencias a los municipios mantendrán aproximadamente su volumen actual, al atar su crecimiento a la inflación anual más algunos puntos.[29]

Bajo el nuevo escenario impuesto por la ley 715 de 2001, es posible que la tendencia a sustituir fuentes continúe una vez se superen los condicionantes que obligan a mantener los mismos montos como mínimo en el sistema de oferta durante el período de transición, esto es 2002 y 2003. Esta posibilidad dependerá en el futuro del comportamiento de las fuentes nacionales, y quedará nuevamente en la agenda la posibilidad de reducir los recursos de oferta ya sea para sostener cobertura en el régimen subsidiado, o para incrementarla.

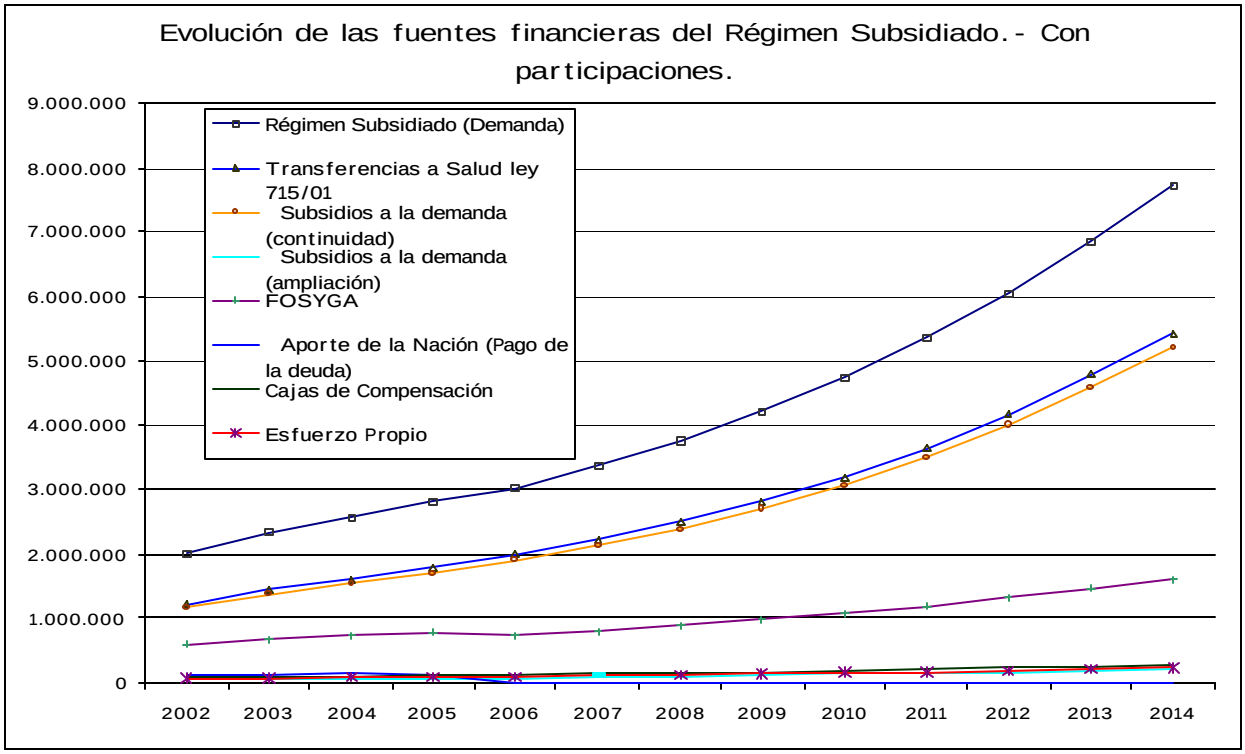
El comportamiento de las fuentes nacionales ligadas al sistema general de participaciones es discreto aunque positivo, respecto a las necesidades del sistema, las restricciones impuestas hacen dudoso que las metas de cobertura universal se cumplan en el mediano plazo. -Ver gráfico 1-. Podemos afirmar que dado el nivel de deuda actual del gobierno, y el plan de ajuste impuesto en los compromisos con el FMI [30] es poco probable que exista la posibilidad de aumentar recursos disponibles para el sistema por esta vía, más aún después de haber tramitado el acto legislativo 012 de 2001 y la ley 715, la cual restringió y estabilizó el crecimiento de estos recursos.[31]

[29] Establece que las transferencias podrán crecer al nivel de la inflación más 2 puntos durante los próximos cuatro años, más 2.5 puntos los tres años siguientes. Jaramillo Iván (2001). El impacto del acto Legislativo 012 del 2001. Mimeo En particular para el sector salud del acto legislativo 012 "produce un efecto contrario al desempeño de la economía y mientras más alto sea el resultado en incremento del PIB más será el perjuicio en la expansión del sector salud. Así, si la economía crece al 3% el Régimen Subsidiado pierde 1.247.000 cupos de expansión futura y si la economía crece al 4% la pérdida se duplica y se dejan de crear 2.731.000 cupos nuevos. Lo más probable es que con un desempeño intermedio de la economía se pierdan 2.074.000 cupos y el régimen subsidiado se quede en los 9.5 millones actuales de subsidiados "

[30] Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Acuerdo extendido de Colombia con el fondo monetario internacional. Diciembre de 1999. El acuerdo con el fondo contempla un mayor control sobre los recursos bajo el sistema de descentralización fiscal, por lo cual se disminuyó el crecimiento de las transferencias de3sde la nación hacia los municipios y se espera trasladar mayores responsabilidades en la financiación a las regiones.

[31] Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Acuerdo extendido de Colombia con el fondo monetario internacional. Diciembre de 1999. *"El más importante de los esfuerzos para controlar el gasto público en el mediano plazo es el acto legislativo ... con el propósito de mantener en términos reales el valor de los fondos que se transferirán a los gobiernos locales bajo los acuerdo de participación en los ingresos corrientes de la nación.*

Gráfico 1

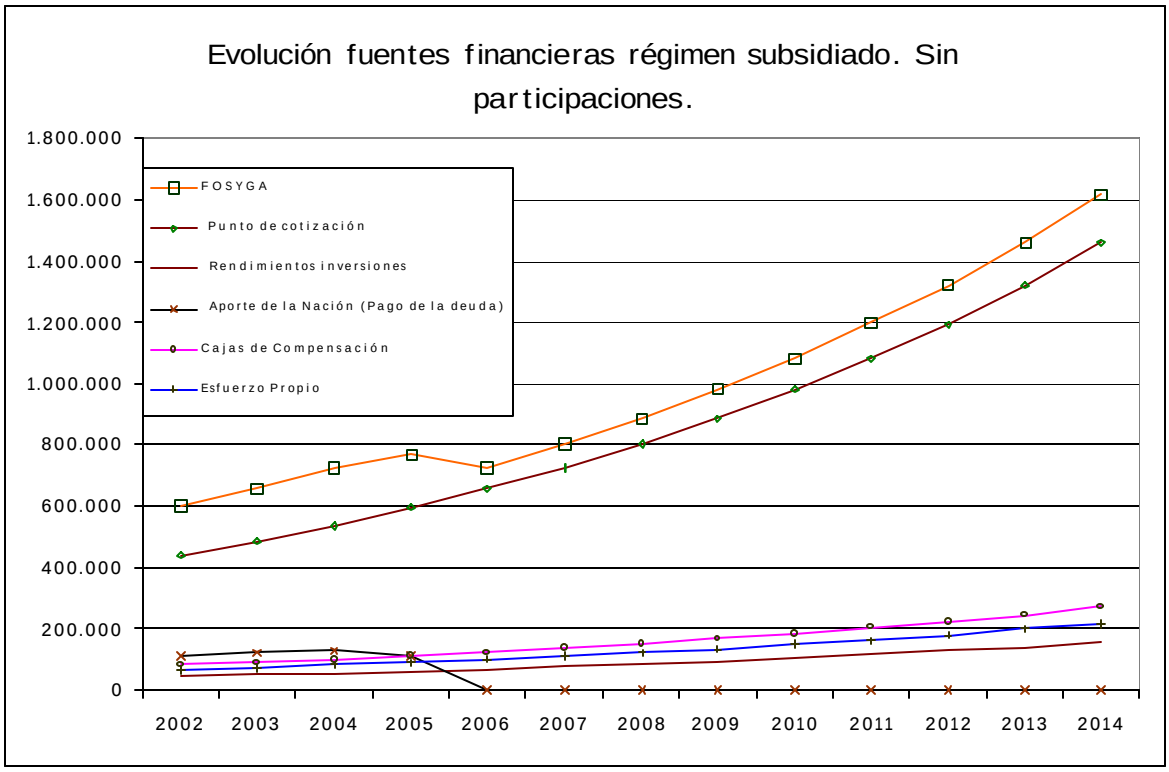


Fuente: Minsalud- CID- Proyecto Regimen Subsidiado

El sistema se torna vulnerable frente al desempeño de otras variables como empleo y su calidad, ya que del comportamiento de éste depende el monto de los recursos de solidaridad canalizados a través del Fosyga. Si decae la calidad del empleo y aumenta la informalidad, es probable que los recursos de la cuenta de solidaridad y garantía decrezcan. Si, por el contrario, la calidad del empleo mejora, disminuye la informalidad, las cotizaciones a salud del contributivo aumentan y por esta vía los recursos destinados al régimen subsidiado. Suponiendo un crecimiento de la población del 1.85% anual y del empleo del 1.6% para el período 2002-2004, del 2% para el período 2005-2008 y de 2.5% para el período 2009 – 2014, los recursos del Fosyga[32] presentarían un comportamiento positivo tal como se ve en la gráfico 2. Si el comportamiento de estas variables no es positivo, y el desempleo sigue aumentando mientras crece el volumen de población, las metas de cobertura aún se verían más comprometidas pues esta importante fuente –Fosyga- tendría un comportamiento sumamente discreto.

[32] Incluye 0.25 centavos de paripasu por cada peso recaudado por concepto de solidaridad del régimen contributivo al subsidiado. Articulo 42.20 Ley 715.

Gráfico 2

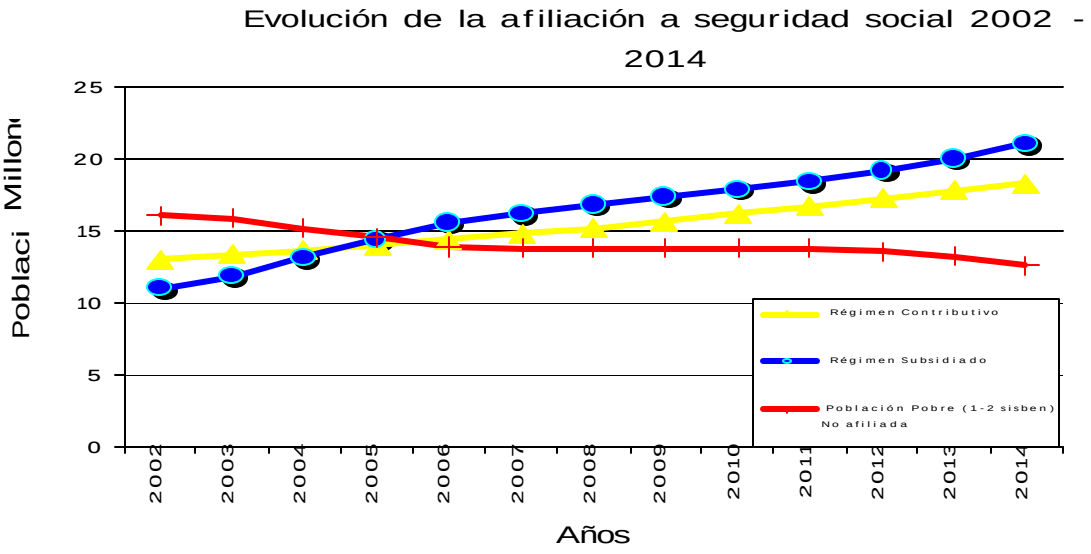


Fuente: Minsalud- CID- Proyecto Regimen Subsidiado

Finalmente, hay que llamar la atención sobre los aportes que la nación debe al sistema por concepto de deuda del Paripasu, y que terminará de pagar en el año 2006. Otras fuentes, tales como esfuerzo propio de los municipios y recursos de las cajas de compensación, se espera tengan un comportamiento relativamente discreto en el período de estudio. En particular, los recursos de esfuerzo propio son bastante inflexibles en el corto plazo, debido al clima de recesión económica que experimenta la economía, y la dificultad para emprender procesos de ajuste fiscal en los municipios. Ver gráfico 1 y 2.

La provisión de los recursos necesarios para aumentos de cobertura e igualación del plan de beneficios subsidiado con el plan de beneficios contributivo, está puesta en duda, en tanto las principales fuentes financieras dependen del comportamiento de las variables macroeconómicas. El escenario construido por la Universidad Nacional de Colombia – CID a partir de lo dispuesto por la ley 715 de 2001 y el acto legislativo 01, muestra que en el mediano plazo no es factible alcanzar las metas universalización de la seguridad social; ya que el crecimiento de los recursos del sistema general de participaciones experimentan en el período 2002-2005 un crecimiento del 2%, para el período 2006-2008 del 2.5% y de allí en adelante un promedio móvil de los últimos 4 años, - sacrificando la igualación del plan de beneficios subsidiado al contributivo-; tal como se observa en la gráfica 3, a pesar de que la afiliación crece en el régimen subsidiado en valores absolutos hasta alcanzar la cifra de 21 millones de personas en el año 2014, para ese momento, se espera tener aproximadamente a 12'600'000 de personas en condiciones de pobreza sin afiliación a seguridad social.

Gráfico 3



Fuente: Minsalud- CID- Proyecto Regimen Subsidiado

Respecto a la red pública hospitalaria, se puede afirmar que se le da un compás de espera, que tiene como propósito su reorganización y reestructuración en términos de costos, como veremos más adelante. Los posibles resultados en este objetivo son desiguales y dependen entre otros aspectos de su localización geográfica y de mercado. ¿En términos del derecho a la salud, es sensato considerar avanzar en la de transformación de subsidios de oferta a demanda, a partir del 2004?

La respuesta obvia es no, dado que en términos reales la transformación implica un retroceso en la cobertura en salud, ya que no aumentan los porcentajes de cobertura de subsidios a la demanda[33] y si disminuirían los recursos que se canalizan a la atención de personas sin capacidad de pago a través de los subsidios de oferta, al ser considerados estos últimos como sustitutos de recursos de orden nacional.[34] Si a esto le agregamos las disposiciones de la Corte Constitucional en lo que se refiere a la imposibilidad del estado de disminuir los recursos reales destinados a la garantía de los derechos sociales hasta no alcanzar las metas de cobertura

[33] A pesar de que existe un incremento en el número de plazas para el régimen subsidiado, dado que la tasa de crecimiento de la población estimada por el DANE es del 1,8%, el crecimiento porcentual de 2% de las transferencias del sistema general de participaciones en salud y que se destina a régimen subsidiado, es insuficiente para hablar de un impacto en cobertura. Esta tasa de crecimiento tiene la limitación de que no muestra el crecimiento de grupos poblacionales específicos, podría presentarse un crecimiento mayor en la población denominada pobre, que sobre el promedio de toda.

[34] El hecho de que no crezcan los recursos de oferta al menos a la tasa de crecimiento poblacional implica ya un retroceso en la cobertura que se da a la población no afiliada a seguridad social, y a los afiliados al régimen subsidiado, respecto a los eventos no POS contributivo.

universal, una opción en esta vía no debe contemplarse si no existen previos compromisos estatales sobre sostenibilidad en el largo plazo de las responsabilidades financieras adquiridas por el gobierno central.[35]

3.5.2 La focalización como segundo límite

Los defensores de una estrategia basada en la demanda, suponen que mediante la focalización es posible favorecer solo a la población más pobre y vulnerable,[36] y excluir la población no objeto de esta política pública, aquellos que por su rol socioeconómico no requieren una intervención con miras a modificar sus capacidades. Ya que las poblaciones no pobres pueden pagar su acceso al sistema en el régimen contributivo, se supone que en salud para *"llegar a la universalización de la atención, es necesario hacer esfuerzos porque ellos tengan derecho a ser atendidos en los hospitales y centros de salud"*[37]

Sin embargo, la capacidad real del sistema para focalizar a los más pobres es limitada, en tanto origina errores de exclusión y de inclusión, o lo que es lo mismo existen perdidas de eficiencia vertical y horizontal originadas en el instrumento de focalización.

"La población que según el criterio de pobreza tendría derecho a estar en el régimen llegaba a casi 19 millones en 1997. Los clasificados en los niveles 1 y 2 del sisben, que estarían identificados como beneficiarios del régimen subsidiado, se estiman en 10.450.000. De ellos 1.550.000 son no pobres. El error de inclusión es, pues, del 14.9%. Más de la mitad de los pobres, 10.060.000, no son identificados como tales en los niveles 1 y 2. El error de exclusión es, así, de 53.1%. Esta proporción llega a 63% entre los pobres no indigentes y es del 36% entre los indigentes."[38]

El sisben como instrumento de focalización presenta dos dificultades de índoles diferentes, la primera relacionada con su implementación:

"La pérdida de precisión en la asignación de subsidios a los pobres guarda correspondencia con las dificultades y deficiencias en la aplicación del sisben en muchos municipios. Su implementación muestra, en general, problemas de cobertura, lo que aumentaría los efectos de exclusión sobre los pobres. Y también en su actualización, lo que tendería posiblemente a incrementar los errores de inclusión y exclusión y, en todo caso, a dejar indeterminada su evaluación."[39]

---

[35] Sentencia de la corte constitucional c-1165 de 2000.

[36] Sarmiento Alfredo, Arteaga Leticia. Focalizar o universalizar, un falso dilema.. P.202.

[37] Ibid., p. 202.

[38] Fresneda, Oscar. *Informe Sisben.* Proyecto de Evaluación del Régimen Subsidiado en Salud. Universidad Nacional de Colombia. P. 54

[39] Ibid., p. 125-126

Y una segunda innata a la estructura misma del instrumento, respecto a la cual concluye el estudio de la Universidad Nacional que *"el análisis realizado conduce a apreciar las grandes dificultades técnicas para lograr un mecanismo de identificación de beneficiarios subsidiados para el aseguramiento de salud, que permita "razonablemente" incluir a las poblaciones vulnerables y a los más pobres, de acuerdo a su capacidad de pago, y a excluir a quienes la tienen"* [40] La pérdida de eficiencia hace revaluar la posibilidad de avanzar en el proceso de transformación en tanto una de las principales ventajas comparativas de los subsidios de demanda sobre los de oferta ya no se cumple.

Vale la pena anotar, que cuando se supone que el sistema de focalización de subsidios de demanda es la vía más adecuada para llegar a los más pobres, se descansa sobre el supuesto de que *"los excluidos de los servicios básicos son los pobres"*[41] desconociendo que frente a determinados bienes y en particular frente a la salud, la exclusión transgrede lo que capturan los sistemas actuales de medición de pobreza.

Esto significa que solo la franja más rica de la población podría cubrir con recursos propios gran parte de la canasta de los bienes a demandar en este mercado. Aunque las condiciones de vida en términos físico sanitarios de la vivienda o de otras variables utilizadas para medir su grado de vulnerabilidad no aparezcan como criticas, es claro, que encontrarse por fuera de algún sistema de salud ya sea del régimen subsidiado o contributivo, o de oferta, implica ser pobre frente a salud y consecuentemente, hace a estas personas merecedoras de ser atendidas de alguna forma con mirar a garantizar el ejercicio de sus derechos sociales.

3.5.3 Dependencia relativa de la red hospitalaria y efectos perversos de su desaparición. - Tercer límite -

En el caso colombiano, se sigue observando una gran dependencia de la red pública de hospitales en la mayoría de municipios del país, por lo cual resulta imposible avanzar sin consideraciones en aquellas acciones que lesionen o pongan en duda su existencia, principalmente en aquellas zonas donde las IPS públicas operan como monopolios y donde el sector privado no estaría dispuesto a entrar pues la tasa mínima de ganancia requerida para operar no se encuentra garantizada en las actuales condiciones.

Bajo la necesidad de aumentar cobertura en el régimen subsidiado existe un debate álgido, que parece haberse aplazado al menos hasta el 2003, donde se deben definir las nuevas reasignaciones presupuéstales con miras a retomar la meta de aseguramiento universal en el 2004, según lo dispuso la ley 715, y que busca profundizar el proceso de transformación sin consideración alguna, en particular en lo que implicaría la desaparición de gran parte de la red pública de hospitales y como consecuencia de esto último las posibilidades de acceso a salud de los afiliados a los regímenes contributivo, subsidiado y la población denominada vinculada.

---

[40] Ibid., p.124

[41] Sarmiento Alfredo, Arteaga Leticia, Op.Cit., p. 202.

La red hospitalaria, se encuentran delimitadas por su condiciones geográficas y de mercado; originando dos tipos de casos:

El primero, aquel donde existe una gran oferta de prestadores de servicios tanto públicos como privados y en teoría no existe posición dominante que incida en los contratos de las ARS y las EPS tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado. [42]

Y un segundo caso, aquel donde existe una deficiencia de oferta estructural constituyéndose estos hospitales públicos en monopolios naturales debido a su ubicación geográfica, y donde en algunos casos su estructura de costos es más alta debido a las condiciones de demanda, esto es, donde los ingresos debidos a la estreches de esta no alcanza para cubrir los costos de funcionamiento; sin embargo, el cierre de una institución de esta naturaleza implicaría unos costos sociales bastante altos y efectos de bienestar indeseados.

El papel de la red pública con miras a garantizar el derecho a la salud, no solo tiene relación con la atención a vinculados y atención de eventos no POSS, sino que en gran parte del territorio colombiano estas instituciones son la únicas prestadoras de servicios de salud, por lo cual de ellas dependen en muchos casos los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado así como los vinculados e incluso la pequeña franja de población con acceso a medicina prepagada. En estos casos hablamos de la existencia de una estructura de oferta limitada de monopolio u oligopolio natural[43].

Cuadro 7

Distribución de IPS por municipios sin tener en cuenta tamaño poblacional

Rango por # de Hospitales	% de municipios con IPS públicas	% de municipios con IPS privadas	% de municipios con IPS pública y/o privada
0	0,28%	76,34%	0,28%
1	41,44%	3,50%	32,97%
2	19,89%	7,46%	16,02%
>2	38,40%	12,71%	50,74%
Total Municipios	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Datos Ministerio de Salud Cálculos: CID – Universidad Nacional de Colombia- Proyecto Régimen Subsidiado.

[42] Ver aparte del estudio de Evaluación del Régimen Subsidiado de la Universidad Nacional de Colombia en el capitulo correspondiente a contratación ARS – IPS.

[43] Aunque contrario a lo que sucede en este tipo de mercados, el prestador estaría en capacidad de ejercer una posición dominante, la operación actual no le garantiza apropiarse de gran parte del excedente.

Tal como lo muestra el cuadro 7, la estructura de la industria de prestación de servicios de salud muestra una gran dependencia de la red pública, de forma tal que en el 41% de lo municipios se cuenta con solo una institución pública y con 2 en un 19% de estos[44]. En el 76% de lo municipios del país no hay presencia de prestadores privados idóneos, sin embargo, como vemos en la tercera columna ya que la presencia de la red pública está garantizada en casi todo el territorio nacional solo un 0.28% del total de municipios se encuentran sin ningún prestador ya sea público o privado.

En el 50% de los municipios se encuentra pluralidad de agentes prestadores de servicios de salud, esto es que en ellos existen 3 o más prestadores de servicios sustitutos entre públicos y privado – Cuadro 7 -. Como se observa en el cuadro 8 no hay ningún municipio donde exista solo al menos una IPS privada y por el contrario como se muestra en el cuadro 9 existen 826 municipios donde solo existe presencia de IPS públicas; sin embargo, de este grupo operan en condiciones de oferta múltiple de IPS públicas el 37%. Y en condiciones donde no existe el 62.11%.[45] - cuadro 8 - . Ya que como lo muestra el cuadro 7, el 76% de municipios que no tienen instituciones privadas existe un subgrupo de municipios cuya oferta múltiple se deriva de instituciones públicas; este grupo debe considerarse vulnerable y en el también operan limites fuertes a la transformación de recursos.

Cuadro 8		
Distribución por zonas de monopolio – municipios-		
# de hospitales	% de municipio donde solo hay IPS públicas	% de municipios donde solo hay IPS privadas
1	43,34%	0,00%
2	18,77%	0,00%
>2	37,89%	0,00%
Total Municipios	100,00%	0,00%
Fuente: Datos Ministerio de Salud Cálculos: CID – Universidad Nacional de Colombia		

El límite en este sentido a la transformación, esta impuesto entonces por los recursos necesarios para garantizar la existencia de al menos 513 hospitales. -Cuadro 9-.

[44] En todos los casos donde existan 2 IPS, con seguridad una es pública, por lo cual el mantener una oferta con el mínimo de opciones (mayor que 2) implica contemplar las condiciones necesarias para su no desaparición. Se considera en el análisis que una institución del nivel 2 produce bienes sustitutos del nivel 1 y el nivel 3 produce bienes sustitutos del nivel 2 y 1.

[45] La existencia de 2 IPS públicas no garantiza condiciones de mercado ya que en la muestra de análisis se incluyen instituciones complementarias tales como centros de salud y hospitales de primer nivel.

Cuadro 9		
Distribución por monopolio de zonas de mercado y no mercado		
# de hospitales	# de municipio donde solo hay IPS Públicas	# de municipios donde solo hay IPS privadas
1	358	0
2	155	0
>2	313	0
Total Municipios	826	0
Fuente: Datos Ministerio de Salud Cálculos: CID – Universidad Nacional de Colombia- Proyecto Régimen Subsidiado		

- **Operación bajo condiciones de oferta y demanda limitada**

En aquellos casos donde la oferta estructural es limitada y los hospitales públicos dependen de los recursos de oferta para subsistir, la transformación de estos recursos tendría dos impactos; el primero, una posible ampliación de cobertura formal del número de afiliados al régimen subsidiado mejorando el indicador de accesibilidad a este programa en particular; y un segundo, que es la posible disminución global de los indicadores de accesibilidad y oportunidad para toda la población de la subregión de influencia de la IPS, en particular para aquellos municipios donde la transformación de los recursos de oferta a demanda implique el cerramiento de hospitales públicos. La transformación de los recursos implica que las externalidades negativas sobre acceso y oportunidad pueden opacar ampliamente los beneficios de una ampliación de cobertura[46] y que la magnitud de este impacto depende de si la oferta publica de hospitales permanece o no, dada su debilidad estructural.

En aquellos casos donde su existencia se condiciona totalmente a los recursos de oferta, esta depende de la elasticidad de sustitución entre los recursos de oferta y los recursos de demanda transformados; si esta fuera -1, ceteris paríbus, podría esperarse que la sustitución entre ambos no tendría efecto sobre su estructura financiera, y por lo tanto su condición actual no variaría; si es menor que 1, y de signo positivo cada peso transformado de oferta a demanda implica una reducción en el volumen total de recursos y su condición actual dada la alta dependencia que existen por los recurso de oferta tendería a empeorar. Si es menor que uno y de signo negativo implica un efecto contrario, esto es que una reducción en los recursos de oferta transformados a demanda se ve compensado por ventas al régimen subsidiado en el porcentaje especificado.

[46] La ampliación de cobertura como se mostrara más adelante, en las condiciones actuales y con los recursos de oferta no es posible sino alcanzar un 70% de la población NBI, bajo el actual POSS.

Cuadro 10		
Elasticidades de sustitución de oferta a demanda.		
	Año	Elasticidad
IPS públicas sin competencia	97-98	-0,5
	98-99	-0,1
Fuente: Datos Ministerio de Salud Cálculos: CID – Universidad Nacional de Colombia.		

Con datos de 1997,1998 y 1999 calculamos las elasticidades de sustitución entre ambos recursos, en aquellos casos que hemos considerado críticos es decir donde la estructura de la industria tiene pocos oferentes la elasticidad de sustitución del -0.5 entre el periodo 97-98, indica que por cada 100 pesos transformado de oferta a demanda retornaron a la IPS 50, para 1998-1999 la elasticidad de sustitución del -0.1 indica que por cada 100 pesos adicionales transformados solo llegaron a los hospitales 10 pesos. Esto se explica en el 99, debido a que la transformación de recursos no se utilizó en esa oportunidad para ampliación de cobertura sino que se tuvo como fuente sustitutiva de los recursos del Fosyga y en parte porque el proceso de intermediación y/o aseguramiento es costoso. –ver cuadro 10-

La dependencia de las IPS por recursos de oferta para sobrevivir, hace vulnerables en este escenarios la garantía de los derechos sociales en salud si se lleva a cabo una transformación de los recursos de oferta a demanda, del denominado sistema general de participaciones en salud a partir del 2004. En este caso *el límite fuerte a la transformación* es la dependencia de las IPS públicas y es considerada como razón suficiente para no continuar en el proceso de transformación. Bajo estas condiciones garantizar el derecho a la salud y sostener la red pública son objetivos complementarios.

- **Operación bajo condiciones de oferta ampliada (3 o más IPS)**

Existe un segundo escenario, aquel donde los privados y los público compiten en la industria de la prestación de servicios, en este caso el límite lo impone la cobertura que se podría alcanzar con los recursos transformados unido a otras fuentes de financiación.

En este caso la transformación se encuentra limitada por la dificultad en la ampliación de cobertura, igualación del POS subsidiado con el contributivo y el problema de focalización de la pobreza relativa frente a los bienes relacionados con la salud. Ya que si bien existe la alternativa de que los servicios de salud sean proveídos por agentes privados, su existencia no garantiza el acceso a los vinculados ni la atención del 40% de eventos no cubiertos por el POS-S, disminuyendo los indicadores de accesibilidad y oportunidad para esta franja de población y afectando también la posibilidad de ser atendidos de los afiliados al régimen subsidiado.

3.6 ESTRUCTURA DE GASTOS Y COMPETITIVIDAD DE LAS IPS PÚBLICAS

Tradicionalmente se afirma que es en gran parte debido a los costos laborales de las IPS

públicas que estas se encuentran en déficit, pero nunca se aborda el problema de la crisis de los hospitales públicos en relación a la industria en general. En este aparte consideraremos ambos elementos.

3.6.1 Sobre la competencia entre IPS y la integración vertical en presencia de varios oferentes

A pesar de que en las grandes ciudades e incluso en poblaciones intermedias respecto al número de habitantes, existe una mediana oferta de prestadores de servicios, las condiciones de competencia se ven alteradas gravemente, debido a la integración vertical entre (ARS-EPS) – IPS de su propia red, originando condiciones de competencia desleal, de las que se pueden derivar efectos perversos en términos de distorsión de costo de la industria de prestadores de servicios, ya que la integración vertical puede originar una reducción de costos administrativos para las IPS cuyo dueño es una ARS o incluso un proceso de subsidio del negocio del aseguramiento al negocio de la prestación de servicios, con el fin de sacar a los competidores del mercado, que por su naturaleza jurídica no pueden entrar en procesos de integración, y a los cuales, en aquellos casos que se les contrata dando cumplimiento a la reglamentación estatal, se le imponen costos administrativos y financieros superiores, tales como demoras en pagos, y glosas injustificadas.

Cuadro 11				
Antigüedad de cartera de las ESE por tipo de ARS (%)				
Días de vencimiento	ESS	CCF	EPS	Tot.gral
Menos de 30 días	13.7%	20.7%	14.3%	16.2%
De 30 a 60 días	13.6%	14.3%	15.4%	14.1%
De 60 a 90 días	10.2%	12.9%	11.8%	11.0%
Más de 90 días	62.5%	52.1%	58.4%	58.8%
Total ($MM)=100%	192.1	408.9	1002.3	296.5
Periodo medio de pago	128	113	123	123
Número de administradoras	109	23	16	171
Fuente: Universidad Nacional de Colombia - datos de cartera suministrados por 60 IPS públicas				

El cuadro 11 muestra los elevados promedios de recuperación de cartera que tienen las IPS públicas respecto a las cuentas de las aseguradoras, el mayor porcentaje de cartera se encuentra en el rango de más de 90 días la cual incluye facturación de periodos anteriores, siendo esta de un total del 59%. Al respecto, el estudio de evaluación del régimen subsidiado de la Universidad Nacional concluye *"que los elevados promedios de antigüedad de cartera (demora en recuperar los servicios prestados) tienen incidencias negativas sobre la estructura financiera de las IPS- ESE y representan costos de oportunidad que deterioran la capacidad de inversión y la posibilidad de hacer rentable su operación."*[47]

[47] Proyecto de Evaluación del Régimen Subsidiado en Salud. Análisis Financiero de las IPS. Universidad Nacional de Colombia. Mimeo. P.9. Parte de la cartera se explica por la situación expuesta arriba, sin embargo, otra está relacionada con la deficiente gestión financiera que realizan los hospitales en muchos casos.

Adicionalmente la integración vertical origina a la vez una barrera a la entrada de nuevos competidores a la industria de la prestación de servicios trayendo consigo un rompimiento en el proceso de innovaciones tecnológicas que beneficiarían a toda la población que demanda los servicios de salud. En el largo plazo la industria perderá tanto su competitividad relativa frente a la de otros mercados, como la potencial eficiencia dada en la remuneración por producto que se puede originar de la utilización de subsidios de demanda.[48]

En este sentido podemos afirmar que los recursos de oferta de los cuales dependen gran parte de los hospitales públicos, vienen siendo utilizados al menos en alguna proporción para sostener una red hospitalaria pública que se ha visto atacada por procesos de competencia desleal desde el sector privado, y que de otra forma habría sido sucumbido ante estos. Debido a lo anterior se hace necesario garantizar una libre competencia entre productores, lo cual requiere qué los organismos reguladores garanticen la separación de la industria del aseguramiento de la de prestación de servicios.

3.6.2 Costos y productividad de las IPS

Se afirma que en las IPS públicas ha existido un aumento en sus ingresos a partir de la reforma de 1993, pero que aún así, el déficit en su estructura financiera persiste, debido a los altos costos de personal que enfrentan.[49] Al mismo tiempo, se suele afirmar que las IPS privadas presentan niveles salariales menores que los de las entidades públicas, lo que a la postre trae consigo diferencias en competitividad significativas. Como se observa en el cuadro 12, los gastos de nomina de los hospitales públicos representaron el 68% del total de estos para 1998.

Cuadro 12		
Composición gastos hospitales públicos		
Hospitales Nivel 3	1997	1998
Gastos de nomina	64%	68%
Gastos de prestación de servicios	24%	19%
Gastos de Transferencias	4%	6%
Gastos de servicios de deuda	1%	2%
Gastos de inversión	7%	6%
Fuente: Ministerio de salud, Misión Social . Cálculos: DERP-UIFP-DNP y DISAL –UDS-DNP		

Abordar el problema no resulta sencillo por dos razones, la primera , en tanto no se puede afirmar de plano que las garantías laborales y los niveles de salarios que mantiene las empresas estatales para sus trabajadores sean indeseables en el sistema de salud; tal como lo mostró el censo del recurso humano del ministerio de salud,[50] para 1997, de los 102'325 empleos TCE[51]

[48] Adicional a esto, cabe anotar el riesgo ético cuando la función de agencia se cumple con la de prestador.

49 Giedion, López (2000), Op,Cit .p.24

50 Ministerio de Salud Nacional. Censo del recurso humano y dinámica salarial del sector salud oficial 1994-1998.

[51] Ibid., p.23 TCE se refiere a tiempos completos equivalentes, lo que consiste en convertir las jornadas parciales en la equivalencia a 8 horas diarias.

del sistema de salud, 90'002 tenían una vinculación de planta, mientras solo 12'323 hacían por contrato. Y la segunda, *originada en la no existencia de un estudio sobre productividad y costos del sector privado prestador de servicios de salud en Colombia que sirva como punto de comparación*.[52] -Ver cuadro 13-

Cuadro 13		
Número de empleos en el sector salud oficial según tipo de vinculación. Colombia, Ministerio de salud 1996-1997 – Empleos TCE-		
Tipo de Vinculación	1996	1997
Planta	88916	90002
Contrato	9935	12323
Total	98851	102325
Fuente: Censo de recursos humanos sector salud oficial, Ministerio de Salud 1998. TCE: tiempos completos equivalentes		

El debate no se limita a afirmar que la red pública de hospitales sea ineficiente en términos de sus gastos respecto a la red privada debido a que mantiene mejores garantías salariales y laborales para sus trabajadores, ya que se puede iniciar afirmando que las instituciones de salud pública consideran dos objetivos dentro de su marco de operación, el primero, la prestación de los servicios de salud y el segundo, el mantenimiento de unas condiciones laborales estables formales y de pago justo con el fin de lograr compromisos del factor humano con sus instituciones.[53] – Lo cual no es absolutamente cierto dado el nivel de deuda y la dispersión en el tiempo del pago de salarios que realiza actualmente la red pública a sus trabajadores- [54] La nivelación salarial, impuesta por la ley 100, contempló la necesidad de hacer un pago justo y digno a la profesión medica, los aumentos no fueron injustificados, incluso tal como se comenta en el censo, el incremento para los trabajadores fue en promedio de tan solo el 48,5%.

Si este último es considerado un objetivo loable, el debate no debe canalizarse únicamente por el lado de los salarios, sino que se debe incluir elementos de productividad, teniendo en cuenta aspectos como el dimensionamiento de las plantas de personal frente al número servicios prestados, los niveles de productividad del recurso humano y su capacidad de gestión administrativa y financiera. Lo cual a su vez se cruza con el análisis del contexto, y la incidencia que tienen otras instituciones públicas y privadas en su funcionamiento.

A este respecto, el trabajo de Gideon y López parece ser muy ilustrativo, los autores encontraron que en la productividad de los hospitales públicos existe una gran dispersión entre

[52] En principio podrían utilizarse estándares internacionales sobre utilización de camás, sin embargo, dada la estructura geográfica existente en el país es posible encontrar que aquellas zonas más apartadas incidan notablemente en la disminución de este indicador, sin que por esto pueda endilgársele al sistema un adjetivo como ineficiente. Por esto la comparación en este sentido en principio no ha sido considerada.

[53] La ley 100 de 1993, contempla adicionalmente al programa de nivelación salarial el estimulo al desempeño eficiente de los trabajadores y profesionales de la salud, mediante un régimen de estímulos salariales y no salariales.

[54] Según los datos del Ministerio de Salud, el costo prestacional es una de los elementos que genera cargas financieras altas para el sistema, entre otras por la retroactividad de las cesantías

las IPS públicas que son eficientes y las que no lo son. En el agregado nacional hubo un aumento del 28% en productividad para el periodo 1996-1999, si embargo, el 55% de las instituciones experimentaron un descenso en su nivel de producción. [55]

El nivel 1 de atención pública hospitalaria, aquel que se encuentra en la mayor parte de los municipios del país donde no aparecen prestadores privados idóneos para el primer nivel hospitalario, ni niveles de mayor complejidad y donde el bienestar social que genera su existencia, supera las perdidas financieras de estas instituciones; es el que presenta mayor dificultad en su capacidad de financiación hacia el futuro pues la relación entre valor producto y gasto, así como sus niveles de productividad en términos del recurso humano asistencial, no tuvieron un buen comportamiento durante el periodo de análisis.[56]

Las instituciones de nivel 2 y 3 incrementaron el nivel de productividad del recurso humano asistencial entre 1996 y 1999,[57] aunque la carga administrativa impuso una disminución fuerte a la productividad alcanzada.

En el primer caso, es muy posible que exista un bajo nivel de maniobra con miras a aumentar la productividad, por lo menos en aquellas zonas donde la demanda por servicios de salud es muy pequeña, pero, sin embargo, resulta socialmente rentable mantener una oferta, responsabilidad que recae en el estado, independientemente del éxito alcanzado en el proceso de mejoras en la productividad, que como ya mencionamos tiene limites importantes en este caso.

El segundo grupo, relacionado en general con los niveles de atención 2 y 3, debe aprovechar las condiciones de amplia demanda de los centros urbanos en aquellos casos donde operen allí y los mejores comportamientos en productividad del recurso humano asistencial, con miras a aumentar su competitividad; esto, *unido a un papel regulatorio del estado que garantice una separación amplia y clara entre prestadores y aseguradores en salud, y a planes e incentivos dirigidos a las IPS públicas*, debe a la larga generar instituciones más competitivas y menos dependientes de los recursos de oferta. No quiere esto decir, que una vez sea alcanzado este objetivo loable se pueda avanzar automáticamente en una política de transformación de subsidios de oferta a demanda más agresiva, ya que como se ha sostenido a través de este documento existen otros limites importantes a la transformación.

El problema financiero puede llevarse a su justa dimensión una vez exista un esfuerzo sistemático en términos de productividad de las IPS y por lo tanto en gestión, con miras a superar las falencias que afectan su competitividad y ponen en entredicho su permanencia en la industria. En particular habría que mencionar algunos aspectos claves en los que se necesita intervenir, tales como la contratación de servicios, la facturación, el cobro y el recaudo, la estructura organizacional con miras a tener una operación eficiente, la racionalización del gasto

[55] Giedion, López (2000), Op,Cit .p.30-31. Los indicadores de productividad descienden significativamente cuando se incluye el personal administrativo.

[56] Ibid., p. P.33. 35

[57] Si se involucra en el análisis el personal administrativo, disminuye sustancialmente el nivel de productividad.

y la definición de estrategias de mejoramiento continuo como por ejemplo la planeación estratégica, que les permitan autorregularse.

Los hospitales públicos deben avanzar en la profundizaciones de relaciones mercantiles, como condición para el sostenimiento de la red pública por lo menos en los grandes centros urbanos. Por el momento la existencia de la red pública esta atada a los subsidios de oferta, y como vimos bajo las condiciones actuales se hace necesario mantener este sistema si se quiere garantizar el ejercicio del derecho a la salud.

Sin embargo, las metas del sistema unidas a la voluntad política parecen apuntar en el largo plazo por la estrategia de subsidios de demanda a través del aseguramiento universal, en este contexto, los hospitales públicos de centros urbanos van a perder la importancia relativa que poseen actualmente, -al ser el vehículo de ejecución de los subsidios de oferta- . Su supervivencia en el largo plazo estará atada a los éxitos que se tengan en los planes de mejoramiento actuales y a la voluntad política para emprenderlos, en particular debe aprovecharse el compas de espera dado por la ley 715, para el logro de estos objetivos deseables.

Por último, es necesario recalcar que todo dinero que sea malgastado por los agentes del sistema de salud, y en particular por las IPS, implica limitar las posibilidades de acceso a nuevos beneficiarios al sistema de salud y deficiencias en la oportunidad y calidad de la atención a la población en general. En ambos casos, ya sea como subsidio estatal con miras a resistir ataques de competidores desleales o como víctimas de un sistema de costos y baja productividad, endilgado a su propia estructura, el sostenimiento de los hospitales públicos, al menos en el corto plazo parece un objetivo deseable, aunque en el largo plazo, no deba realizarse a cualquier precio al menos en zonas de oferta múltiple.

3.7 SECUENCIA EN LA TRANSFORMACIÓN

¿En qué proporción se pueden entonces transformar los recursos de oferta a demanda? Y ¿En qué momento? La respuesta a estos dos interrogantes no es sencilla, en realidad se nutre de todos los elementos expuestos anteriormente.

Un ejercicio en esta vía, que nos lleve a proponer una secuencia de transformación debe partir de la superación de algunas condiciones estructurales en cuanto a la oferta de servicios en salud, en particular lo que se refiere a la dependencia de la red pública de los recursos de oferta y los efectos nocivos de su desaparición en gran parte del territorio nacional. Esto impone un primer escenario, el cual, sostiene que el proceso de transformación no debe profundizarse hasta tanto no se logre superar la debilidad financiera de los hospitales, independientemente del comportamiento de otras variables.

Sin embargo, si hacemos abstracción de esta condición y la suponemos superada, podemos intentar responde las dos preguntas con que inicia este aparte.

Bajo las metas de cobertura universal, en un mismo plan de beneficios, esto es igualando el POS- S, al POS contributivo, los recursos que necesita el sistema de salud son del orden de $

4.160.914.000.000 –Ver cuadro 14- . Tal como lo muestra el estudio de sostenibilidad financiera realizado por la Universidad Nacional de Colombia, bajo las condiciones actuales, el sostenimiento de las coberturas alcanzadas ya se presenta como un gran desafió al sistema, dado que los ingresos totales del régimen subsidiado se retrasan frente a los gastos, aun para mantener el mismo nivel de cobertura de 1999; por lo cual es prácticamente imposible pensar en conseguir estos recursos en el mediano plazo.

Cuadro 14	
Recursos financieros necesarios para alcanzar cobertura universal e igualar el POS – 2001 En millones	
Recursos necesarios para Igualar POS-S y POS-C .	909.645
Recursos necesarios para lograr cobertura total con POS Completo	3.251.269
Total recursos adicionales necesarios para conseguir cobertura universal con POS completo	4.160.914
Fuente: Calculos CID- Universidad Nacional. Millones de pesos de 2001.Con base en encuesta nacional de Hogares, Marzo 2000.	

¿Es adecuado transformar recursos de oferta a demanda, aunque subsista un proceso de complementariedad entre los dos planes de beneficios ofrecidos a través de los subsidios de oferta y demanda para los afiliados al régimen subsidiado, sacrificando la meta de cobertura universal? Tal como lo afirmamos anteriormente, la respuesta es no.

El escenario impone restricciones estructurales, por lo cual la recomendación de la Universidad en cuanto a transformación de subsidios de oferta a demanda, es que no debe profundizarse, esto implica sostener el porcentaje alcanzado para el 2001 después de descuentos, ya que aun con un calculo optimista del crecimiento del PIB al 3% anual, la financiación del sistema presenta dificultades para sostener la cobertura actual, al no encontrar un crecimiento adecuado de las actuales, ni nuevas fuentes. Mientras no existan nuevos ingresos, o se cuente con un crecimiento importante de los actuales, tales como los recursos del punto de solidaridad, o el paripatsu, avanzar en el proceso de transformación parece que no es una vía adecuada.[58]

Sin embargo, si las otras fuentes de financiación crecieran podría apelarse a eventuales modelos de transformación progresiva. En este caso, habría que considerar el impacto de la transformación en la financiación de la red hospitaría, y el cubrimiento a la población frente a salud. Por cada peso adicional que exista para demanda, ¿cuanto se puede transformar de los recursos de oferta?

El problema de elección, se refiere a un espacio donde se espera que los jugadores al menos conserven su condición inicial[59], en este caso los hospitales deberían al menos no profundizar su crisis, por lo cual habría que considerar conservar como mínimo los niveles de ingreso actuales,

[58] Los argumentos a este respecto han sido expuestos anteriormente.

[59] Elección que se encontraría de acuerdo a los principios de justicia enunciados por Rawl Jhon, Teoría de la Justicia. F.C.E.

mientras entran en un proceso de reestructuración. Como observamos anteriormente, por cada peso transformado en el periodo 97-98, el hospital recuperó por ventas de servicios 50 centavos, mientras que en el periodo 98-99, solo recuperó 10 centavos. La causa explicativa de este fenómeno, es que para el primer periodo la transformación no operó totalmente como una fuente sustituta de recursos del orden nacional, sino por el contrario entró a cofinanciar ampliaciones de cobertura, mientras para el segundo el fenómeno fue el contrario.

El escenario en el cual consideramos podría considerarse profundizar el proceso de transformación se parece más al primero que al segundo, es decir, aquel donde paulatinamente se avanza en cobertura, aunque adicionalmente se proveen nuevos recursos para igualar los planes de beneficios. Sin embargo, no existe suficiente información para poder determinar, de los nuevos recursos, cuantos podrán ser captados por las IPS públicas.

Sin embargo, es importante tomar como criterio de transformación la utilización de los recursos de oferta para jalonar otros recursos del orden nacional. En este caso, el modelo de transformación recomendaría guardar cierta equidad entre la proporción que representan estos recursos del total necesario para alcanzar cobertura universal con un POS completo. – Ver cuadro 15- A manera de ejemplo, si se toman en cuenta solamente el volumen de los recursos no transformados para el 2001 con descuentos, se esperaría que por cada peso adicional de otras fuentes de financiamiento para recursos de demanda, se transformaran 17 centavos de oferta, de forma tal que el momento en que se transformen todos los recursos, coincida con alcanzar los logros en cobertura y unicidad del plan de beneficios.

Cuadro 15		
	Recursos de Oferta 2001 por fuente	Recursos no transformados Totales 2001
Situado fiscal –Oferta	583.261	1.072.458
Rentas cedidas – Oferta	108.116	275.584
Total recursos oferta	691.377	1.348.042
Porcentaje sobre recursos totales necesarios para lograr Cobertura universal con POS completo	16,62%	32,40%
Fuente: Ministerio de Salud. Procesado Universidad Nacional de Colombia. En millones.		

Este escenario permitiría a los hospitales afrontar un proceso de reestructuración no traumático, y bajo el supuesto de que existe separación de negocios entre el aseguramiento y la prestación de servicios, incrementar sus ventas, asegurando en lo posible que al menos por cada peso adicional que entre al sistema, un alto porcentaje sea captados por la red hospitalaria por venta de servicios. Ya que no existe seguridad sobre cuanto de los recursos transformados puedan ser captados por la red hospitalaria, parece que un sistema gradual de bajo impacto negativo sobre

las finanzas de la red hospitalaria, unido a la incorporación de nuevas fuentes, sea el más adecuado para llevar a cabo el proceso de transformación. [60]

Una última consideración que podría tomarse en cuenta, afirmaría que ya que la UPC del régimen subsidiado, es el 54% de la UPC del régimen contributivo, es de esperarse que por cada peso adicional que se utilice en afiliación, el hospital pierda responsabilidad al menos en un 54% de lo eventos que podría demandar una persona en salud, y que podría recuperar estos recursos por venta de servicios a las ARS. Como vimos anteriormente, este no ha sido el caso en el pasado, donde incluso para el periodo de 98-99, por cada peso transformado de oferta a demanda, la red pública solo vio incrementados sus ingresos por ventas de servicios en 10 centavos. Por lo cual, una formula de transformación de este tipo profundizaría la crisis hospitalaria.

Sin embargo, aunque estas alternativas son validas, bajo las actuales condiciones de financiación en el sistema, la única alternativa viables es la primera, donde la trasformación ha tocado prácticamente su límite superior, hasta el momento en que sea posible empezar a incorporar nuevos recursos al sistema.

3.8 CONCLUSIONES

1. Los recursos destinados a los subsidios de oferta, cumplen múltiples funciones; son la puerta de acceso para una gran franja de población sin capacidad de pago no asegurada, son indispensables para el sostenimiento de la red pública en las condiciones actuales y en particular aseguran su existencia en zonas donde solo el estado es prestador.

2. Al menos en teoría, los eventos no contemplados en el POS-S y si en el POS-C son cubiertos por recursos de oferta, y en este sentido los subsidios de oferta son un bien complementario para aquella franja de población asegurada a través del régimen subsidiado en salud.

3. El avance en la cobertura del régimen subsidiado con miras a un aseguramiento universal en términos de equidad entre pobres y no pobres, dado por la igualación de los planes obligatorios de salud, está puesta en duda, dada la delegación progresiva de la responsabilidad del gobierno nacional a los entes municipales en materia de financiación y a los topes al crecimiento impuestos mediante la reforma constitucional a los recursos destinados a salud y educación.

4. La focalización de los subsidios a la demanda y sus ventajas relativas en términos de eficiencia vertical y horizontal, presentan serías deficiencias originadas en el instrumento de focalización y en la gestión realizada en este proceso. Así mismo, las

[60] En este caso esperaríamos tener resultados al menos similares a los del periodo 98-99, donde por cada peso transformado obtiene al menos 50 centavos en ventas adicionales. Los ingresos por ventas de servicios se verían adicionalmente favorecidas por la incorporación de nuevos recursos al sistema.

ganancias en calidad, dadas por el pago de producto y no de insumo se han visto seríamente limitadas por la integración vertical entre aseguradores y prestadores. El análisis de las ventajas y desventajas originadas por la implementación de un determinado tipo de subsidios, no son expeditas.

5. Las anteriores condiciones deben ser corregidas si se quiere hablar de profundizar y avanzar en el proceso de ampliación de cobertura mediante subsidios a la demanda, más aún cuando se aduce que la transformación de subsidios de oferta a demanda permite cada vez que más población se beneficie de este tipo de ganancias.

6. Los anteriores elementos, se constituyen en limites a la transformación, en este caso se encuentran agregados, lo que hace más complicado el panorama. Sin embargo, individualmente son argumentos suficientemente contundentes para recomendar no avanzar en el proceso de transformación de subsidios de oferta a demanda hasta que no hallan sido superadas todos y cada uno de ellos.

7. Si las condiciones de agenciamiento se cumplen, la complejidad del producto subsidio a la demanda presenta beneficios adicionales para los afiliados, esta se garantiza cuando se ponen fuertes restricciones a la integración vertical entre aseguradores y prestadores.

8. Existe la necesidad de una política dual respecto a los hospitales, que depende de la capacidad de autofinanciación, 1- cuando ésta se ve definida por la existencia de múltiples oferentes en mercados con amplia demanda, caso en el que se esperan mejores resultados de la aplicación de planes de mejoramiento y competitividad, y por lo tanto la pérdida de importancia de los recursos de transferencias del gobierno a las IPS en el largo plazo, y 2- donde la capacidad de demanda no permite la entrada de múltiples oferentes de servicios de salud, originando la necesidad de mantener instituciones de salud subsidiadas.

9. La crisis hospitalaria, no puede entonces considerarse como la única causa para no profundizar el proceso de transformación actual. Debido a esto, el problema no se limita a la existencia o no de incentivos a los agentes – en este caso, las IPS – para conseguir eficiencia, sino que en el conviven limites fuertes en términos de garantía de derechos ciudadanos en salud, que pasan por problemas de cobertura, equidad, financiación y descentralización, y estructuras de oferta del mercado de IPS.

3.9 ANEXO 1 - FOCALIZACION VS. UNIVERSALIZACION

Argumentos a favor	
FOCALIZACION: Subsidio a la demanda	**UNIVERSALIDAD: Subsidio a la oferta**
Favorecer la población más pobre y vulnerable Llega a los excluidos de los servicios básicos – superación de la exclusión Problemas de eficiencia: eficiencia horizontal: grado en que programas subsidian únicamente a los pobres; eficiencia vertical: grado en que se logra que todos los pobres reciban el subsidio Falta de focalización aumenta costos e ineficiencias que excluyen a los más pobres Incrementa la autonomía y responsabilidad de los proveedores Permite evaluar y premiar sobre los productos y el rendimiento del servicio y no sobre los insumos Estimula múltiples fuentes de aprovisionamiento Facilita la descentralización Tratamiento heterogéneo asegura que los marginados y con menor capacidad tengan acceso a los servicios Evita que las personas de recursos dejen de utilizar los servicios públicos Puede responder más fácilmente a las necesidades reales de los grupos locales Mejora sostenibilidad gracias a la apropiación del servicio por parte de los usuarios Reduce los niveles de corrupción gracias al involucramiento de la comunidad en el monitoreo Beneficiarios del subsidio mejoran su bienestar	Establece estándares de calidad de servicio igual para todos Tratamiento homogéneo para todos Costa Rica ha alcanzado cubrimiento universal con un sistema centralizado Hospitales se benefician de economías de escala. Buena calidad del servicio (Costa Rica) Hospitales públicos mejor equipados que los privados Promoción de mayor igualdad social Equidad en el tratamiento de las características personales Se puede lograr eficiencia económica Las instituciones sociales otorgan derechos

Críticas	
FOCALIZACION: Subsidio a la demanda	**UNIVERSALIDAD: Subsidio a la oferta**
Costos de la focalización: distorsión de información, distorsión de incentivos, estigma social, costos administrativos, sustentabilidad política y mantenimiento de la calidad Acciones complementarias deben establecerse para asegurar evaluar y premiar sobre los productos y el rendimiento del servicio Se presta a sesgos en abastecimientos o manipulación por líderes, contratistas o personas de las comunidades, o abusos del uso del subsidio Pueden ser más costosos desde una perspectiva regional o nacional Los procesos de descentralización subyacentes pueden exacerbar las diferencias regionales Las entidades privadas tienen aversión al riesgo obligando a enfermos crónicos y a ancianos a acudir a la seguridad pública Disminución de la oferta de salud preventiva Ineficiencias de los agentes privados Los programas no otorgan derechos sino que tienen beneficiarios Nivel de pobreza es muy alto	Los sistemas públicos tradicionales carecen de mecanismos para ajustar recursos a los requerimientos y resulta en largas colas Acceso universal puede sobrecargar las capacidades fiscales y debilitar el apoyo público Crea resistencia a los cambios Los sistemas centralizados y jerárquicos dan poderes operacionales lejanos de los proveedores para obtener la información necesaria El aprovisionamiento centralizado dificulta ajustarse a los cambios en la composición local de la demanda Sistemas centalizados están lejos de entender las calificaciones e insumos requeridos para mejorar el nivel de atención Lentitud en la incorporación de nuevas tecnologías – organizados en función de estándares Sistemas centralizados de aprovisionamiento no permiten estimular el esfuerzo y la productividad Inflexibilidad de los presupuestos En AL el quintil superior paga tanto por servicios de salud como el estándar internacional, pero el 40% más pobre paga por encima de la norma internacional Apoyo político para asignar recursos a sistemas de bajo desempeño debilita los sistemas de servicios básicos Presupuestos cortos y capacidades institucionales limitan la provisión de servicios de alto costo, o conllevan a los de mayores ingresos a acudir al sector privado Hospitales públicos son costosos para operar Falta de coordinación entre salud básica primaria y niveles mayores de servicios,

	deficientes sistemas de información y posibilidades de corrupción Las personas de altos ingresos sólo comienzan a pagar excedentes cuando necesitan un tratamiento muy costoso Los médicos del sector público manipulan los pacientes para su consulta privada

Fuente: CID- Universidad Nacional de Colombia. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado..

4 SOSTENIBILIDAD MACROECONÓMICA Y FINANCIERA DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD

Alvaro Zarta
Investigador Universidad Nacional

INTRODUCCIÓN

Con la expedición de la Ley 715 de diciembre de 2001, que reglamentó el Acto Legislativo 01 de 2001, se creó el Sistema General de Participaciones, conformado por las participaciones de salud, educación y propósito general, de conformidad con lo previsto en dicha ley. Al momento presente, entre los conocedores del tema, se tiende a pensar que el sistema nacional de salud se puede volver más eficiente y con una mejor asignación de los recursos entre los diferentes niveles de gobierno, a mas de que el mayor volumen de recursos con que parte para el presente año y los dos períodos que escogió para que esto se pueda cumplir, a saber, de 2002 a 2008 como período de transición y de 2009 a 2014 como período de estabilidad y crecimiento, crean las condiciones propicias para que por estas vías se torne viable y sostenible.

En los dos primeros capítulos del presente documento se lleva a cabo una aproximación macroeconómica rigurosa al tema de la sostenibilidad de las finanzas públicas del gobierno nacional. Esto se hace así, porque se considera que se requiere delimitar el tema de la deuda como un factor decisivo para las finanzas del gobierno nacional. Y para diferenciarlo básicamente de lo que, más adelante, se establece como la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud, la cual tiene que ver principalmente con el logro y/o mantenimiento de ciertos niveles de cobertura de la población objetivo histórica, social o institucionalmente deseables.

Las brechas fiscales de corto y mediano plazo que se estiman en el capítulo III, muestran que la sostenibilidad de mediano plazo de las finanzas publicas del gobierno nacional está en entredicho, tanto porque la senda de crecimiento económico del mediano plazo está muy difícil de recuperar y, aun lográndolo, porque los niveles de deuda pública del gobierno nacional con respecto al PIB real han alcanzado ya valores muy elevados para manejar.

Los componentes macroeconómicos y financieros del régimen subsidiado en salud se estudian en el capítulo IV, a partir de tener en cuenta la normatividad y complejidad del funcionamiento de tal régimen con la ley 715 de 2001, de manera que se llega a determinar estimativos razonables para los periodos 2002-2008 y 2009-2014 y aun hasta el 2015. Mediante la consideración de supuestos razonables que toman en cuenta las tasas de crecimiento económico, las tasas de inflación, las variaciones de los ingresos corrientes de la nación y el propio crecimiento de las transferencias, además de otras variables relacionadas, para cada uno de los años de los dos períodos considerados, se llegan a determinar estimativos para los diferentes tipos de transferencias de la ley 715/01, del sistema general de participaciones, del régimen subsidiado, tanto de los subsidios de demanda como de

oferta, de los otros componentes que hacen parte de los subsidios a la demanda como de los subsidios a la oferta y, finalmente, de las tasas de crecimiento de todas las variables previamente mencionadas.

Asimismo como un insumo de la proyección se hicieron supuestos básicos sobre el crecimiento de la población y del empleo, incluso con supuestos diferentes para ciertos sub-períodos, de manera que se pudiera establecer una proyección anual de la población con seguro, tanto del régimen contributivo, como del subsidiado y los regímenes de excepción, como de la población sin seguro, los no afiliados o vinculados e incluso de la población no-pobre que no tiene ningún tipo de cobertura en salud.

Y posteriormente se combinaron todos estos supuestos, de manera que se tuvo como criterio básico el que solo la disponibilidad de recursos financieros era el que permitía que se afiliaran o no al régimen subsidiado, el estimativo de personas que se incluyó en la proyección. De esta forma, tanto la restricción de recursos disponibles como la evolución de la UPC para cada año fueron las variables determinantes para considerar la afiliación o no al régimen subsidiado. Asimismo se tuvo en cuenta la afiliación nueva según la ley 715/01, y la población susceptible de afiliar con los recursos obtenidos anualmente.

Finalmente, en el capítulo V se argumenta que la relación entre sostenibilidad macroeconómica de las finanzas del gobierno nacional y sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud no es directa, de modo que si bien las dificultades que tenga el gobierno nacional para pagar la deuda, en el mediano o en el largo plazo pueden afectar al gasto social que este realiza, de todas maneras hay una cierta autonomía del gasto básico social, que a lo sumo demoraría o retrasaría las metas de cobertura del régimen subsidiado en salud.

4.1 EL CONCEPTO DE SOSTENIBILIDAD

4.1.1 La restricción dinámica de presupuesto del gobierno

La restricción dinámica de presupuesto del gobierno, o cambio en el valor nominal de la deuda, según Blanchard y Otros (1990), viene dada por:

$$dB/ds = G + H - T + iB \qquad (1)$$

donde *B* representa la deuda nominal, *i* es la tasa de interés nominal sobre la deuda, *G* es el gasto nominal del gobierno en bienes y servicios, *H* son las transferencias y *T* los impuestos.

El valor de los gastos más las transferencias menos los impuestos se considera a menudo como el déficit primario, *D*. El lado derecho de la ecuación (1) corresponde a la definición usual del *déficit.*

En la medida que las economías crecen a través del tiempo, es más útil reescribir la restricción presupuestaria en términos de relaciones o proporciones con respecto al PIB. Así, *b* (= *B/PIB*) denota la relación o proporción de deuda real a PIB real. De igual forma, permítase que *g*, *h* y *t* (*g* = *G/PIB*, *h* = *H/PIB* y *t* = *T/PIB*) representen las relaciones del gasto real, transferencias e impuestos reales al PIB real. Permítase que *d* sea la relación del déficit primario a PIB, *q* la tasa real de crecimiento del PIB y *r* la tasa de interés real expost (*i* - *p* = *r*, donde *p* es la tasa de inflación).

La ecuación (1) se convierte en:

$$db/ds = g + h - t + (r - \boldsymbol{q})b = d + (r - \boldsymbol{q})b \qquad (2)$$

La ecuación (2) es central para cualquier discusión sobre sostenibilidad, observan Blanchard y Otros (1990). Ella dice que la evolución de la proporción de deuda a PIB depende de dos conjuntos de factores. El primero, el cual refleja el gasto corriente, las transferencias y las reglas de impuestos, es el déficit primario. El segundo, el cual refleja la herencia del pasado, es el producto de la proporción de deuda acumulada a PIB (*b*) multiplicado por la diferencia entre la tasa de interés real y la tasa de crecimiento económico (*r* - *q*). Si esta diferencia es positiva, un superávit primario se requiere para mantener una proporción constante de la deuda al PIB.

4.1.2 DEFINIENDO LA SOSTENIBILIDAD

Una definición formal puede darse ahora a la noción de sostenibilidad de la política fiscal. La política fiscal puede pensarse como un conjunto de reglas, de la misma forma que de un nivel heredado de deuda. Y una *política fiscal sostenible* puede definirse, según Blanchard y Otros (1990), como una política tal que la proporción de deuda a PIB converja finalmente de vuelta a su nivel inicial, b_0. Obviamente, tendría poco sentido clasificar como insostenible una política que implique una elevación transitoria en la proporción. La justificación para exigir que la proporción regrese finalmente a su nivel inicial, como opuesta digamos a cero, o a un nivel mayor pero estable, es, sin embargo, mucho menos evidente. Como se observa más adelante, esta condición puede ser relajada sustancialmente sin que esto afecte los resultados; la discusión será más fácil una vez que las ecuaciones básicas sean expuestas.

¿Qué restricciones la sostenibilidad impone, entonces, sobre la política fiscal? Para responder la pregunta, el primer paso es usar la ecuación (2) para caracterizar la evolución de *b*. Supóngase que uno comienza en el tiempo cero con una relación de deuda a PIB igual a b_0, y que la política fiscal como se establece actualmente mediante gastos e impuestos produce una secuencia de proporciones de déficits primarios a PIB (d_s). Se supone que la diferencia entre *r* y *q* es constante y positiva. Aunque la constancia es sólo por simplicidad de notación, el supuesto que (*r* - *q*) es positivo es importante, acerca del cual se dirá más después. La relación o proporción de deuda a PIB en cualquier momento *n*, (b_n), está dada entonces, según Blanchard y Otros (1990), por:

$$b_n = b_0 e^{(r-q)n} + \int_0^n d_s e^{(r-q)(n-s)} ds \qquad (3)$$

La proporción de deuda a PIB en el momento *n* es igual al valor de la proporción inicial en el momento cero, acumulada a una tasa igual a la diferencia entre la tasa de interés y la tasa de crecimiento económico, más el valor acumulado a la misma tasa, de los déficits primarios a lo largo del trayecto (entre cero y n).

Dos manipulaciones simples de (3) se requieren. Primero, ambos lados de la ecuación (3) se premultiplican por $e^{-(r-q)n}$ (lo cual, en términos económicos, equivale a descontar ambos lados de la ecuación hasta el momento cero), produciendo las siguientes expresiones:

$$e^{-(r-q)n}b_n = e^{-(r-q)n}b_0 e^{(r-q)n} + e^{-(r-q)n}\int_0^n d_s e^{(r-q)(n-s)}ds$$

$$b_n e^{-(r-q)n} = b_0 + \int_0^n d_s e^{-(r-q)s}ds$$

de manera que, reordenando términos, se llega a una expresión que iguala los déficits primarios a lo largo del trayecto entre cero y n (acumulados a una tasa igual a la diferencia entre la tasa de interés y la tasa de crecimiento económico), a toda la deuda que se acumula hasta el período n (a la tasa que iguala la diferencia entre la tasa de interés y la tasa de crecimiento económico) neta de la deuda inicial:

$$\int_0^n d_s e^{-(r-q)s}ds = -b_0 + b_n e^{-(r-q)n} \qquad (4)$$

Segundo, tomando el límite de la ecuación (4), en la medida que *n* tienda hasta infinito, produce la definición propuesta de sostenibilidad, por parte de Blanchard y Otros (1990). El requisito que la relación de deuda a PIB, b_n, tienda finalmente de regreso a b_0 en la medida que *n* tienda a infinito implica que el valor descontado de la deuda vaya a cero:

$$\lim_{n\to\infty}\int_0^n d_s e^{-(r-q)s}ds = \lim_{n\to\infty} -b_0 + \lim_{n\to\infty} b_n e^{-(r-q)n}$$

$$\lim_{n\to\infty} b_n e^{-(r-q)n} = \lim_{n\to\infty} b_n .1/e^{(r-q)n} = 0 \qquad (5)$$

Combinando las ecuaciones (4) y (5) se produce una segunda relación importante:

$$\int_0^\infty d_s e^{-(r-q)s}ds = -b_0 \qquad (6)$$

La ecuación (6) dice que una política fiscal es sostenible si el valor presente descontado de la proporción de déficits primarios a PIB bajo la última política (o sea, bajo la política de ajuste) es igual al valor negativo del nivel actual o prevaleciente de deuda a PIB. Puesto de una manera más simple, para que una política fiscal sea sostenible, un gobierno que tiene una deuda prominente debe anticiparse más temprano o más tarde a funcionar con superávits

presupuestales primarios. Tales superávits tienen que ser lo suficientemente grandes como para satisfacer la ecuación (6).

Por el momento debe entenderse aquí dos cosas bien importantes: i) que la sostenibilidad requiere que la proporción de deuda a PIB vuelva finalmente a su valor inicial; y ii) que para lograr esto se requiere funcionar con superávits presupuestales primarios. Más adelante se verá que el primer requisito se puede relajar sin que se altere la argumentación fundamental. En cuanto al segundo requisito, se supone que una parte de los superávits o todo el superávit tendrá que dedicarse a reducir el nivel de deuda alcanzado previamente, para regresar a su nivel inicial.

4.2 LOS NUEVOS INDICADORES DE SOSTENIBILIDAD

4.2.1 La tasa de impuestos sostenible (t^*)

Si el lado izquierdo de la ecuación (6) se construyera utilizando las mejores predicciones de d bajo reglas fiscales actuales, es improbable que un valor cualquiera igualara exactamente al lado derecho de la ecuación, o sea la relación actual de deuda a PIB. Supóngase, por ejemplo, que tales cálculos resultaran en que el lado izquierdo fuera mucho mayor que el lado derecho. Esto sugeriría que, más temprano o más tarde, el gobierno necesitaría reducir su déficit primario, mediante aumentos en los impuestos y/o reducciones en los programas de gastos/transferencias. Excepto que, el gobierno tuviera que repudiar finalmente su deuda, a través ya de la repudiación directa o del uso de la inflación.

Esto sugiere un cierto número de vías para valorar la sostenibilidad, todas conceptualmente equivalentes, señalan los autores referidos (1990). La primera sugeriría el proceso esbozado antes, y calcula la diferencia entre el valor presente de los superávits primarios y la relación de deuda a PIB. Pero no es claro cómo se interpretaría entonces el resultado. ¿Indicaría un número como 30 por ciento un problema de sostenibilidad dramática? ¿Si ello no es así, sería de interés el 300 por ciento?

Esta dificultad sugiere un segundo indicador de sostenibilidad, más fácilmente interpretable. Este se construye como sigue, según Blanchard y Otros (1990). Dadas las predicciones de gasto y transferencias, así como el nivel inicial de deuda, se puede calcular la tasa de impuestos constante a la cual se satisfaría la ecuación (6). El resultado podría relacionarse como la tasa de impuestos sostenible. De manera que, el indicador de sostenibilidad se obtiene mediante el cálculo de la brecha entre la tasa de impuestos sostenible y la tasa actual o corriente.

Recordando que la proporción de déficit primario a PIB, d, es igual a $g + h - t$, reemplazando en la ecuación (6), y resolviendo para la tasa de impuestos constante, sostenible, t^*, nos da:

$$t^* = (r - \boldsymbol{q})\left[\left(\int_0^\infty (g+h)e^{-(r-q)s}ds\right) + b_0\right] \qquad (7)$$

de manera que para pasar de la ecuación (6) a la (7) se remite al lector al siguiente pie de página[61].

---

[61] Se parte entonces, de (6): $\int_0^\infty d_s e^{-(r-q)s} ds = -b_0$

y reemplazando por el equivalente de d_s se tiene:

$$\int_0^\infty (g+h-t)e^{-(r-q)s}ds = -b_0$$

De manera que:

$$\int_0^\infty \left[(g+h)e^{-(r-q)s} - te^{-(r-q)s}\right]ds = -b_0$$

Particionando la integral y reordenando términos, se tiene:

$$-\int_0^\infty te^{-(r-q)s}ds = -\int_0^\infty (g+h)e^{-(r-q)s}ds \quad - \quad b_0$$

La integral de la variable *t* (impuestos) con respecto a *s* (tiempo) en el lado izquierdo, se resuelve por partes, entre los límites referidos, así:

$\int_{s=0}^{s=\infty} vdu = uv\Big|_{s=0}^{s=\infty} - \int_{s=0}^{s=\infty} udv$, siendo $v = t$, y $du = -e^{-(r-q)s}ds$, con lo cual, $dv = dt$ y, finalmente, $u = [1/(r-q)].e^{-(r-q)s}$. Obsérvese, a su vez, que $u = u(s)$ y $v = v(s)$. También que $vdu = t \,.\, -e^{-(r-q)s}ds$. De manera que al resolver la integración por partes, de la manera señalada, se tiene que:

$$uv\Big|_{s=0}^{s=\infty} = \left[\frac{1}{(r-\boldsymbol{q})}\cdot e^{-(r-q)s}\cdot t\right]\Bigg|_{s=0}^{s=\infty} = \frac{1}{(r-\boldsymbol{q})}\cdot\frac{1}{e^{(r-q)s\to\infty}}\cdot t - \frac{1}{(r-\boldsymbol{q})}\cdot\frac{1}{e^{(r-q)s\to 0}}\cdot t = 0 - \frac{1}{(r-\boldsymbol{q})}\cdot t$$

y: $$-\int_{s=0}^{s=\infty} udv = -\int_{s=0}^{s=\infty}\frac{1}{(r-\boldsymbol{q})}e^{-(r-q)s}dt = \frac{1}{(r-\boldsymbol{q})}\cdot\frac{1}{e^{(r-q)s\to\infty}}\cdot dt - \frac{1}{(r-\boldsymbol{q})}\cdot\frac{1}{e^{(r-q)\to 0}}\cdot dt = 0$$

cuando se toman los valores definidos de ambas expresiones, en los límites referidos.

El índice de sostenibilidad viene dado entonces por $(t^* - t)$.

A pesar de la complejidad de esta derivación, tanto la tasa de impuestos sostenible como el índice de sostenibilidad tienen interpretaciones simples:

- La tasa de impuestos sostenible es igual al valor vitalicio de los gastos y transferencias futuros esperados, afectado por la diferencia entre la tasa de interés *ex ante* y la tasa de crecimiento de la economía, más ésta diferencia multiplicada por la proporción de deuda al PIB.

- La magnitud de $(t^* - t)$ es fácil de interpretar: es simplemente el tamaño del ajuste, si tuviera lugar hoy.

Lo que un $(t^* - t)$ implica variará entre países, dependiendo en concreto del nivel inicial de t. En un país con un t bajo, un $(t^* - t)$ positivo indicará la necesidad de una corrección en algún momento del futuro. Pero si ya es alto[62], un $(t^* - t)$ positivo será más problemático, indicando un riesgo de crisis, de presión para recurrir a la monetización de la deuda y considerar varias formas de no pago. Hasta el punto que los peligros asociados con un aumento positivo de $(t^* - t)$ en relación con el nivel inicial de t argumenta fuertemente contra el uso de algún índice normalizado tal como $(t^* - t) / t$. De otra parte, $(t^* - t) / (1 - t)$ sería un buen indicador del espacio limitado de maniobra disponible para el gobierno por el lado de los ingresos, en la medida que el término $(1 - t)$ en el denominador aproxima la cantidad de recursos que aún podrían ser apropiados por parte del gobierno.

Por consiguiente, reemplazando por los valores obtenidos, según las definiciones dadas, se llega a la siguiente solución:

$$-t \cdot \frac{1}{(r-q)} = -\int_0^\infty (g+h)e^{-(r-q)s}ds \quad - \quad b_0$$

En definitiva, resolviendo para un t sostenible, o sea, un t^* se tiene que:

$$t^* = (r-q)\left[\left(\int_0^\infty (g+h)e^{-(r-q)s}ds\right) + \quad b_0\right]$$

O sea que se llega a la ecuación (7).

[62] Este es exactamente el caso para la economía colombiana de hoy. Dado que el t ya es alto, lo que se busca para aumentar el recaudo tributario es ampliar la base tributaria (q) y reducir la evasión tributaria, que también es un problema de q y no de p (o sea, de la tasa tributaria). Además, no sólo hay conciencia de que t es alto, sino que en el proyecto de reforma tributaria del año 2000, se busca reducir t (en el caso del impuesto a la renta, el impuesto más importante del recaudo tributario) y ampliar q , mediante la eliminación de muchas exenciones, hoy vigentes, o la inclusión de nuevos productos en el caso del IVA, manteniéndose su tasa.

4.2.2 Las tasas de gastos y transferencias sostenibles (g^* y h^*)

De manera semejante a cómo se obtuvo la tasa de impuestos sostenible, se derivarán enseguida las tasas de gastos y transferencias sostenibles. Como se indicó en la nota de pie de página 5, el margen de acción para aumentar los impuestos en una economía como la colombiana ya es muy reducido, por lo cual lo que se busca es ampliar la base tributaria y reducir la evasión tributaria, como alternativas para ampliar el recaudo tributario. En este contexto, lo más probable, entonces, es que la parte más gruesa del ajuste se lleve a cabo por la vía de reducir los gastos y transferencias. Por tal motivo, la derivación de las tasas de gastos y transferencias sostenibles resultan más relevantes para este caso.

De nuevo, partiendo de la ecuación (6), en que la proporción de déficit primario a PIB, d, es igual a $g + h - t$, se tiene que:

$$\int_0^\infty (g+h-t)e^{-(r-q)s}ds = -b_0$$

De manera que:

$$\int_0^\infty [ge^{-(r-q)s} + (h-t)e^{-(r-q)s}]ds = -b_0$$

Particionando la integral y reordenando términos, se tiene:

$$\int_0^\infty ge^{-(r-q)s}ds = -[\int_0^\infty (h-t)e^{-(r-q)s}ds] - b_0$$

Resolviendo la integral por partes del lado izquierdo, o sea la integral de los gastos (g) con respecto al tiempo (s), entre los límites referidos, de la misma manera que se hizo con el caso de los impuestos en el pie de página 1, se llega a que:

$$g \cdot \frac{1}{(r-q)} = -[\int_0^\infty (h-t)e^{-(r-q)s}ds] - b_0$$

En definitiva, resolviendo para un g sostenible, o sea un g^*, se tiene que:

$$g^* = -(r-q)\left[\left(\int_0^\infty (h-t)e^{-(r-q)s}ds\right) + b_0\right] \qquad (8)$$

Obsérvese la importancia del signo (-) en toda la ecuación (8), que nos indica que el gasto sostenible debe ser reducido, en términos del PIB, tanto en el neto de las transferencias sobre los impuestos, como en el componente de deuda. En este caso, el índice de sostenibilidad viene dado, entonces, por (g^*-g).

De la misma forma que en el caso de los impuestos, tanto la tasa de gasto sostenible como el índice de sostenibilidad tienen interpretaciones simples:

- La tasa de gasto sostenible es igual al valor vitalicio de los impuestos menos las transferencias futuro(a)s esperados, afectado por la diferencia entre la tasa de interés *exante* y la tasa de crecimiento de la economía, menos ésta última diferencia multiplicada por la proporción de la deuda al PIB.

- La magnitud de (g^* - g) sería fácil de interpretar: correspondería simplemente al tamaño del ajuste, la reducción del gasto público en términos del PIB, si tuviera lugar hoy.

Lo que un *(g^* - g)* implica depende en concreto del nivel inicial de g. Si g es alto, un *(g^* - g)* negativo indica que la corrección del gasto está en marcha y que, por tanto, el déficit tenderá a reducirse hacia el futuro.

Para el caso de las transferencias o, más precisamente, para la tasa de transferencias sostenible, h^* ,se sigue un procedimiento similar, de manera que la expresión correspondiente para un h sostenible, vendrá dada de manera equivalente a como se obtuvo la expresión (8), o sea:

$$h^* = -(r - \boldsymbol{q})\left[\left(\int_0^\infty (g - t)e^{-(r-q)s}ds\right) + b_0\right] \qquad (9)$$

De nuevo, obsérvese la importancia del signo (-) en toda la ecuación (9), que nos indica que la tasa de transferencias sostenible debe ser reducida, en términos del PIB, tanto en el neto de los impuestos sobre los gastos, como en el componente de deuda. Y el índice de sostenibilidad en este caso, viene dado, entonces, por (h^*-h).

Y como en el caso de los gastos, tanto la tasa de transferencias sostenible, como el índice de sostenibilidad tienen interpretaciones simples:

- La tasa de transferencias sostenible es igual al valor vitalicio de los impuestos menos los gastos futuros esperados, afectada por la diferencia entre la tasa de interés *exante* y la tasa de crecimiento de la economía, menos ésta última diferencia multiplicada por la proporción de la deuda al PIB.

La magnitud de (h^* - h) sería fácil de interpretar: correspondería simplemente al tamaño del ajuste, la reducción del gasto en transferencias con respecto al PIB, si tuviera lugar hoy.

Lo que un *(h^* - h)* implica depende en concreto del nivel inicial de h. Si h es alto, un *(h^* - h)* negativo indica que la corrección del gasto en transferencias está en marcha y que, por tanto, el déficit tenderá a reducirse hacia el futuro.

En el caso colombiano, debe tenerse en cuenta que, en el marco del Acuerdo con el FMI, de diciembre de 1999, y entre las reformas que ya se han presentado al Congreso de la República, hay una reforma constitucional que cambiaría el actual sistema de transferencias a las entidades locales de un porcentaje fijo de los ingresos actuales del Gobierno a cantidades que permanecerán constantes en términos reales. El Gobierno pretende que el nuevo sistema de transferencias se haga efectivo en el año 2001 en el caso de las transferencias a los departamentos, y en el 2002 en el caso de las transferencias a los municipios.

4.2.3 Dos puntos empíricos de relevancia

Esta discusión previa trae a colación dos puntos. El primero es el de la simetría de tratamiento entre impuestos, gastos y transferencias implícitos en el índice. Como se vio la misma aproximación fue utilizada para calcular la tasa de gasto "sostenible", dadas las secuencias de t y h, o la tasa de transferencias "sostenible", dadas las secuencias de g y t. Una razón para preferir, en general, el cálculo de los impuestos es que el gobierno está más comprometido normalmente a mayores programas de gasto y transferencias, expresados en las reglas fiscales usuales que para los impuestos actuales. Sin embargo, en casos de ajustes severos, y ante la limitación que existe para elevar aún más los impuestos, como en el caso colombiano actual, el cálculo de los gastos o transferencias "sostenibles" se vuelven indispensables para que el ajuste fiscal se pueda llevar a cabo. Pero es importante darse cuenta que un valor positivo de $(t^* - t)$ no implica que los impuestos *deberían* aumentarse; el índice es agnóstico en cuanto a que el ajuste provenga de los impuestos aumentados o de los gastos y transferencias reducidos.

El segundo punto está relacionado con el momento del ajuste. El índice sugiere en qué magnitud los gastos o, las transferencias o, los impuestos, deberían ajustarse *hoy* para que la política fiscal se vuelva sostenible enseguida. Pero una cuestion muy relevante es si la demora del ajuste afecta sustancialmente el tamaño de la acción política requerida. Supóngase que el ajuste fuera demorado por algún tiempo. Cuando el ajuste tome lugar finalmente, la proporción de deuda sería entonces mayor, necesitándose un mayor valor de t^* o unos menores valores de g^* o h^*. ¿Por cuánto tendría que aumentarse t^* o, disminuirse g^* o h^*, para lograr, entonces, la sostenibilidad? ¿Cuál sería el costo del retraso? La manipulación de la ecuación (7) da una respuesta simple y precisa:

$$\frac{dt^*}{ds} = \left(e^{(r-q)n} - 1\right)\left(t_n^* - t\right) \qquad (10)$$

Así, si por ejemplo, $(r - q)$ fuera igual a 5 por ciento por año (lo cual supondría, por ejemplo, una tasa de interés real del 10.0 por ciento y una tasa de crecimiento de la economía del 5.0 por ciento) y $t^* - t$ fuera inicialmente igual a 10 por ciento (con respecto al PIB), la demora de un año para ajustarse aumentaría el t^* y el ajuste requerido en los impuestos en un 0.513 por ciento del PIB.

De la misma manera, se pueden derivar los costos del retraso, en términos de reducir g^* o h^*, para lograr la sostenibilidad. La manipulación de las ecuaciones (8) y (9) daría entonces las respuestas correspondientes. Ellas serían, para el caso de los gastos, inicialmente:

$$\frac{dg^*}{ds} = -\left(e^{(r-q)n} - 1\right)\left(g_n^* - g\right) \qquad (11)$$

En este caso, entonces, si *(r - q)* fuera igual a 7.5 por ciento por año (lo cual supone una tasa de interés real del 10.5% y una tasa de crecimiento de la economía del 3.0%), y la reducción del gasto fuera inicialmente igual a 1.5 por ciento de su total (g^* - *g)* con respecto al PIB, la demora de un año para ajustarse reduciría el g^* o, lo que es equivalente, aumentaría el ajuste requerido en los gastos en un 1.617 por ciento del PIB.

Finalmente, el caso de las transferencias sería muy similar al ya analizado de los gastos, por lo que no vale la pena desarrollarlo.

4.2.4 Dos puntos teóricos de relevancia

Dos supuestos se hicieron en la derivación del índice: i) que la sostenibilidad requiere que la proporción de deuda a PIB vuelva finalmente a su valor inicial y ii) que la diferencia entre la tasa de interés y la tasa de crecimiento económico permanezca positiva. Estos supuestos requieren alguna elaboración.

El requisito que la relación de deuda a PIB retorne finalmente a su nivel inicial no es claramente muy convincente. Una política dirigida a la estabilización de la proporción de deuda a PIB al 40% más que al 20% claramente no debería ser caracterizada como una política fiscal insostenible. Aunque el requisito de volver a la relación inicial de deuda es muy fuerte, un requisito más débil producirá aún las mismas derivaciones anteriores. Para ver esto, recuérdese la condición que se utilizó previamente:

$$\lim_{n\to\infty} b_n e^{-(r-q)n} = 0$$

Mientras esta condición se mantenga, la derivación de la tasa de impuestos sostenible también se mantendrá, y de esta forma el indicador permanecerá inmodificado. Pero esta condición se mantendrá bajo condiciones mucho más generales que lo que el requisito sugirió inicialmente; éste se mantendrá mientras la relación de deuda a PIB converja a cualquier relación o proporción, no sólo a la relación inicial. Esta puede aún mantenerse si la proporción de deuda a PIB crece para siempre, mientras que ésta no crezca finalmente a una tasa igual o mayor que (r - θ), o de manera equivalente, mientras la deuda misma no crezca finalmente a una tasa igual o mayor que la tasa de interés real[63]. Esto es a causa del descuento, lo que implica que las cosas que están lejos en el futuro no importan mucho para

[63] La afirmación que la proporción de deuda a PIB puede aumentarse por siempre sin que se viole la sostenibilidad es un argumento de equilibrio parcial, el cual considera a la tasa de interés como dada. En equilibrio general una política de deuda tal bien puede no ser factible.

hoy. Dos diferentes niveles de deuda a PIB distantes en el futuro implican casi exactamente la misma tasa de impuestos sostenible hoy; en el límite, ellos no tienen diferencia[64].

El otro punto es uno más serio, y el cual en macroeconomía es más relevante. Se supone que la tasa de interés real excede a la tasa de crecimiento de la economía. Si esta condición no prevaleciera, la discusión de sostenibilidad sería muy diferente. Para ver esto, devuélvase a la restricción dinámica de presupuesto del gobierno observada con anterioridad:

$$\frac{db}{ds} = d + (r - \boldsymbol{q})b$$

Si $(r - \theta)$ fuera negativo, el gobierno no necesitaría por más tiempo generar superávits primarios para alcanzar la sostenibilidad. Con el balance primario en superávit, la relación de deuda a PIB declinaría establemente a través del tiempo, a la tasa $(\theta - r)$. El gobierno podría correr aún déficits primarios permanentes de cualquier tamaño, y éstos conducirían finalmente a un nivel de deuda positivo pero constante, $d / (\theta - r)$[65].

Si esta configuración de tasas de interés y crecimiento económico pudiera ser excluída fácilmente, ya sea en términos teóricos o empíricos, esto constituiría una curiosidad teórica, que mereciera una breve nota de pie de página. Pero la teoría sugiere que este caso, el cual corresponde a lo que se conoce como "ineficiencia dinámica", no puede excluirse, y que en tal caso, un gobierno debería, en términos de bienestar, emitir probablemente más deuda hasta que la presión sobre las tasas de interés las hiciera iguales al menos a la tasa de crecimiento económico. El hecho es que, en los 1970's, la tasa de crecimiento económico estuvo constantemente por encima de las tasas de interés reales alcanzadas. Y aún en los 1980's, una década de tasas de interés reales altas para estándares de la postguerra, la diferencia entre las tasas de interés reales alcanzadas y las tasas de crecimiento económico fue sólo de alrededor de 1 por ciento para los países de la OECD como un todo. En la medida que los 1990's comienzan (según el trabajo de Blanchard y Otros (1990)), las tasas de interés reales continúan sobrepasando a las tasas de crecimiento económico, pero no por un margen grande. Aún así, hay un acuerdo general que la condición de un exceso de la tasa de interés real sobre la tasa de crecimiento económico se mantiene, si no siempre, al menos en el mediano y largo plazo[66]. Así, el ensayo asume, al menos tentativamente, que esta condición prevalece, en general.

En el caso de una economía en desarrollo, la discusión anterior es prácticamente irrelevante, dado que la escasez de capital que la caracteriza hace que la tasa de interés real sea mucho más alta que en una economía desarrollada, y por tanto, exceda en un margen importante a

---

[64] Sin embargo, con respecto a la contraparte del horizonte finito que se discute posteriormente en el ensayo, la relación requerida de deuda a PIB al final del horizonte sí importa.

[65] Uno podría aún estimar la contrapartida para el horizonte finito de t^* derivada luego en el ensayo. Pero por qué debería preocuparse entonces el gobierno para mantener la relación de deuda a PIB a partir de un aumento tendría una racionalidad mucho más débil.

[66] Para una discusión adicional, veáse Blanchard y Fischer (1989).

la tasa de crecimiento económico. En términos empíricos, para el caso de una economía como la colombiana, la tasa de interés real de largo plazo ha estado alrededor de 10.0 a 10.5%, en tanto que la tasa de crecimiento de largo plazo ha estado en promedio entre el 4.5 y el 5%. De modo que se ha presentado un margen importante comprendido entre 5 a 6% a favor de la tasa de interés en el largo plazo entre éstas dos variables. Ahora bien, cuando la economía crece a tasas muy bajas, cercanas a cero, por ejemplo, la diferencia se amplía mucho y ni se diga cuando crece a tasas negativas. Sólo en la medida que el proceso de crecimiento económico se dinamice, creciendo a tasas superiores al 5%, puede pensarse en que la diferencia entre las tasas consideradas se estreche de manera importante.

4.2.5 Hacia Indicadores Implementables

Una extensión natural del indicador inicial es considerar períodos de tiempo finito hacia el futuro. Esto puede lograrse de la siguiente forma. Sea t^*_n la tasa de impuestos constante tal que, dadas predicciones de gastos y transferencias bajo reglas de política prevalecientes, la proporción de deuda a PIB en el momento n sea igual a la proporción en el momento cero. La manipulación de la ecuación (4) da la siguiente expresión para t^*_n [67]:

---

[67] Se parte de la ecuación (4), a saber:

$$\int_0^n (g+h-t)e^{-(r-q)s}ds = -b_0 + b_n e^{-(r-q)n}$$

Como la t^*_n se estima de manera tal que, la proporción de deuda a PIB en el momento n sea igual a la proporción en el momento cero, entonces, esto significa que:

$$b_n e^{-(r-q)n} = b_0$$

Por tanto:

$$\int_0^n (g+h-t)e^{-(r-q)s}ds = -b_0$$

Despejando para un t^* sostenible, inicialmente, o sea en un rango razonable entre 0 y n, se tendría que:

$$-\int_0^n te^{-(r-q)s}ds = -\int_0^n (g+h)e^{-(r-q)s}ds - b_0$$

Resolviendo la integral de t (impuestos) con respecto a s (tiempo) por partes, en el lado izquierdo, teniendo en cuenta los límites referidos, de la misma forma que se hizo en el pie de página 1, cuando:

$$\int_{s=0}^{s=n} vdu = uv\Big|_{s=0}^{s=n} - \int_{s=0}^{s=n} udv$$

$$t_n^* = (r - \boldsymbol{q})\left\{ b_0 + \left[1 - e^{-(r-q)n}\right]^{-1} \left[\int_0^n (g+h) e^{-(r-q)s} ds \right] \right\} \qquad (12)$$

o expresada de otra manera:

---

siendo $v = t$, y $du = -e^{-(r-q)s}$, con lo cual, $dv = dt$ y, finalmente, $u = [1/(r-q)].e^{-(r-q)s}$, se tiene que:

$$uv\Big|_{s=0}^{s=n} = \left[\frac{1}{(r-\boldsymbol{q})} \cdot e^{-(r-q)s} \cdot t \right]\Bigg|_{s=0}^{s=n} = \left[\frac{1}{(r-\boldsymbol{q})} \cdot \frac{1}{e^{(r-q)s \to n}} \cdot t \right] - \left[\frac{1}{(r-\boldsymbol{q})} \cdot \frac{1}{e^{(r-q)s \to 0}} \cdot t \right]$$

$$= \left[\frac{1}{(r-\boldsymbol{q})} \cdot e^{-(r-q)n} \cdot t \right] - \left(\frac{1}{r-\boldsymbol{q}} \right) \cdot t$$

$$= -\frac{1}{(r-\boldsymbol{q})} \cdot t \cdot \left[1 - e^{-(r-q)n}\right]$$

y: $$-\int_{s=0}^{s=n} u dv = -\int_{s=0}^{s=n} \frac{1}{(r-\boldsymbol{q})} e^{-(r-q)s} dt = \left[\frac{1}{(r-\boldsymbol{q})} \cdot \frac{1}{e^{(r-q)s \to n}} \cdot dt \right] - \left[\frac{1}{(r-\boldsymbol{q})} \cdot \frac{1}{e^{(r-q)s \to 0}} \cdot dt \right]$$

pero, se sabe que $dt \to 0$, por tanto:

$$-\int_{s=0}^{s=n} u dv = -\int_{s=0}^{s=n} \frac{1}{(r-\boldsymbol{q})} e^{-(r-q)s} dt = 0$$

Por consiguiente, reemplazando por los valores obtenidos, según las definiciones dadas, se llega a la siguiente solución:

$$-t.\frac{1}{(r-\boldsymbol{q})} \cdot \left[1 - e^{-(r-q)n}\right] = -\int_0^n (g+h) e^{-(r-q)s} ds - b_0$$

Finalmente, la tasa de impuestos constante, sostenible, t^*_n, en un período de tiempo finito hacia el futuro, entre el momento 0 y el momento n será, en definitiva:

$$t_n^* = (r - \boldsymbol{q}\left\{ b_0 + \left[1 - e^{-(r-q)n}\right]^{-1} \left[\int_0^n (g+h) e^{-(r-q)s} ds \right] \right\}$$

Y de esta forma hemos llegado a la expresión (12), a partir de las manipulaciones que se le hicieron a la ecuación (4).

$$t_n^* = (r - \boldsymbol{q})\left[b_0 + \frac{\left[\int_0^n (g+h)e^{-(r-q)s}ds\right]}{\left[1 - e^{-(r-q)n}\right]} \right]$$

La expresión es más complicada pero la intuición detrás de ella es aún sencilla. En primer término, la tasa de impuestos debe cubrir $(r - q)b_0$, o sea la cantidad requerida para mantener la proporción deuda a PIB constante, en ausencia de un déficit primario. Además, ella debe cubrir también los gastos y transferencias promedio durante el período, o, más precisamente, el valor descontado de los gastos y transferencias entre el tiempo 0 y el tiempo n, normalizado de modo que la suma de las cargas sobre $(g+h)$ en diferentes períodos iguale a uno.

En la medida que n tienda a infinito, ($n \to \infty$), t^*_n converge a t^*, el indicador previamente derivado (ecuación (7) y pie de página 1). Y, en cambio, en la medida que n tienda a cero, ($n \to 0$), la tasa de impuestos sostenible se reduce a la expresión[68]:

$$t_0^* = g + h + (r - \boldsymbol{q})b\ ,$$

de modo que el índice de sostenibilidad se convierte en:

$$t_0^* - t = g + h - t + (r - \boldsymbol{q})b = d + (r - \boldsymbol{q})b \qquad (13)$$

---

[68] Obsérvese que el denominador de la expresión (12), $[1-e^{-(r-q)n}]^{-1}$, es una normalización de las cargas sobre $(g+h)$ en diferentes períodos. De manera que cuando $n \to 0$, de todas maneras $[1-e^{-(r-q)n}]^{-1} \to 1$, por lo cual, cuando $n \to 0$, se tiene que:

$$t_0^* = (r - \boldsymbol{q})\left[b_0 + \frac{\int_0^0 (g+h)e^{-(r-q)s}ds}{1} \right]$$

de manera que:

$$t_0^* = (r - \boldsymbol{q})b_0 + \frac{(r - \boldsymbol{q})}{e^{(r-q)s}}(g+h)$$

Se asume entonces que: $(r-q) / e^{(r-q)s} \to 1$, por lo cual, se llega, en definitiva, a la expresión:

$$t_0^* = (r - \boldsymbol{q})b + g + h$$

restando a t de ambos lados de la ecuación. Esta es una expresión familiar a partir de la ecuación (2) y es precisamente el cambio en la proporción de deuda a PIB[69].

Sin embargo, tal como se vio previamente, en los acápites A y B del presente capítulo, lo relevante para el caso colombiano no es hallar una tasa de impuestos sostenible, sino más bien las tasas de gastos y transferencias sostenibles, dadas predicciones de los impuestos, bajo reglas de política prevalecientes. En este caso, lo que se va a tener es un g^*_n o tasa de gastos constante tal que, dadas predicciones de impuestos y transferencias sostenibles bajo reglas de política prevalecientes, la proporción de deuda a PIB en el momento n sea igual a la proporción en el momento cero. O alternativamente, lo que se va a tener es un h^*_n o tasa de transferencias constante tal que, dadas predicciones de impuestos y gastos sostenibles bajo reglas de política prevalecientes, la proporción de deuda a PIB en el momento n sea igual a la proporción en el momento cero.

Para el caso de los gastos, la expresión correspondiente vendría dada, entonces, por la siguiente ecuación:

$$g_n^* = -(r-\boldsymbol{q})\left\{b_0 + \left[1-e^{-(r-q)n}\right]^{-1}\left[\int_0^n (h-t)e^{-(r-q)s}ds\right]\right\} \qquad (14)$$

o expresada de otra manera:

$$g_n^* = -(r-\boldsymbol{q})\left[b_0 + \frac{\int_0^n (h-t)e^{-(r-q)s}ds}{\left[1-e^{-(r-q)n}\right]}\right]$$

De nuevo, la tasa de gastos debe cubrir, en primer término, los impuestos promedio después de las transferencias promedio durante el período, o más precisamente, el valor descontado de los impuestos netos de transferencias entre el tiempo 0 y el tiempo n, normalizado de modo que la suma de las cargas sobre $(t\text{-}h)$ en diferentes períodos iguale a uno. En segundo lugar, la tasa de gastos supone que la deuda esté cubierta, o sea la cantidad requerida para mantener la proporción deuda a PIB constante, en ausencia de un déficit primario.

En la medida que n tienda a infinito, ($n \to \infty$), g^*_n converge a g^*, el indicador previamente derivado (ecuación (8)). Y, en cambio, en la medida que n tienda a cero, ($n \to 0$), la tasa de gastos sostenible se reduce a la expresión:

$$g_0^* = t - h - (r-\boldsymbol{q})b\,,$$

[69]Hay una diferencia fundamental entre esta ecuación y la ecuación (2), la cual el ojo no puede ver. En la ecuación (2), la tasa de interés real es la tasa de interés *expost*, la diferencia entre la tasa nominal y la inflación observada. En la ecuación (12), en la medida que t^*_n mira hacia delante, en el límite a medida que n tiende a cero, la tasa de interés real es la tasa real *exante*, la tasa nominal menos la inflación esperada.

de modo que el índice de sostenibilidad se convierte en:

$$g_0^* - g = -g - h + t - (r - \boldsymbol{q})b = -(g + h - t) - (r - \boldsymbol{q})b = -d - (r - \boldsymbol{q})b = -[d + (r - \boldsymbol{q})b] \quad (15)$$

Esta es una expresión familiar a partir de la ecuación (2) y es precisamente el cambio en la proporción de deuda a PIB, teniendo en cuenta que hay un cambio de signo porque estamos calculando el índice de sostenibilidad, a partir de los gastos y no de los impuestos. Además, la importancia del signo menos radica en que enfatiza la reducción del gasto que debe hacerse para garantizar la sostenibilidad.

Para el caso de las transferencias, la expresión correspondiente sería equivalente a la de los gastos, así:

$$h_n^* = -(r - \boldsymbol{q})\left\{ b_0 + \left[1 - e^{-(r-q)n}\right]^{-1} \left[\int_0^n (g - t) e^{-(r-q)s} ds \right] \right\} \quad (16)$$

La tasa de transferencias, entonces, debe cubrir, en primer término, los impuestos promedio después de las transferencias promedio durante el período, o más precisamente, el valor descontado de los impuestos netos de gastos entre el tiempo 0 y el tiempo *n*, normalizado de modo que la suma de las cargas sobre *(t-g)* en diferentes períodos iguale a uno. En segundo lugar, la tasa de transferencias supone que la deuda esté cubierta, o sea la cantidad requerida para mantener la proporción deuda a PIB constante, en ausencia de un déficit primario.

En la medida que n tienda a infinito, ($n \to \infty$), h^*_n converge a h^*, el indicador previamente derivado (ecuación (9)). Y, en cambio, en la medida que n tienda a cero, ($n \to 0$), la tasa de transferencias sostenible se reduce a la expresión:

$$h_0^* = t - g - (r - \boldsymbol{q})b \,,$$

de modo que el índice de sostenibilidad se convierte en:

$$h_0^* - h = -h - g + t - (r - \boldsymbol{q})b = -(h + g - t) - (r - \boldsymbol{q})b = -d - (r - \boldsymbol{q})b = -[d + (r - \boldsymbol{q})b] \quad (17)$$

Esta es una expresión familiar a partir de la ecuación (2) y es precisamente el cambio en la proporción de deuda a PIB, teniendo en cuenta que hay un cambio de signo porque estamos calculando el índice de sostenibilidad, a partir de las transferencias y no de los impuestos. Además, la importancia del signo menos radica en que enfatiza la reducción del gasto en transferencias que debe hacerse para garantizar la sostenibilidad.

Cómo escoger n será discutido en el siguiente capítulo. Señalan los autores referidos, que a los montañistas siempre se les recomienda mirar tres, treinta y trescientos pies (metros) adelante. El mismo consejo aplica, entonces, a los indicadores, de manera que el uso de un indicador de corto, mediano y largo plazo, cada uno centrándose principalmente en un aspecto de la sostenibilidad puede proporcionar potencialmente información adicional a los diseñadores de política económica.

4.3 LA EVIDENCIA COLOMBIANA

4.3.1 La elección de tres indicadores

Se sugirió previamente que es deseable utilizar un conjunto de indicadores, cada uno de los cuales está asociado con un horizonte de tiempo diferente, digamos *n*, cada uno de los cuales, a su vez, es igual a la brecha entre la tasa de impuestos sostenible (o tasas de gastos o transferencias sostenibles) durante el horizonte de tiempo considerado–la tasa de impuestos (o tasa de gastos o tasa de transferencias) que dejaría la proporción deuda a PIB sin modificación y la tasa de impuestos (o tasa de gastos o tasa de transferencias) prevaleciente. En esta parte, tales tres indicadores, correspondientes a un *n* igual a 1, 5 y 25 años se construyen e interpretan para el caso de la economía colombiana. Estos deberían llamarse las brechas de corto plazo, mediano y largo plazo, respectivamente.

La elección de *n* igual a un año se justifica fácilmente, en la medida que éste lleva a un indicador que no requiere predicciones y es fácil construirlo así, a partir de los datos públicamente disponibles. La brecha de corto plazo sirve así como un *referencial* (*benchmark*) útil, facilitando la comparación con valoraciones basadas en indicadores más elaborados, que toman en cuenta el futuro.

La elección de *n* igual a cinco (5) años está motivada por el deseo de tomar en cuenta los movimientos cíclicos predecibles en las proporciones de gastos y transferencias al PIB, de un lado, y las limitaciones de datos del otro. Las proyecciones de cuatro, cinco, o incluso, más años se han venido haciendo, de manera más bien regular, por parte del Departamento Nacional de Planeación (DNP), debido a la elaboración de los Planes de Desarrollo que esta entidad lleva a cabo cada cuatro años. Por tal motivo, se consideraron las versiones más afinadas de éstas proyecciones, junto con las que también llevan a cabo el CONFIS (Consejo Superior de Política Fiscal) y el Banco de la República. Pero es importante señalar también, que se tomaron en cuenta para los datos históricos, como fuentes claves al FMI (International Monetary Fund, por sus siglas en inglés, en su GFS (Government Finance Statistics de 1998) y al Banco Mundial, WB (World Bank, por sus siglas en inglés), en su WDI (World Development Indicators de 1998). Como dato importante, valga la pena señalar también que todas las cifras se homogenizaron, llevándolas a dólares constantes de un año base (1987), de manera que los problemas de medición y comparación quedaron en gran medida resueltos, con esta metodología, la cual constituye a mi juicio, uno de los valores agregados importantes del trabajo.

La elección de *n* igual a un valor mucho mayor, digamos 20 o 25 años es un intento por cuantificar las implicaciones para la sostenibilidad de cambios menores pero estables, o de cambios mayores pero previsibles, en los gastos y en las transferencias[70]. Esto no se hará en el presente trabajo, remitiéndose al lector interesado al trabajo de Zarta de 2000[71].

[70] Uno puede pensar acerca de muchos de tales cambios que podrían incorporarse en la proyección, desde la necesidad de revisar la infraestructura pública, que fue desatendida en los 1980's, y en la segunda mitad de los 1990´s, hasta el gasto adicional en proyectos de medio ambiente, o un presupuesto de defensa disminuído

Diferentes supuestos acerca del diferencial entre tasas de interés real y la tasa de crecimiento económico se hacen para cada indicador. En el caso de la brecha de mediano plazo, *(r - q)* es estimada utilizando predicciones de la tasa de interés real sobre la deuda pública del sector público consolidado y la tasa de crecimiento real del producto. Esto fue lo que hicieron los autores (Blanchard y Otros, 1990), para el caso de los países de la OECD. Por ejemplo, para la brecha de largo plazo, un valor constante de 2 por ciento anual fue utilizado para *(r - q)*. Si bien éste es un supuestos razonable, pero tal vez conservador, los autores referidos presentan también análisis de sensibilidad basados en diferentes valores. Para el caso de la economía colombiana, en la brecha de mediano plazo, para *(r-q)* se consideraron predicciones de la tasa de interés real, de acuerdo con escenarios macroeconómicos futuros probables, así como en relación con la tasa de crecimiento real del producto, con base en proyecciones del DNP, CONFIS (Consejo Superior de Política Fiscal) y Banco de la República.

En lo que sigue, solo dos de los tres indicadores señalados son analizados, por razones de conveniencia.

4.3.2 Las brechas fiscales de corto (una mirada hacia el presente) y mediano plazo (una mirada hacia el futuro cercano)

De la ecuación (13), la brecha de corto plazo viene dada por:

$$d + (r - \boldsymbol{q})b_0 \qquad (14)$$

De la ecuación (12), una buena aproximación a la brecha de mediano plazo viene dada, según Blanchard y otros (1990), por la siguiente expresión:

$$\left[\left(el\ \ promedio\ \ para\ los\ \ próximos\ 5\ años\ de\ g + h\right) + \left(r - \boldsymbol{q}\right)b_0\right] - t \qquad (15)$$

donde *r* y *q* corresponden a las tasas de interés real y de crecimiento promedio esperadas para los próximos 5 años. En la construcción de series históricas, sin embargo, uno debería utilizar para cada año las predicciones de *g* y *h* para los siguientes cinco años a partir del año inicial. Tales predicciones a menudo no existen o no están disponibles. De esta forma, en la construcción de las series históricas para las brechas de corto y mediano plazo que se muestran en los cuadros respectivos, los valores ya observados del gasto y las transferencias fueron utilizadas por los autores referidos para el caso de los países de la OECD y por el autor del presente trabajo para el caso de la economía colombiana.

porque se lleguen a Acuerdos de Paz, y así sucesivamente. En el ensayo de Zarta de 2000, los cálculos sólo incorporan las implicaciones del envejecimiento de la población, y sólo a través de los efectos de esto último sobre las pensiones públicas y el gasto en salud. Los efectos de los futuros cambios demográficos sobre las inversiones en educación pública no se toman en cuenta, a la luz del impacto incierto que la edad puede tener sobre éstos.

[71] Zarta, Alvaro 'La sostenibilidad fiscal y la deuda externa colombiana en un contexto macroeconómico: una presentación de nuevos indicadores que miran hacia el futuro', DNP, UMACRO, mimeo, junio de 2000.

La tabla 1 muestra las brechas de corto y de mediano plazo para el caso de la economía colombiana. Estas brechas se estiman secuencialmente, comenzando con el déficit primario *d*, luego se obtienen los valores correspondientes a la brecha entre la tasa de interés real y la tasa de crecimiento económico *(r - q)*; finalmente, los valores relativos a los diferentes tipos de deuda considerados, a saber, la deuda publica real total $b_0(1)$ del gobierno nacional, la deuda pública externa real del gobierno nacional $b_0(2)$, y la deuda pública interna real del gobierno nacional $b_0(3)$. Con estos insumos previos se llega, entonces, al cálculo final de tres tipos de brechas de corto plazo (*stg 1*, *stg2* y *stg3*, por sus iniciales en inglés (**short term gap**), asociadas a los diferentes tipos de deuda consideradas. Asimismo, se consignan en la tabla 1, tres estimativos para la brecha de mediano plazo (*mtg1*, *mtg2* y *mtg3*, de nuevo por sus iniciales en inglés (**medium term gap**)), asociadas, de nuevo, a los tres tipos de deuda consideradas.

En el caso de la brecha de corto plazo, se observa, claramente, que se pasaría de valores extremos máximos alcanzados en 1999, como era de esperarse, de cerca de 14, 11 y 11 puntos del PIB para *stg 1*, *stg2* y *stg3*, respectivamente, a 4, 3 y 3 puntos del PIB respectivamente, en el año 2004. Especialmente es significativa la reducción en la brecha que se espera se opere en el año 2000, en relación con el anterior, 1999, al reducirse en alrededor de 6, 4 y 4 puntos del PIB, para *stg 1*, *stg2* y *stg3,* respectivamente. Del año 2001 en adelante las reducciones son menores, pero igualmente importantes. Asimismo, debe observarse que, entre los años 2001 a 2004, siguen pesando más los componentes de la deuda publica total y de la deuda pública, tanto interna como externa, que el propio déficit primario en la brecha de corto plazo, así como el diferencial entre tasa real de interés y tasa de crecimiento económico, por el menor dinamismo considerado, o sea, por considerar tasas de crecimiento económico alrededor de tres por ciento en promedio.

Para el periodo de 2005 a 2010, la brecha de corto plazo *stg 1*, muestra claramente que se va reduciendo lentamente, debido fundamentalmente a tres hechos que interactúan simultáneamente, a saber: un déficit primario que se estabiliza alrededor del 1% y aun por debajo del mismo, tendiendo al equilibrio o 0%; una tasa de crecimiento económico que sube hasta 4% entre los años 2007 a 2010 y una deuda del gobierno nacional, tanto interna como externa, que se estabiliza alrededor del 40% del PIB, en proporciones iguales para cada tipo de deuda. Si estos supuestos no se cumplen, claramente la brecha de corto plazo estará afectando la sostenibilidad de las finanzas del gobierno nacional, de manera continua.

Además debe tenerse en cuenta de manera muy significativa que en estos escenarios solo se esta considerando la deuda del gobierno nacional. Si se considerara la deuda en terminos reales, tanto interna como externa, de todo el sector publico consolidado, que incluye además del gobierno nacional a todo el sector descentralizado, se estaria hablando de 21% mas del PIB, o sea en total de una deuda del 61% del PIB, lo cual es mucho mas preocupante.

En relación con la brecha de mediano plazo se observa que, dada la forma cómo se define ésta[72], los valores correspondientes al período 1994-1999 son los que predicen los valores correspondientes al período 1999-2004. De manera que, lo que muestran las cifras es un fuerte empeoramiento de la brecha fiscal desde 1995 (léanse los datos correspondientes a 1990, en relación con los datos de 1989), como era de esperarse, cuando los tres tipos de brechas de mediano plazo duplican o más que duplican las correspondientes a 1994. Este empeoramiento se agudiza hasta 1998 (léanse los datos correspondientes a 1993), cuando se obtienen los mayores valores estimados hasta ese momento para los tres tipos de brechas consideradas. Es interesante observar que la brecha fiscal de mediano plazo que se estimó para 1999 (léase la fila de 1994), preveía una ligera corrección de la misma, en tanto que la que se estima para el año 2000 prevé un empeoramiento, lo cual aparentemente parece contradictorio con lo que señala la brecha de corto plazo.

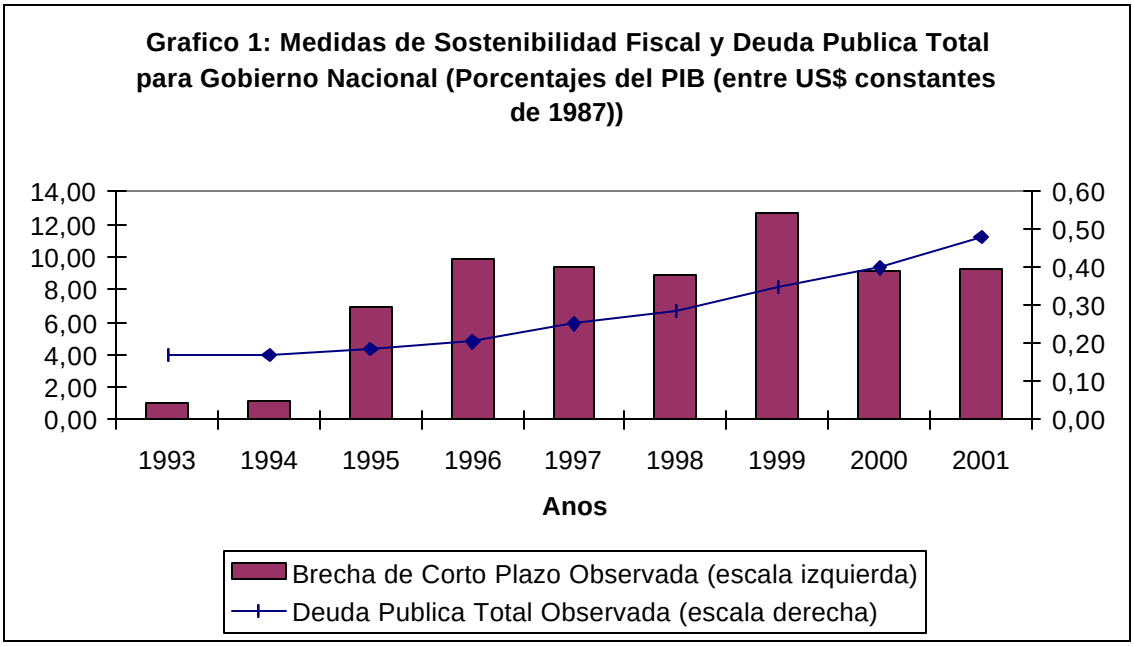
Viene enseguida, tal vez, la información más relevante que trae esta brecha, iniciándose en 1999 (léase la fila de 1994), y prolongándose hasta el 2001 (léase las filas de 1995 y 1996), cuando los valores que ligeramente se habían reducido en 1999 vuelven a aumentar hasta el 2001, prediciendo que el problema fiscal se mantendrá con un carácter de gravedad hasta tal año, tendiendo de nuevo a reducirse hasta el año 2005. O sea que este indicador de mediano plazo llama la atención, acerca de que la corrección de la brecha fiscal va a tomar tiempo reducirla, así como se tomó un buen tiempo en incrementarse (4 o 5 años) y luego tomo también tiempo(2 años) la decisión de hacer el ajuste. Y todo esto considerando que, las tasas de gastos y transferencias se reducen, con tasas de tributación relativamente constantes, que la tasa de interés real retorna a su nivel de largo plazo y, que el crecimiento económico se recupera, inicialmente, en el año 2000 y luego paulatinamente regresa, también, a su valor de largo plazo a partir del año 2007.

Finalmente, la predicción de la brecha fiscal de mediano plazo indica que, si bien es cierto que hacia el año 2005 se alcanzará el menor valor de los últimos diez años hacia atrás, sin embargo, su magnitud para cualquiera de los tres tipos de brechas consideradas será importante, entre 2 y 3 puntos del PIB real, lo cual probablemente esté señalando que la primera década del siglo XXI va a continuar estando determinada por el problema fiscal para el caso de la economía colombiana. O sea que la problemática fiscal ha llegado para quedarse por un buen tiempo, afectando el resto de las variables macroeconómicas de manera significativa, y a quienes dependen de sus recursos, como es el caso del regimen subsidiado en salud.

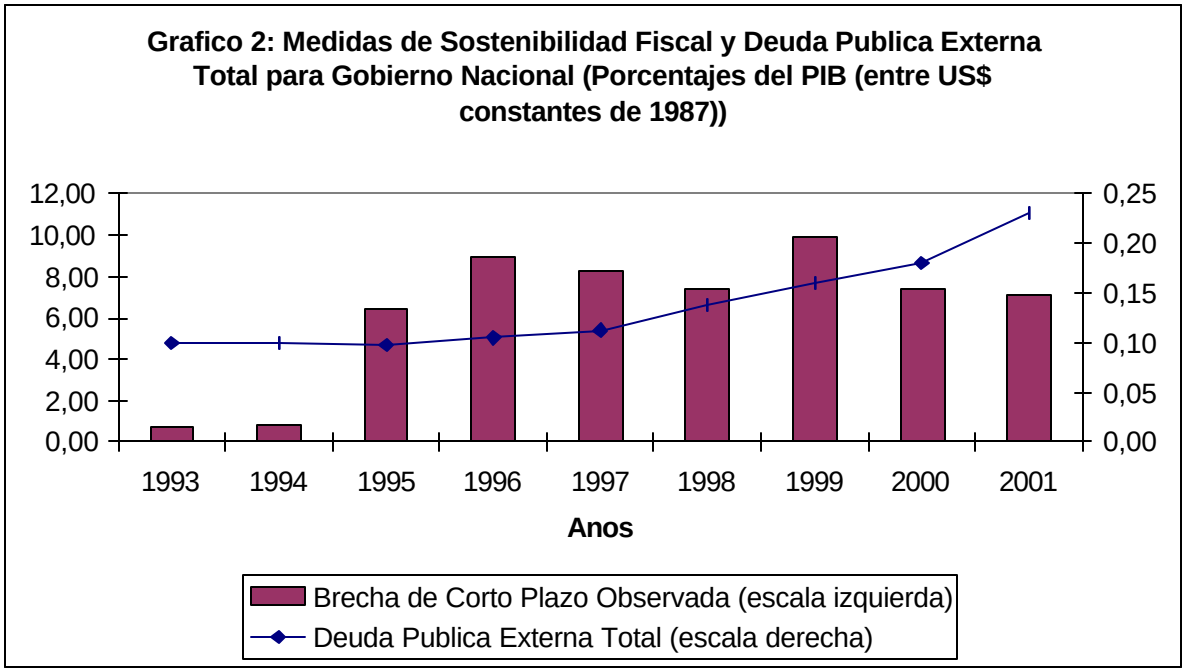
Todos estos estimativos, probablemente, se observen mejor en los gráficos 1 a 3, inicialmente, en los cuales las brechas de corto plazo se yuxtaponen contra las proporciones de deuda pública a PIB, según las diversas definiciones consideradas. Las tablas y los gráficos concomitantes muestran claramente el cambio tan profundo operado en la política fiscal a partir de 1995 (y tanto en relación con los dos años previos como con los años siguientes que van hasta 1999), cuando las brechas fiscales de corto plazo comienzan a triplicarse o cuadruplicarse en términos del PIB (en US$ constantes de 1987). Asimismo, los

[72] O sea, el promedio para los próximos cinco años de los gastos más las transferencias *(g+h),* sumados con los valores promedio esperados para los próximos cinco años de *r* y *q* y toda la suma previa neta de los impuestos totales o recaudo tributario.

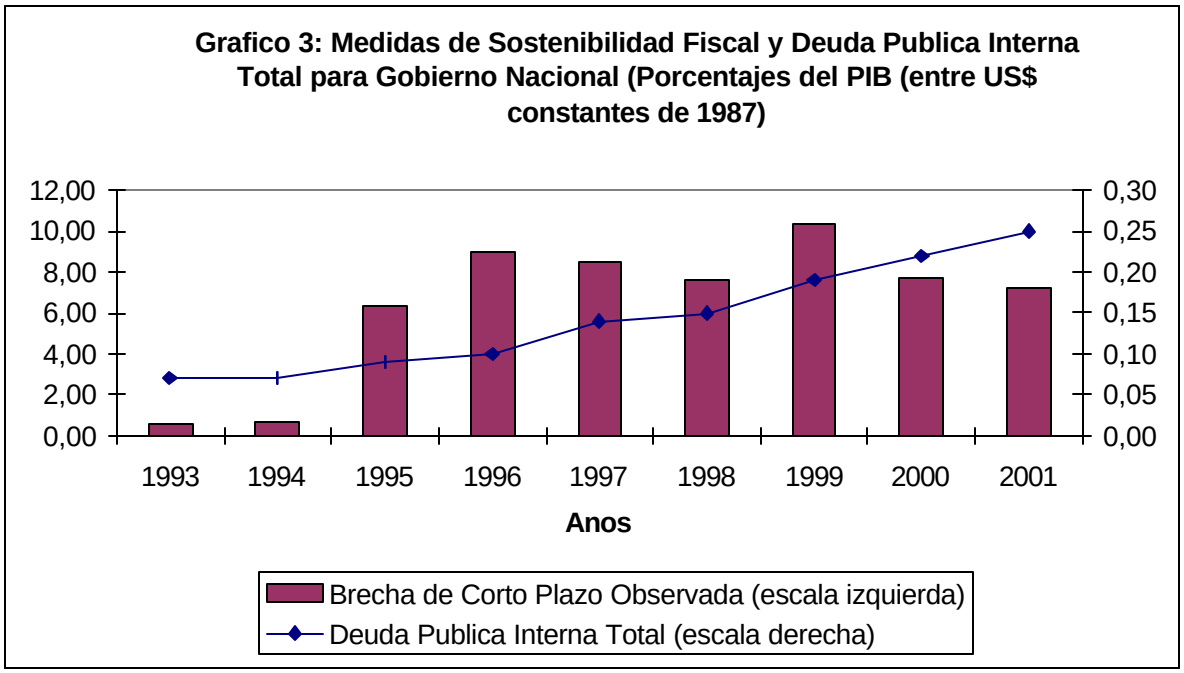
diversos tipos de deuda considerados, especialmente la deuda publica interna como la deuda pública externa del gobierno nacional, experimentaron incrementos significativos, especialmente entre 1995 y 2000, de manera que en el caso de la deuda interna, se pasó de un 9% del PIB en 1995 a un 19% del PIB en 1999 (gráfico 1).



Fuente: Minsalud CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000



Fuente: Minsalud CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000



Fuente: Minsalud CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

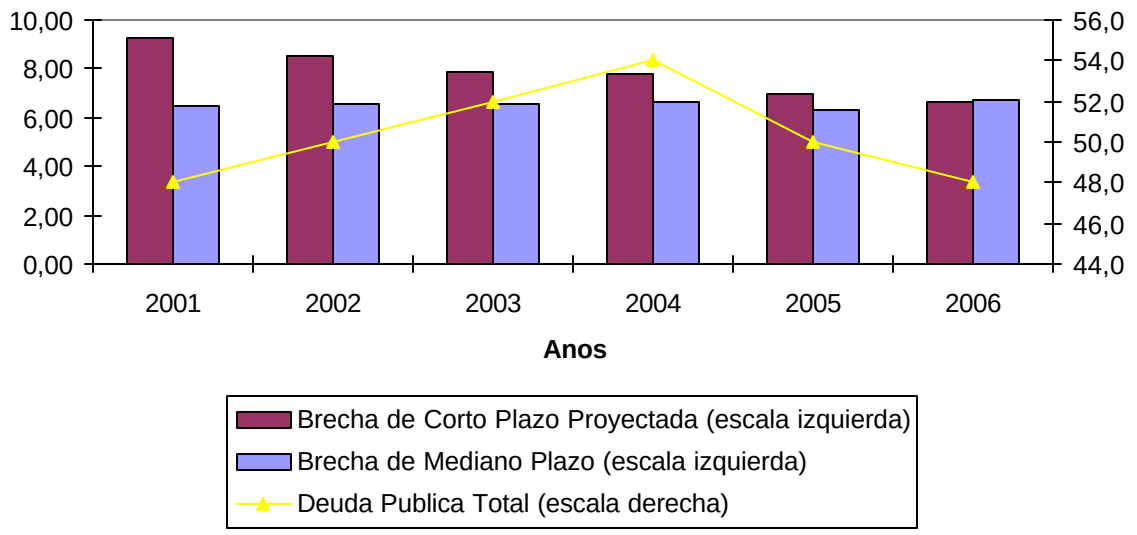
En los gráficos 4, 5 y 6, se dibujan las brechas de corto y mediano plazo conjuntamente, y a su vez, tales brechas se yuxtaponen contra las proporciones de deuda pública a PIB, según las diversas definiciones consideradas, de nuevo. Allí se observa, claramente, que a partir de 1995, en los tres casos considerados, mientras que la brecha de corto plazo tiende a incrementarse, como era de esperarse por los datos observados, la brecha de mediano plazo alcanza su mayor valor y de allí en adelante tiende a reducirse, como era de esperarse por los datos proyectados, destacándose el hecho que el ajuste fiscal tomará lugar en este lapso de tiempo (o sea, entre el año 2000 y el 2004), hacia valores más manejables, aunque un poco mayores de los cuales se partió en los años 1993 y 1994. En cuanto a la relaciones de deuda a PIB, se observa el mismo comportamiento ya comentado para los gráficos 1 a 3, puesto que corresponden a las mismas relaciones señaladas.

La comparación entre las brechas de corto y de mediano plazo muestra las diferencias propias de una y otra, relativas a su horizonte de tiempo. De manera retrospectiva, la brecha de mediano plazo anticipa los movimientos en la de corto plazo; mientras esto es claramente una característica deseable de la brecha de mediano plazo, esto se debe principalmente al uso de los datos observados más que de los datos proyectados en la construcción de las brechas respectivas. Una comparación más estricta debe estar limitada por consiguiente al año 1996. En 1996, es cuando la diferencia entre las dos brechas es menor en todos los casos considerados y, en el caso de la brecha de corto plazo este es uno de los dos picos (el otro es en 1999), de manera que será en un período de tiempo comprendido entre el año 2001 y 2004, cuando la brecha de mediano plazo tenderá a reducirse, de modo semejante a como en el período 1996-1999 la brecha de corto plazo tendió a elevarse (con una ligera reducción en 1998). En este caso, la brecha de mediano plazo dibuja un cuadro más optimista que la brecha de corto plazo, si bien es cierto que se predice llegar a niveles de déficit mayores de los que se partió.

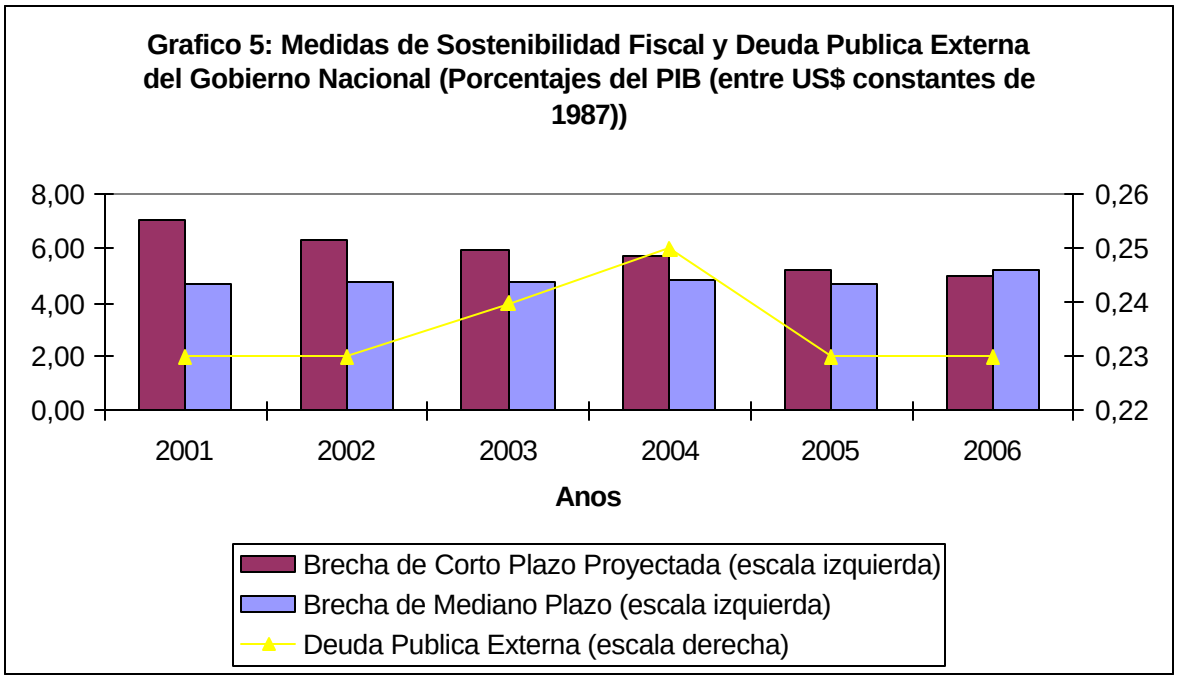
¿La coincidencia o divergencia entre las señales dadas por las brechas de corto y de mediano plazo implicarían que no se requeriría de esta última, por ejemplo? La respuesta es claramente no, por dos razones. En primer término, porque los movimientos de la actividad agregada han sido fuertes a partir de 1993, lo cual conduce a que haya grandes divergencias entre las dos brechas. En segundo lugar, y tal vez más importante, el hecho relevante es que si las dos dan el mismo mensaje esto de todas formas implica que hay información importante que se está ofreciendo. Por ejemplo, el hecho que en los años 1995 y 1996 la brecha de mediano plazo haya sido alrededor de valores muy altos, de entre 8 y 10% del PIB, muestra la seriedad de la situación fiscal que comenzaba a desarrollarse y que se prolongaría hacia el futuro. A su vez, el hecho que la brecha de mediano plazo se reduzca a su menor valor en 1999, en tanto que la de corto plazo se va expandiendo hasta su punto máximo en ése mismo año, indica exactamente la gravedad del problema fiscal para la economía colombiana en su presente, como una mejor condición para su futuro próximo, y no tan despejado para su futuro mas lejano.

¿Qué tan sensibles son las brechas estimadas a los supuestos subyacentes? La estimación de la brecha de mediano plazo es tan "buena" como lo sean las predicciones sobre las cuales está basada. Y ambas brechas dependen del valor de $(r - q)$; las ecuaciones (14) y (15) demuestran que la derivada de la brecha con respecto a $(r - q)$ es igual a la relación de la deuda al PIB. Puesto de manera más simple, los aumentos en las tasas de interés reales o las caídas en el crecimiento económico son más amenazantes o peligrosas en países con altos niveles de endeudamiento, o en países cuyos niveles de endeudamiento se incrementan muy rápidamente en pocos años, como el caso colombiano.

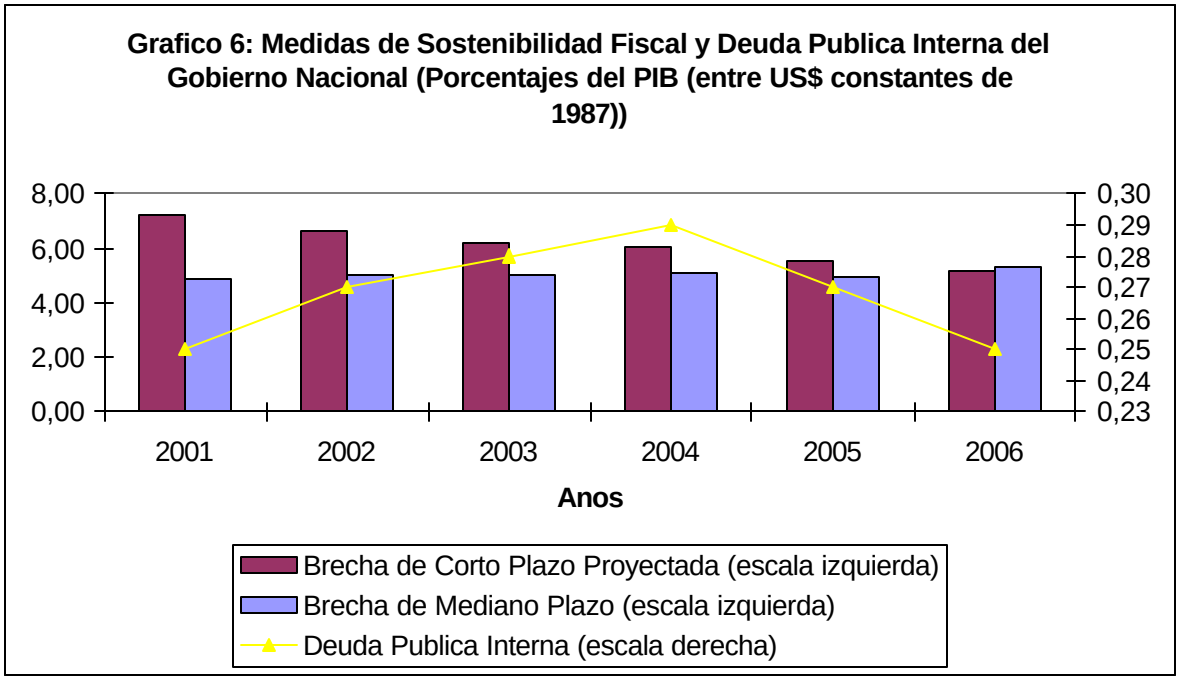
Grafico 4: Medidas de Sostenibilidad Fiscal y Deuda Publica Total del Gobierno Nacional (Porcentajes del PIB (entre US$ constantes de 1987))



Fuente: Minsalud CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000



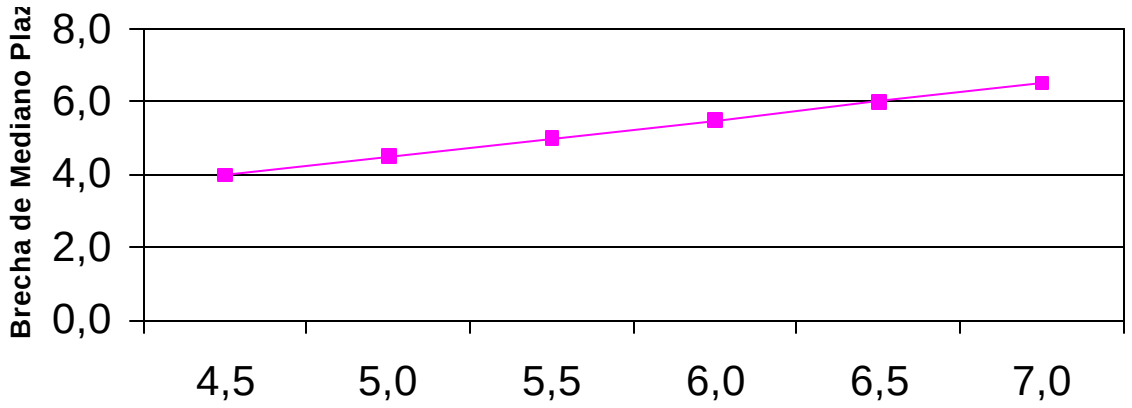
Fuente: Minsalud CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000



Fuente: Minsalud CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Finalmente, el gráfico 7 dibuja la brecha de mediano plazo situados en el año 2000, como una función del diferencial entre tasa de interés y tasa de crecimiento económico (r - q). Para el caso colombiano, el cual tiene una relación de deuda publica real total a PIB del 37.3% para 2000 por parte del gobierno nacional, la brecha varía según que se considere la deuda publica total, la deuda publica externa o la deuda pública interna del gobierno nacional, respectivamente. En el gráfico 7, la brecha varía desde 3.0 por ciento del PIB para un (r - q) igual a 6.0, hasta un valor bien pesimista de 9.0 por ciento del PIB para un (r - q) igual a 5.0 por ciento, cuando se considera la deuda publica total. Lo interesante aquí es observar cómo se va cerrando la brecha de mediano plazo, a medida que el diferencial entre tasa de interés y crecimiento económico se va estrechando, o sea cuando nos desplazamos de derecha a izquierda de la recta pintada, lo cual se logra, básicamente, cuando la economía retorna a su crecimiento de largo plazo (4.5%-5%) y a su tasa de interés de largo plazo (alrededor de 10%). De todos modos, dadas las cifras que se manejaron, el ajuste fiscal de mediano plazo demuestra la gravedad de la situación a la que llegó y de la que tiene por salir la economía colombiana.

Grafico 7: Ajuste Fiscal de Mediano Plazo implicado por diferenciales alternativos entre tasa de interes real y tasa de crecimiento economico (cuando se considera la deuda publica total)



Fuente: Minsalud CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

4.4 COMPONENTES MACROECONÓMICOS Y FINANCIEROS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD A PARTIR DE LA LEY 715 DE 2001

La expedición de la Ley 715 de diciembre 21 de 2001, de conformidad con el Acto Legislativo 01 de 2001, que reforma la ley 60 de 1993, estableció el Sistema General de Participaciones (SGP), conformado por las participaciones de salud, educación y propósito general, de conformidad con lo previsto en dicha ley. El sistema general de participaciones (SGP) está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357

de la Constitución Política a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios indicados.

Hasta el año 2001 el sistema de transferencias a las entidades territoriales estaba definido en los artículos 356 y 357 de la Constitución Política, según los cuales los recursos territoriales estaban conformados por el Situado Fiscal –SF- y la participación de los Municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación –PICN-.

El diseño Constitucional de 1991 hacía depender las transferencias territoriales de los ingresos corrientes de la Nación, los cuales exhibieron inestabilidad durante los años noventa, derivada de las fluctuaciones propias de la actividad económica. De esta manera, los recursos transferidos a municipios y departamentos estuvieron sometidos durante esa década a una gran volatilidad (véase el gráfico 1 del documento Conpes Social 57, de Enero 28 de 2002). Esta volatilidad se transmitió a los recursos con que cuentan las regiones para financiar los gastos de educación, salud, agua potable y demás sectores de inversión social, impidiéndoles llevar a cabo una correcta planeación de su desarrollo y una adecuada asignación de recursos.

Este comportamiento generó una asimetría en la evolución de los recursos que se destinan a salud y educación: cuando tales recursos eran inferiores a su tendencia aparecía una presión para que el Gobierno Nacional los complementara en la vigencia determinada, a través por ejemplo, del denominado Fondo Educativo de Compensación –FEC-. Por el contrario, cuando éstos eran transferidos en montos superiores a la tendencia, se traducían en mayor gasto por contrataciones laborales, salarios y otras erogaciones asociadas a la nomina, los cuales son altamente inflexibles y, por tanto, en épocas de disminución de recursos, el Presupuesto General de la Nación terminaba financiándolos.

De otra parte, no existía una relación clara entre el incremento de recursos y los costos efectivos de las competencias que ejercían, o, sobre si el crecimiento de las transferencias era compatible con los objetivos en materia de cobertura de los servicios. Aún más, la automaticidad que establecía la Ley indicaba que los recursos debían ser transferidos en los montos predeterminados, independientemente de si se lograban o no las metas propuestas y si había o no una buena gestión en el uso de los recursos públicos correspondientes.

Adicionalmente, el esfuerzo económico del país por garantizar aumento de los recursos transferidos para la financiación del gasto social no se tradujo en un resultado proporcional en aumentos de cobertura y calidad de los servicios de salud y educación. Por ejemplo, en el caso de salud, la cobertura oficial entre 1995-2000 evidenció un aumento de la cobertura del 10%, mientras los recursos se incrementaron en un 20% en términos reales.

Hasta la expedición de la ley 715/2001, los recursos se distribuían y asignaban de acuerdo a las reglas previstas por la ley 60 de 1993. Así, el Situado Fiscal se orientaba a la financiación de los servicios de educación y salud en los departamentos, en tanto que las PICN se destinaban a educación, salud, agua potable y otros sectores en los municipios. De manera que, a pesar de que los dos tipos de transferencias financiaban salud y educación, su distribución se realizaba con criterios y variables distintas, con lo cual se limitaba el logro de resultados en cobertura y calidad, y se generaban ineficiencias en la asignación de tales recursos (véase el cuadro 1 del documento Conpes Social, citado previamente).

Conforme a los lineamientos de las leyes 60/93 y 100/93, la financiación del sistema colombiano público de salud, contemplaba dos modalidades para lograr la cobertura universal: el régimen contributivo para la población con capacidad de pago y el régimen subsidiado dirigido a la población pobre.

Respecto de la financiación del régimen subsidiado, la ley 60 reglamentó un sistema de atención bajo un esquema de subsidios de oferta[73] y la ley 100 estableció un esquema de subsidios de demanda[74]. Esta financiación contempla unos mismos objetivos, bajo una estructura que combina dos mecanismos diferentes en la asignación de recursos y fuentes de financiamiento de origen diverso.

La vinculación al sistema subsidiado se realiza mediante cotización subsidiada total, o parcialmente. Para identificar los beneficiarios y focalizar los subsidios se diseñó el Sistema de Identificación de Beneficiarios –SISBEN- cuya responsabilidad recae sobre los municipios.

Este régimen se financia con transferencias del gobierno nacional, de recursos provenientes de la cuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, de las cajas de compensación y con recursos propios de los entes territoriales. Las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud suscriben contratos de administración del subsidio con las empresas promotoras de salud –EPS- que afilian a los beneficiarios del subsidio.

Por su parte, la vinculación al sistema contributivo se lleva a cabo a partir del pago de cotizaciones en forma directa y/o con base en los aportes de los empleadores y empleados. Es importante señalar que la cotización obligatoria equivale a un doce por ciento (12%) del salario base y un punto porcentual se traslada a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA con el propósito de apoyar el régimen subsidiado.

En este contexto, el Gobierno Nacional presentó a consideración del Congreso de la República una reforma constitucional a los artículos 356 y 357 de la Constitución Política, la cual fue aprobada mediante el Acto Legislativo 01 de 2001. La reforma, según el Gobierno Nacional, garantiza la estabilidad de los recursos orientados a financiar la inversión social en las entidades territoriales, partiendo de una base de $ 10.962.000 millones, los cuales crecerán en el periodo de transición de 2002-2008 a la inflación causada más 2% en los primeros cuatro años y más 2.5% en los tres años restantes.

Para reglamentar el Acto Legislativo, el Congreso de la República aprobó reformar la Ley 60 1993, mediante la Ley 715 de 2001, en la cual se establece la distribución de competencias entre los diferentes niveles de gobierno y el funcionamiento del Sistema General de Participaciones, tal como se expuso inicialmente.

---

[73] Los subsidios de oferta contemplan la atención en salud de la población, bajo una prestación directa del servicio, a través de los hospitales públicos; no diferencia al tipo de población beneficiada.

[74] Bajo este esquema se le asigna a una población especifica el acceso a un paquete de salud por medio de un seguro, el cual es beneficiado por el Estado; no se presta directamente el servicio de salud.

Producto de la aprobación del Acto Legislativo 01 de 2001, las transferencias ascienden a más de $ 12 billones en 2002, lo cual comparado con los $ 10.9 billones de 2001, significa que las entidades territoriales cuentan con $ 1.1 billones adicionales para atender las competencias en salud, educación, agua potable y demás sectores a su cargo, como se aprecia en el cuadro 1.

Cuadro 1

TRANSFERENCIAS ESTABLECIDAS EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991 Y EN ACTO LEGISLATIVO 01 DE 2001

(Millones de pesos)

CONCEPTO	Liquidación 2002	Giro Efectivo (11/12) 2002
1. Transferencias Ley 60/93 (*)	$ 10.919.075	$ 10.009.149
Situado Fiscal	6.218.967	5.700.716
Participaciones Municipales	4.700.108	4.308.433
2. Sistema General de Participaciones	12.019.833	11.018.180
3. Recursos Adicionales SGP: (2-1)	1.100.758	1.009.031

(*) Estos valores corresponderían al 24.5% de los Ingresos corrientes de la Nación en el caso del Situado Fiscal y al 22% en el caso de las Participaciones Municipales, después de los descuentos correspondientes, para la vigencia 2002 de acuerdo con la Ley 60/93. **Fuente:** Ministerio de Hacienda, cálculos del DNP.

En tal sentido, de acuerdo con lo establecido en el Acto Legislativo 01 de 2001 y la Ley 715 de 2001, el monto de recursos del SGP para la presente vigencia, certificado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, asciende a $ 12.019.833 millones, lo que equivale a los $ 10.962.000 millones del Acto Legislativo 01 de 2001 como base de calculo, mas la inflación causada (7.65%) y el 2% de crecimiento real (Cuadro 2). Esta suma representa un incremento de 21.3% respecto a las transferencias constitucionales (Situado Fiscal y Participaciones Municipales) giradas a las entidades territoriales en la vigencia de 2001, como se observa en los gráficos 8 y 9.

Sin embargo, lo que constituye el monto a girar en la vigencia de 2002 está constituido por $ 11.018.180 millones, lo que equivale a once meses. El valor restante, $ 1.001.653 millones, se distribuirá en la presente vigencia, una vez sea incorporado en la Ley de Presupuesto de 2003. Los giros se realizarán en el mes de enero de 2003.

El Acto Legislativo le ofrece un seguro a las entidades territoriales contra las fluctuaciones de la actividad económica, dado que la reforma a los artículos 356 y 357 de la Constitución establece dos períodos diferenciados. En primer lugar, se establece un período transitorio, entre los años 2002 y 2008, en el cual el SGP crecerá con la inflación causada, más un crecimiento adicional de 2 y 2.5% real.

Cuadro 2

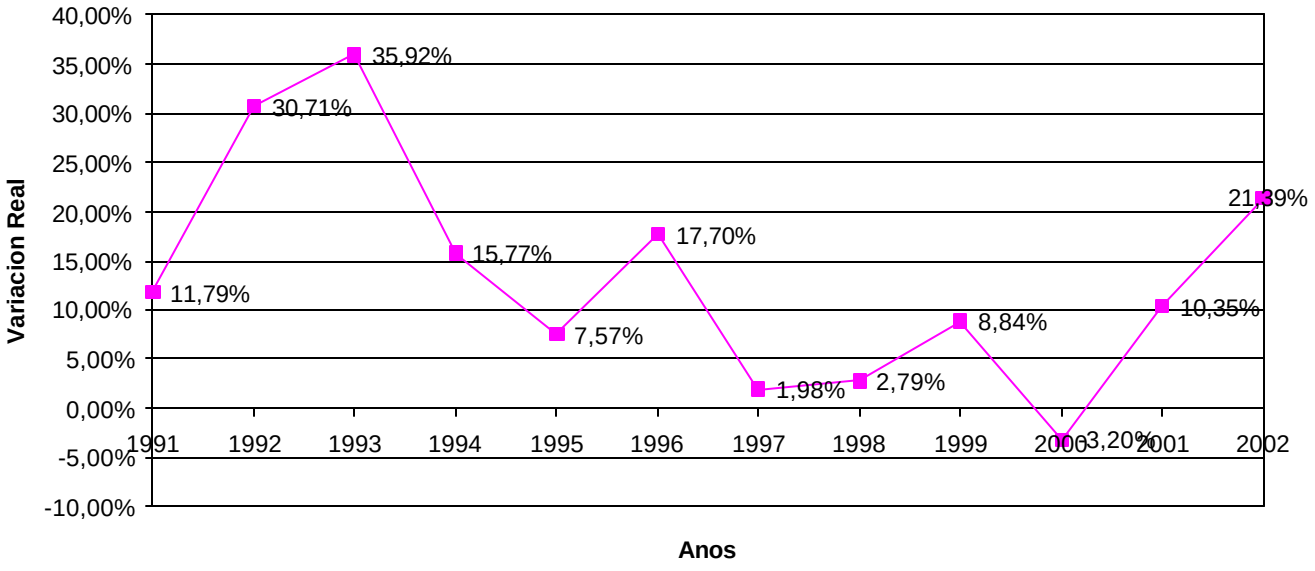
LIQUIDACIÓN SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES 2002, LEY 715 DE 2001

(Millones de Pesos)

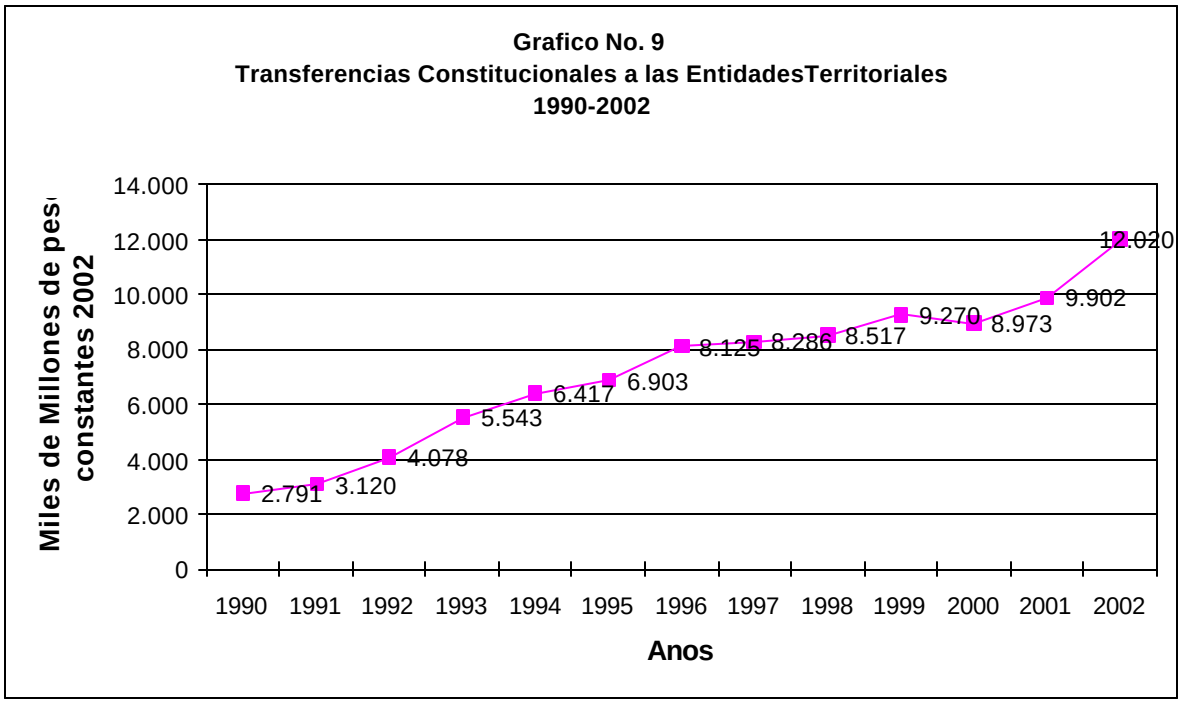
Concepto	2002/1
I. Base de cálculo (Art. 2)	$ 10.962.000
Incremento anual Inflación causada % de incremento anual /2	9.65% 7.65% 2.00%
Base de liquidación SGP 2002 (I*II) III.I Deducciones (Art. 2, parágrafo 2) (4% de III) III.II Base para distribución sectorial (III – III.I)	12.019.833 480.793 11.539.040
Apropiación 2002 (once doceavas de III) IV.I Deducciones (4% de IV) IV.II Distribución sectorial (IV – IV.I)	11.018.180 440.727 10.577.453

1/ Articulo 86, parágrafo transitorio Ley 715 de 2001. 2/ Acto Legislativo 01 de 2001 – Articulo 3, parágrafo transitorio 2 **Fuente:** Dirección General de Presupuesto, citado en CONPES SOCIAL 57, Enero 28 de 2002.

Grafico No. 8
Crecimiento Real de las Transferencias Constitucionales a las Entidades Territoriales (1991-2002)



Fuente: Minsalud CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000



Fuente: Minsalud CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

A partir del año 2009, luego de la etapa de transición, se establece que el Sistema General de Participaciones se determinará de acuerdo al promedio móvil de variación de los ingresos corrientes de la Nación en los cuatro años anteriores a los cuales se hace la distribución.

4.4.1 DISTRIBUCION SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES 2002

Para efectos de la distribución entre los diferentes componentes que conforman el Sistema General de Participaciones (SGP), se aplican las disposiciones previstas en el parágrafo 2 del artículo 2 de la Ley 715 de 2001, según el cual del total de recursos que conforman el SGP, se deduce previamente un 4% discriminado así: i) resguardos indígenas (0.52%); ii) municipios ribereños del río Magdalena (0.08%); iii) programas de alimentación escolar (0.5%) y iv) Fondos de Pensiones de las Entidades Territoriales –FONPET - (2.9%). Una vez realizadas estas deducciones se efectúa la distribución sectorial prevista en el articulo 4º de la Ley, así: 58.5% para educación, 24.5% para salud y 17% para propósito general (cuadro No. 3).

Cuadro 3

DISTRIBUCIÓN POR COMPONENTE DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES 2002

CONCEPTO	Porcentaje (%)	Asignación (1) (Millones de Pesos)
1. ASIGNACIONES ESPECIALES	**4.0**	**$ 440,727.2**
1.1 Resguardos Indígenas	0.52	57,294.5
1.2 Municipios Ribereños del Río Magdalena	0.08	8,814.6
1.3 Alimentación Escolar	0.5	55,090.9
1.4 FONPET	2.9	319,527.2
2. DISTRIBUCIÓN SECTORIAL (2)	**96.0%**	**$ 10,577,453.0**
2.1 Participación Educación	58.5	6,187,810.0
2.2 Participación Salud	24.5	2,591,476.0
2.3 Participación Propósito General	17.0	1,798,167.0
3. TOTAL (1+2)	**100.0%**	**$ 11,018,180.2**

Este valor corresponde a 11/12 de la liquidación del Sistema General de Participaciones. Este valor corresponde al 100% para la distribución sectorial. **Fuente**: Dirección General de Presupuesto – Ministerio de Hacienda, citado en docto CONPES SOCIAL 57 de Enero 28 de 2002.

4.4.2 PROYECCIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA PARA EL PERIODO 2002-2014

Las proyecciones de mediano plazo y aún de largo plazo, están condicionadas a un conjunto de supuestos iniciales y a una visión sobre el futuro de la economía. En general, este documento es optimista sobre la posibilidad de que se consolide la recuperación económica, así como sobre la aprobación de las principales reformas, tanto políticas, como económicas e institucionales. El optimismo se sustenta en un conjunto de factores favorables para el futuro del crecimiento económico, los cuales surgen en buena parte de los ajustes y de las medidas de política adoptadas durante el período de la crisis económica, 1999-2002, pero también de las decisiones mas recientes acerca de un cambio en la conducción del país. No obstante, se considera como el principal factor para consolidar el crecimiento, los avances que se realicen hacia un proceso de paz, cualquiera sea la estrategia que se adopte para ello.

Sin embargo, hay riesgos que pueden atentar contra este escenario, los cuales deben ser explicitados. Uno muy conocido, aunque se encuentra en proceso de resolverse en el Congreso de la Republica, al menos en sus etapas iniciales, es el relacionado con la reforma pensional. Otro riesgo, probablemente más relevante, es el relacionado con los problemas del mercado laboral, los cuales resultan de la imposibilidad de reducir el desempleo, si no se logran tasas de crecimiento cercanas al 5%, las cuales no parecen probables, al menos, en el mediano plazo. Y, finalmente, el logro de la paz requiere que el gasto en defensa y seguridad se fortalezca, por lo que la reducción del déficit fiscal del gobierno nacional sólo se podrá conseguir muy lentamente en el futuro.

Con base en estos factores y en un escenario optimista de recuperación, se puede prever una trayectoria que tiende a un aumento gradual de la tasa de crecimiento del PIB, que pasaría de 1.6% en 2001 a 4% en 2005 y 2006, teniendo en cuenta un crecimiento que oscila entre 2.5% y 3.5% para los años comprendidos entre 2002 y 2004. A partir de allí, la ausencia de escenarios confiables en el más largo plazo hace suponer que podría recuperarse el crecimiento promedio de largo plazo de la economía colombiana, el cual es de 4.5%, hasta finales de la década, y lo mismo se supone para el período 2011-2014.

Cuadro 4

Proyección Tasas de Crecimiento Económico, Inflación y Variables Relacionadas (%)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007-2010	2011-2014	2015
Crecimiento PIB real	1.6	2.5	3.5	3.5	4.0	4.0	4.5	4.4	4.0
Crecimiento Deflactor	8.6	8.0	8.0	8.5	8.5	8.0	7.1	5.3	5.0
Crecto. PIB nominal	10.2	10.5	11.5	12.0	12.5	12.0	11.6	9.6	9.0
Inflación Domestica	7.65	8.5	8.75	9.0	9.25	9.5	9.4	6.8	6.0
Crecto. ICN nominal	24.8	10.5	11.5	12.0	12.5	12.0	13.3	13.4	13.0
Crecto. ICN real	16.2	1.3	2.5	2.5	3.5	4.0	6.1	8.1	8.0
Crecto.Transferencias Ley 715/2001	-	9.65	10.5	10.75	11.0	11.75	12.6	14.2	13.4

Crecto: Crecimiento; PIB: Producto Interno Bruto; ICN: Ingresos Corrientes de la Nación. Fuente: Cálculos propios con base en DNP/DEE (2001 y 2002) y Fedesarrollo (2001).

Asimismo se considera que la inflación doméstica, ante una reactivación de la economía, y específicamente de la demanda, tendería a responder moderadamente, de modo que se consideran inflaciones por encima de la obtenida en 2002. Y que solo en el periodo 2011-2014 se podrían tener inflaciones cercanas al 6 o 7%. En relación con los ICN (Ingresos Corrientes de la Nación) debe observarse que se considera que los grandes crecimientos de 2000 y de 2001, tanto en términos nominales como reales, no se repetirán, de manera que en vez de ello, se consideran unos crecimientos nominales que van entre 10% y 12% para el periodo 2002 a 2006 y un punto porcentual adicional de allí en adelante. Por consiguiente, los ICN reales solo crecerán entre 1% y 4% entre 2002 y 2006, y de allí en adelante se considera que se pueden incrementar entre 6% y 8% hasta el 2015.

Finalmente, el crecimiento de las transferencias para salud según la ley 715/2001, muestra que se ajustan de acuerdo con la inflación del año inmediatamente anterior mas 2% hasta el año 2005 y 2.5% adicional a la inflación observada entre el 2006 al 2008. Del año 2009 al 2014, se aplica el promedio móvil de variación de los ingresos corrientes de la nación de los cuatro años anteriores a los cuales se hace la distribución. Se observa que tales transferencias pueden crecer entre 3% y 7% por encima de la inflación entre el año 2009 al 2015, lo cual muestra la "bondad" de la medida en el mediano y largo plazo.

Para un mayor detalle de todas las variables consideradas en el cuadro 4, y otras mas, se remite al lector al **cuadro básico No.1**, el cual se anexa al presente documento.

4.4.3 PERSPECTIVAS DE LA POBLACIÓN Y DEL EMPLEO

Se parte de considerar que la tasa de crecimiento de la población va a ser un poco inferior a la tendencia de largo plazo que ha tenido la sociedad colombiana hasta el año 2000, la cual está considerada en alrededor del 2.2 o 2.3%. Esto debido básicamente a que el conflicto violento que padece el país, probablemente va a tomar una buena cantidad de años en resolverse, y a que la salida de muchos colombianos al exterior, como un proceso paralelo, aconsejan que probablemente sea conveniente reducir esta tasa de crecimiento a una cifra del orden del 1.85% para todo el período de la proyección.

En relación con las perspectivas del mercado laboral, vale la pena señalar que se toma en cuenta la difícil situación por la que atraviesa la economía colombiana para crear empleo, lo cual es un fenómeno que ya va para quince o veinte años, pero que especialmente es mas notorio en los últimos diez y cinco años respectivamente, tal como lo señalan las cifras. Específicamente las cifras de empleo total dicen que la tasa de crecimiento del mismo entre 1980-1999 fue de 2.4%, entre 1985-1999 fue del 2.7%, entre 1990-1999 fue del 2.1%, y finalmente, entre 1995-1999 solo se alcanzó la tasa promedio del 1.5%. Esto, como se sabe, tiene que ver con los procesos de apertura y globalización que han experimentado las economías latinoamericanas en los últimos quince años, así como a la preponderancia que vienen adquiriendo los sectores terciarios o de servicios en nuestras economías. De manera que hacia el futuro se tiene que ser muy cuidadoso en la proyección de las tendencias de empleo para captar estas nuevas realidades que van a ser determinantes en las mismas.

En este contexto, se consideraron las siguientes tasas de empleo, así: para el período 2002-2004, de 1.6% anual; para el período 2005-2008, una tasa del 2% anual y, finalmente, para el período 2009-2014, una tasa del 2.5% anual. Como se observa tales tasas son, probablemente, muy conservadoras en relación con las tasas de crecimiento económico consideradas, y también en relación con una política laboral y social activa, como se espera de gobiernos que pretendan bajar las altas tasas de desempleo imperantes, pero pueden ser muy útiles como pisos básicos sobre los cuales edificar las proyecciones.

Es necesario destacar la importancia de las proyecciones de empleo y de crecimiento económico, dado que el Sistema de Seguridad Social ha demostrado ser vulnerable a las fluctuaciones económicas y a la recesión de los últimos años. Tal como lo señala Fedesarrollo (2001), "de acuerdo con estudios recientes (Encuesta de Calidad de Vida 1997 y Encuesta Nacional de Hogares 2000), el empleo asalariado se redujo entre 1997 y 2000 en un 12.6%, es decir, en mas de un millón de personas, empleo que se compensó con un aumento de los trabajadores por Cuenta Propia, que tienen una menor propensión a estar afiliados al sistema".

Adicionalmente, los ingresos laborales disminuyeron en este período en un promedio de 23%, en todos los deciles de ingreso. Esto repercutió, tanto en la disminución del número de cotizantes al régimen contributivo, como en los ingresos del punto de solidaridad en la cuenta del Fosyga, afectando al régimen subsidiado y su potencial cobertura.

Todos estos factores se tienen en cuenta en los escenarios proyectados, principalmente para observar cómo afectan la cantidad de recursos disponibles en la financiación del sistema en los próximos 14 o 15 años.

El conjunto de la proyección con todos los detalles se muestra en el cuadro básico No. 2, el cual también se anexa al presente documento. Entretanto, los valores resumidos de dicho cuadro se exhiben en los cuadros 5 y 6 respectivamente.

Cuadro 5

Proyección del Aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2001-2008. Escenario Base: 2001-2008 (En Miles de personas)

Período de transición: 2002-2008 (ley 715/2001)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Población Total	42,254	43,035	43,832	44,642	45,468	46,309	47,166	48,039
Población con Seguro	24,861	25,339	26,373	27,572	28,030	28,402	29,059	29,820
Régimen Contributivo	12,872	13,078	13,287	13,500	13,770	14,140	14,518	14,903
Régimen Subsidiado	10,791	11,063	11,888	12,874	13,063	13,064	13,344	13,719
Regímenes de Excepción	1,198	1,198	1,198	1,198	1,198	1,198	1,198	1,198
No Afiliados o Vinculados	17,392	17,697	17,458	17,071	17,438	17,907	18,107	18,219
Población Pobre (1-2 Sisben)	-	16,116	15,877	15,490	15,857	16,421	16,716	16,923
Población No- Pobre	-	1,581	1,581	1,581	1,581	1,486	1,391	1,296
Participaciones (%)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Población con Seguro	58.8	58.9	60.2	61.8	61.6	61.3	61.6	62.1
Régimen Contributivo	30.5	30.4	30.3	30.2	30.3	30.5	30.8	31.0
Régimen Subsidiado	25.5	25.7	27.1	28.8	28.7	28.2	28.3	28.6
Regímenes de Excepción	2.8	2.8	2.7	2.7	2.6	2.6	2.5	2.5
No Afiliados o Vinculados	41.2	41.1	39.8	38.2	38.4	38.7	38.4	37.9
Población Pobre (1-2 Sisben)	-	37.4	36.2	34.7	34.9	35.5	35.4	35.2
Población No- Pobre	-	3.7	3.6	3.5	3.5	3.2	2.9	2.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Supuestos: Crecimiento anual de la población de 1.85%. Crecimiento anual del empleo así:Periodo 2002-2004: 1.6%; Periodo 2005-2008: 2%. Fuente: Cálculos propios, con base en algunos casos en DNP/DEE (2002 y 2001) y en otros en Fedesarrollo (2001).

Debe tenerse muy en cuenta que esta proyección de la población afiliada y susceptible de afiliar en este primer subperiodo (2002-2008), así como la proyección del segundo subperiodo (2009-2014), que se considera mas adelante, dependen también de los recursos financieros con que se disponga para ello. Y como se verá luego, se tomó como criterio que la disponibilidad financiera era la que determinaba la afiliación o no al régimen subsidiado, lo cual es el camino apropiado para llevar a cabo la proyección.

Dado lo anterior, debe observarse con respecto al cuadro 5 que en el período de transición, la población con seguro pasaría del 58.8% en el año 2001 al 62.1% en el 2008, lo cual significa una ganancia de mas del 3% en aseguramiento de la población, siendo el régimen subsidiado el que más se beneficiaría, al pasarse de un 25.5% en 2001 a una cobertura del 28.6% en 2008. En términos absolutos esto significaría que el aumento de la cobertura de los pobres en los seis años considerados, entre 2002 a 2008, pasaría de 11 millones a cerca de 14 millones en los seis años considerados, o sea, un aumento de cerca de tres millones de nuevos pobres afiliados al régimen subsidiado. De manera correspondiente, la población pobre no afiliada se reduciría del 37.4% al 35.2%, entre los años 2002 a 2008, lo cual en términos absolutos equivale a un ligero aumento de 0.8 millones de pobres vinculados o no afiliados, cuando la población ha aumentado en 5 millones de seres más.

En el caso del cuadro 6, el cual considera el período de estabilidad y crecimiento entre los años 2009 y 2014, se observa que la población con seguro pasaría del 63% en el año 2009 a

cerca del 68% en el 2014. En el caso del régimen subsidiado, la cobertura se incrementaría en 2.5% al pasarse de 29.1% al 31.6% entre los años 2009 a 2014. En términos absolutos, en este período se asegurarían 5.4 millones de personas más, de los cuales cerca de 2.8 millones corresponderían al régimen subsidiado. Se lograría que la población con seguro en el año 2014 llegara a los 36.2 millones sobre un gran total de población de 53.6 millones. Esto ya se acercaría a una cobertura universal en un lapso de tiempo razonable, dada la presencia de una condición fiscal muy difícil para la presente década para el gobierno nacional y dada la existencia de los subsidios de oferta para atender a la población no afiliada o vinculada.

Cuadro 6

Proyección del Aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2009-2014. Escenario Base: 2009-2014 (En Miles de personas)

Período de estabilidad y crecimiento: 2009-2014 (ley 715/2001)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Población Total	48,039	48,927	49,833	50,755	51,694	52,650	53,624	54,616
Población con Seguro	29,820	30,822	31,759	32,722	33,761	34,893	36,212	
Régimen Contributivo	14,903	15,397	15,904	16,423	16,955	17,500	18,060	
Régimen Subsidiado	13,719	14,227	14,657	15,101	15,608	16,195	16,954	
Regímenes de Excepción	1,198	1,198	1,198	1,198	1,198	1,198	1,198	1,198
No Afiliados o Vinculados	18,219	18,105	18,074	18,033	17,932	17,757	17,412	
Población Pobre (1-2 Sisben)	16,923	16,930	17,021	17,101	17,122	17,068	16,845	
Población No-Pobre	1,296	1,175	1,053	931	810	688	567	193
Participaciones (%)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Población con Seguro	62.1	63.0	63.7	64.5	65.3	66.3	67.5	
Régimen Contributivo	31.0	31.5	31.9	32.4	32.8	33.2	33.7	
Régimen Subsidiado	28.6	29.1	29.4	29.8	30.2	30.8	31.6	
Regímenes de Excepción	2.5	2.4	2.4	2.4	2.3	2.3	2.2	
No Afiliados o Vinculados	37.9	37.0	36.3	35.5	34.7	33.7	32.5	
Población Pobre (1-2 Sisben)	35.2	34.6	34.2	33.7	33.1	32.4	31.4	
Población No- Pobre	2.7	2.4	2.1	1.8	1.6	1.3	1.1	
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

Supuestos: Crecimiento anual de la población de 1.85%. Crecimiento anual del empleo así: Periodo 2005-2008: 2%; Periodo 2009-2014: 2.5%. **Fuente:** Cálculos propios, con base en algunos casos en DNP/DEE (2002 y 2001) y en otros en Fedesarrollo (2001).

Lo interesante de observar, tanto en el periodo de transición como en el periodo de estabilidad y crecimiento, radica en que la proyección muestra que la dinámica de la afiliación al régimen subsidiado, validada por los recursos financieros disponibles para ello, no superaría la afiliación al régimen contributivo, aunque si lo igualaría hacia el año 2014. En términos absolutos, se tiene que para el año 2014, habrían 16.9 millones de afiliados al régimen contributivo, en tanto que se tendrían 16.8 millones de afiliados al régimen subsidiado. La afiliación al régimen subsidiado no supera la afiliación al contributivo, de manera que hacia el año 2008, el primero es inferior al segundo en 2.4%, y hacia el año

2014 la diferencia en contra del primero se reduce al 2.1%, encontrándose que la afiliación es del 31.6% de la población total, en tanto que la afiliación al régimen contributivo es del orden del 33.7% del total.

De otra parte, se observa en los cuadros 5 y 6, que la población no afiliada o vinculada, pasaría de tener el 41.1% de la población total en 2002 a un 37.9% en 2008 y a un 32.5% en 2014. En términos absolutos esto significa que se pasaría de un total de 17.7 millones de no-afiliados o vinculados en 2002 a 18.2 millones en 2008 y a 17.4 millones en el año 2014, cuando se estima un total de 53.6 millones de colombianos para este ultimo año.

4.4.4 PROYECCION DE LA FINANCIACIÓN DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD 2001-2014

El conjunto de la proyección se expone en los cuadros básicos Nos. 3 A y 3 B, los cuales consideran los dos periodos pertinentes, y los cuales se han particionado en tres partes cada uno, dada su extensión en cuanto al número de items o filas consideradas. En el cuadro básico No. 3 A, se observa la proyección para el periodo de transición 2002-2008, con los diversos componentes de la misma, comenzando por las transferencias de la ley 715 de 2001 y su desagregación en educación, salud y otras transferencias. Luego, se considera el sistema general de participaciones, con sus componentes de educación, salud, propósito general y asignaciones especiales para el año 2002. Se tiene en cuenta que hay 1/12 del año 2002 que se incorporará en la ley de presupuesto de 2003 y que se girará en enero de 2003. Esto corresponde a 1 billón y 1.653 millones que, como se observa en el cuadro, incrementan las transferencias a salud en alrededor de $ 235.600 millones adicionales para el 2003. En términos relativos esto significa que para el próximo año se tendría un incremento en términos reales del 10.8%, en vez del 1.8% si no se considerara esta adición (Véase la parte final del cuadro 3 A, pagina 50).

Inmediatamente después, el cuadro desagrega las transferencias a salud de la ley 715/01 en los subsidios a la demanda, los subsidios a la oferta y los recursos a salud publica. Sin embargo, la parte más interesante del cuadro viene enseguida, cuando se considera todo el conjunto de los recursos del régimen subsidiado en lo que toca a la parte de demanda, ya que los subsidios a la demanda (las transferencias correspondientes al situado fiscal y a las participaciones municipales) solo representan una parte del total. Se encuentran, entonces, también los recursos de la cuenta de solidaridad del FOSYGA, en donde se destaca el punto de cotización del contributivo, los rendimientos de las inversiones y el pago de la deuda que la nación tiene con el régimen y que va hasta el año 2005. Asimismo se encuentran como fuentes de recursos las rentas cedidas a la demanda, las Cajas de Compensación y los recursos propios que los departamentos y municipios destinen al régimen subsidiado en salud. Y también hay otros rubros pequeños que no se consideran explícitamente en la proyección, como los recursos del impuesto a las armas y las municiones, los recursos de los copagos y cuotas moderadoras, cuando los beneficiarios utilizan servicios y probablemente alguno otro mas.

Cabe destacar el bajo peso que aun tiene el esfuerzo propio de las entidades territoriales en la financiación del régimen, lo que indica que no se han creado incentivos para que las regiones dediquen recursos crecientes a la afiliación de su población pobre. Este es,

entonces, un frente en el que hay mucho espacio para aumentar los recursos que se destinen al régimen subsidiado en salud, dándoles, a su vez, mas responsabilidad a las regiones en la financiación. De hecho esto se hace en la proyección al considerar que a partir del año 2004 y también en el 2005 tales recursos se incrementan nominalmente en un 20% o por encima del 10% en términos reales. Como a partir del 2006, los aportes de la nación se agotan con cargo al pari-passu, y los cuales alcanzan cifras anuales superiores a los $ 100 mil millones hasta el 2005, se requiere que los recursos propios llenen este vacío, lo cual no parece una tarea fácil. Lo que se hace, entonces, en la proyección es suponer que por lo menos la mitad de tales recursos se recuperan por esta vía, para el año 2006, con lo cual se modera la caída que tales recursos tendrían sobre el total de la población financiada, en términos relativos.

En la continuación del cuadro básico No. 3 A, se tiene entonces la otra cara del financiamiento a la demanda, en la medida que con el total de recursos obtenidos y dada el valor de la UPC (Unidad de Pago per Capita) considerada para el año inicial y ajustada de acuerdo a las tasas de inflación proyectadas, se puede estimar el total de la población financiada, comparar con los afiliados al régimen y establecer las diferencias respectivas.

Valga la pena observar que la proyección de la afiliación al régimen subsidiado se establece a partir del valor observado de 2001 que se adoptó como punto de partida de 2002, el cual a su vez se ajustó de aquí en adelante a una tasa del 3.25% anual para todo el resto de la proyección. Esto se hizo así para captar el retraso que probablemente hay en las cifras, especialmente debido a la lenta recuperación de la actividad económica en 2000 y 2001 y, por consiguiente, a los efectos que esto tuvo sobre el régimen contributivo, lo que incidió por la vía del punto de cotización al Fosyga sobre el régimen subsidiado. Pero además es importante señalar que considerar que la afiliación al SGSSS se hace al 3.25% anual es un piso muy adecuado para poder manejar el proceso, al menos por dos razones: la primera, porque esta es una tasa superior a la tasa de crecimiento de la población considerada (1.85% anual) y, la segunda, porque de esta manera se puede establecer un juego, tal como se hace en el cuadro, que permita tener en cuenta la afiliación nueva según la ley 715/01, y una población remanente susceptible de afiliar.

También es importante observar que se supone que hay una cierta discrepancia entre el total de la población financiada de la continuación del cuadro básico No. 3 A y la población que hace parte del régimen subsidiado del cuadro 6, en la medida que solo una parte de la población susceptible de afiliar es la que se considera que se afilia, e incluso en algunos años es solo una mínima parte de ella, por razones de restricción presupuestaria.

Finalmente, en la continuación del cuadro básico No. 3, se tiene la parte relativa a la oferta del régimen subsidiado, en sus dos componentes, a saber: los propios subsidios a la oferta y las rentas cedidas a los departamentos según la ley 715/01. Luego se considera que estos recursos se pudieran incrementar con un 10% de autofinanciamiento, lo cual parece un supuesto razonable para una población pobre que algún agente económico quisiera apoyar, de manera que tal total de recursos se pudiera comparar con el número total de no-afiliados o vinculados pobres para poder establecer el valor de la UPC de los vinculados pobres. Finalmente, se establecen, primero, el numero total de vinculados después de las nuevas afiliaciones según la ley 715/01 y, por ultimo, este mismo total después del total de posibles nuevas afiliaciones.

La proyección trae un hecho muy interesante en relación con el valor de la UPC de los vinculados, dado que esta evoluciona desde constituir un 53.7% de los afiliados en 2002 hasta un 60% en 2008 y un 75% en 2014, como se verá luego. Asimismo, se puede observar que los vinculados se mantienen en términos absolutos, aproximadamente, entre los 16 y los 16.5 millones a través de todo el período de la proyección, lo cual significa que en términos relativos éstos se reducen al pasar de constituir un 37.4% en 2002 a un 35.2% en 2008 y a un 31.4% de la población total en el año 2014. Este hecho unido al anterior de la UPC de los vinculados implicaría, en términos prácticos, una "cobertura universal" hacia el año 2014, por la vía de la complementariedad.

Posteriormente, en la parte final del cuadro básico no. 3 A, se tienen las tasas de crecimiento real para la mayor parte de los componentes del cuadro. Se observa, por ejemplo, cómo las transferencias a salud ley 715/01, crecen en el 2002 al 6.8% real, en tanto que en el 2003 lo harían al 10.8% real, los cuales constituyen incrementos muy significativos, si bien se explican por la decisión que se toma con la Ley 715/01 y el Acto Legislativo 01 de 2001 para modificar la ley 60/93. Del año 2004 en adelante y hasta el 2008, se consideran incrementos que van entre el 1.7% y el 2.5%, en concordancia con lo indicado por la ley para el período de transición. Lo mismo sucede con los incrementos para el régimen subsidiado, tanto en la parte de los subsidios a la demanda como en la parte de los subsidios a la oferta, con algunos matices ligeramente diferentes, específicamente en 2002. Tal vez valga la pena, finalmente, señalar la evolución de los recursos del Fosyga y sus componentes. Obsérvese que el punto de cotización crece sólo entre el 1.5% y 2% real, cuando en realidad podría aumentar mas por las tasas de crecimiento económico consideradas. Se supone que el aporte de la nación solo va hasta el año 2005, de manera que para compensar este rubro del 2006 en adelante, el esfuerzo propio de los municipios y departamentos sería lo apropiado, como se ha señalado previamente.

Pasando ahora al cuadro básico no. 3 B, que corresponde a la proyección para el período 2009-2014 de los mismos rubros que se consideran en el cuadro no. 3 A, los cuales se consignan en las páginas 54, 55 y 56, se pueden observar los siguientes puntos. En primer término, por tratarse de un período de estabilidad y crecimiento, las tasas de crecimiento de todas las variables consideradas son, en términos generales, mayores que las del período previo, y con más uniformidad o menores fluctuaciones que las del mismo período previo. En segundo lugar, es claro también que el supuesto macroeconómico sobre la tasa de inflación está influyendo decisivamente en la tasa de crecimiento resultante, dado que nuestro supuesto fuerte sobre esta variable indica que al alcanzar su mayor valor en el año 2009, asociado a la mayor tasa de crecimiento económico real considerada para ese año, del 5%, comienza a descender hasta el 2014, cuando alcanzaría el menor valor del 6% considerado. En tercer lugar, mientras los subsidios a la demanda crecen en el periodo 2002-2008 a una tasa promedio real del 3.7%, para el periodo 2009-2014 lo hacen al 6.2% promedio real, lo cual muestra de alguna manera la diferencia entre un periodo de transición y un periodo de estabilidad y crecimiento, si bien ambas tasas son significativamente importantes.

En cuanto a las tasas de crecimiento de los subsidios a la oferta se observa que estos crecen para el período 2002-2008 a una tasa promedio real del 4.8%, en tanto que para el período 2009-2014 lo hacen a una tasa del 6.2% promedio real, reforzando el argumento previo para los subsidios a la demanda.

Finalmente, que los recursos con cargo al esfuerzo propio de municipios y departamentos crecen más en el primer período de 2002-2008 que en el segundo período, dado que como se anotó con anterioridad, es sano que tales entes territoriales hagan un mayor esfuerzo, y probablemente, lo van a tener que hacer más pronto que tarde, en particular porque la terminación de la deuda de la nación hasta el 2005, limita mucho la posibilidad, ya no de afiliar nuevas personas, sino de mantener el mismo volumen de afiliados previos. Por tal motivo se consideran incrementos que van desde el 2.1% hasta el 10.8% entre los años 2003 a 2005, en tanto que en 2006 se considera un incremento especial del 40.5% como una forma de compensar en la mitad los recursos que se dejarán de recibir por concepto del pago de la deuda de la nación a los municipios por cuenta del pari-passu. Para los años 2007 y 2008 se consideran incrementos del 15.5% y 5.5% respectivamente. O sea que, mientras en promedio entre los años 2003 y 2005, los recursos de esfuerzo propio crecen en 8% real, entre los años 2006 a 2008 lo harían al 20.5% real.

No pasa lo mismo en cambio con el período 2009 a 2014. Allí se consideran incrementos que comienzan en 2009 con el 0.5% hasta el 4.2% del 2014, de manera que en promedio para tal período tales recursos crecen al 2.6% en términos reales.

4.5 LA SOSTENIBILIDAD DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD DEPENDE Y NO DEPENDE DE LA SOSTENIBILIDAD DE LAS FINANZAS DEL GOBIERNO NACIONAL

Es interesante observar la aparente contradicción entre los capítulos previos, III y IV, especialmente el IV, dado que, aparentemente, la ley 715/2001, no muestra para nada que se pueda presentar un problema de sostenibilidad en el régimen subsidiado en salud. Mas aún, se observa que, si al régimen se le aplican los recursos que la ley establece, en condiciones de crecimiento de la economía colombiana alrededor de su tasa histórica de largo plazo del 4.5%, no se presentaría problema alguno y, mas bien, un cierto tipo de cobertura universal podría obtenerse hacia el año 2014, como lo muestran las cifras. Entonces, en dónde está el problema de sostenibilidad ?

El problema de sostenibilidad radica, precisamente, en la brecha fiscal de mediano plazo para el gobierno nacional que se estimó en el capítulo III, la cual muestra que un ajuste fiscal lento, como fue la experiencia del período 1998-2002, con un peso de la deuda del tamaño del alcanzado ya por el gobierno nacional, o sea, de alrededor del 50% del PIB, hace muy difícil prever que se presente una tendencia decreciente definida de la brecha de mediano plazo, por lo menos para el período comprendido entre el 2002 – 2006, pero tampoco para el período 2006-2010, cuando se mantiene la brecha fiscal alrededor del 4% del PIB, no obstante que se consideran reducciones de la deuda total del gobierno nacional (tanto externa como interna) en cerca de 10% del PIB entre 2002 y 2010, que la bajarían del 50 al 40% del PIB.

Asimismo el factor mas preocupante en las finanzas publicas, como es bien conocido, es la deuda pensional que no está considerada en las cifras estimadas. Esta es una deuda que tiene un valor de dos veces y medio el valor del PIB actual, de manera que es una cifra que excede cualquier posibilidad de pago, si fuera exigible en un periodo corto de tiempo. Dado que este no es el caso, de todas formas es una amenaza latente para la estabilidad de las

finanzas públicas en el mediano y largo plazo. La sola incorporación de una pequeña parte de esta deuda afectaría de manera muy significativa las brechas fiscales de mediano y largo plazo. Por consiguiente, la sostenibilidad fiscal del gobierno nacional está en entredicho en el mediano y largo plazo.

Sin embargo, es claro también que el gasto en salud y educación, como dos componentes básicos del gasto social, difícilmente serían objeto de in- cumplimiento, por mas dificultades que un gobierno tuviera. En el caso más extremo, lo que podría esperarse sería un recorte o un crecimiento negativo temporal del mismo (por dos o tres años, a lo sumo). De manera que el problema de la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud habría que acotarlo al de lograr o mantener una cierta cobertura que se hubiera logrado previamente, o, un mínimo que se considerara socialmente deseable, en un período de tiempo futuro manejable, dado un entorno macroeconómico restrictivo. Aquí también habría un espacio para pensar que se podría dar el caso de una forzosa transformación de subsidios de oferta a demanda, de manera que el efecto final neto sería el de una reducción de los subsidios de oferta para mantener el nivel absoluto de la población afiliada al régimen subsidiado.

La variable crítica es la tasa de crecimiento económico, dado que si la economía crece por debajo de la tasa de crecimiento de la población, o sea del 2%, no hay cómo generar los recursos tributarios, de los cuales se alimentan las transferencias a salud, para mantener al año siguiente el mismo número de afiliados al régimen subsidiado. Esto debido a que si la economía entra en una fase recesiva, lo más probable es que la inflación tienda a caer también, de modo que como el crecimiento de las transferencias a salud y educación está ligado a la inflación según la ley 715/2001, por esta vía el crecimiento de las transferencias también se vería reducido. Y lo mismo pasaría con las participaciones que tienen los subsidios a la demanda y los subsidios a la oferta en las transferencias a salud frente a un incremento continuo de la UPC que también se ajusta por la inflación. Todo dependería entonces de qué tan grande fuera la caída de la actividad económica y la concomitante reducción en la tasa de inflación, de manera que esto incidiera en definitiva en la población afiliada y vinculada. Esto ya sucedió en 1999, cuando la economía decreció en 4.1% y la afiliación al régimen subsidiado se estancó, si bien la economía se recuperó lentamente en 2000 y 2001, el crecimiento de las transferencias bajó y subió, respectivamente, sin que existiera todavía la ley 715, pero en cambio la afiliación se afectó.

Como de todas formas con la ley 100/93 y el desarrollo posterior de la ley 715/2001, se busca una cobertura universal para el régimen subsidiado, mediante los subsidios de demanda y los de oferta para la población vinculada, el problema de la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud habría que centrarlo al logro o incumplimiento de tales metas para períodos de tiempo más o menos razonables. De hecho la ley 100/93 había propuesto una meta de cobertura universal hacia el año 2000, la cual obviamente no se cumplió. Con la ley 715/2001 se busca mejorar la eficiencia del sistema y una mejor asignación de los recursos, la cual se hace en función de las competencias adquiridas por los distintos niveles de gobierno así: el aseguramiento en el régimen subsidiado para la población pobre y vulnerable queda a cargo de los municipios y distritos; la atención de la población pobre no asegurada queda a cargo de los departamentos, distritos y municipios descentralizados y la gestión en salud publica se define como función esencial del Estado y queda a cargo de la Nación, departamentos, distritos y municipios en actividades especificas para cada nivel.

Probablemente, entonces, con una mayor eficiencia y asignación de los recursos se pueda garantizar que la meta de cobertura, como indicador de la sostenibilidad del régimen subsidiado en salud, se cumpla hacia delante. Con los estimativos realizados en los cuadros básicos 3 A y 3B, se observa claramente que si la economía recupera la tasa de crecimiento económico de largo plazo del 4.5%, a partir del año 2006 o 2007, es posible mejorar la cobertura del régimen subsidiado e incluso reducir la diferencia con el contributivo hasta llegar a equipararlo en el 2014. Por otra parte, es bien interesante observar que el valor de la UPC de los vinculados evolucionaría desde un 53.7% de los afiliados en 2002 hasta un 60% en el año 2008 y un 75% en 2014. De manera que se podría pensar en una especie de cobertura universal para este ultimo año, sin que se hicieran transformaciones de oferta a demanda en los subsidios.

4.6 CONCLUSIONES

Como la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud tiene una cierta relación de importancia, aunque no depende fundamentalmente de la sostenibilidad macroeconómica del gobierno nacional, se presentó inicialmente una derivación macroeconómica rigurosa de la sostenibilidad fiscal. Cuando este instrumental se aplicó al caso colombiano se observó claramente que, tanto la brecha fiscal de corto plazo como la brecha de mediano plazo, muestran una situación preocupante para las finanzas del gobierno nacional, pues no se prevé que tales brechas se puedan cerrar por lo menos hasta el año 2010.

Los estimativos consignados en la tabla 1 de la página 25 muestran también que la situación fiscal del gobierno nacional es preocupante, no solo porque se consideraron reducciones graduales del déficit primario del mismo hasta llegar al equilibrio sólo hasta el 2013- 2015, sino porque simultáneamente se consideraron tasas de crecimiento graduales de la economía que van desde el 3.5% en el 2003 hasta el 5% en el 2009 y de allí en adelante a un 4.5%. Adicionalmente la deuda pública del gobierno nacional, tanto la interna como la externa, se incrementó entre el 2000 y el 2005 del 40% al 50% del PIB, en términos reales, pero volvió a pasar del 50 al 40% entre 2005 y 2010.

Lo preocupante de la situación lo resume la brecha fiscal de mediano plazo, la cual anticipa lo que va a suceder en el horizonte cercano de cinco años adelante, colocándose continuamente muy a la par de la de corto plazo, y con cifras de déficit primario por encima de los 4.5 puntos porcentuales del PIB real.

Obsérvese asimismo que, en relación con la deuda, no se consideró para nada la deuda del gobierno en su conjunto, o deuda pública del sector público agregado, la cual es mayor en alrededor de 20% del PIB real. Esto agrava mucho la situación de sostenibilidad de las finanzas del gobierno en su conjunto, dado que alguna parte de esta deuda tiene garantía de la nación (probablemente la menor).

Se estimó la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud, a partir de sus fuentes y usos de recursos, teniendo en cuenta toda la normatividad consignada en la Ley 715 de 2001 y las previas de las leyes 60 y 100 de 1993. Se observa claramente que la mayor disponibilidad de recursos permitiría incrementar la afiliación al régimen durante todo el período considerado desde el 25.5% en 2001 hasta un 31.6% en 2014, o en términos

absolutos, desde 10.8 a cerca de 17 millones de personas. Toda la población con seguro pasaría desde un 58.8% en 2001 a un 67.5% en 2014, o, en términos absolutos, desde 24.9 a 36.2 millones de individuos. Y la población vinculada se reduciría desde un 37.4% en 2002 a un 31.4% en 2014 o, en términos absolutos, desde 17.7 a 17.4 millones de personas. Y todo esto, mientras la población total del país pasaría de 42.3 millones en 2001 a 53.6 millones en 2014.

El aumento de la cobertura en el período considerado es bien significativo, dado que se consideraron tasas de crecimiento del empleo bien moderadas e incluso por debajo de la tendencia histórica, a saber: del 1.6% en el período 2002-2004; del 2% entre 2005 a 2008 y del 2.5% en el período 2009-2014. Adicionalmente la ley 715/01 explícitamente designó unos recursos para ampliación o afiliación de nuevos pobres anualmente, de manera que esto apoya el proceso mencionado.

El comportamiento agregado de los recursos que financian el régimen subsidiado se ve muy favorecido entre los años 2002 a 2004, dado que la mayor disponibilidad de recursos ofrecida por la ley 715/01 para el 2002 y 2003 hace que en la proyección se muestre que la población financiada exceda a la población afiliada en mas de un millón de personas, en tanto que de 2006 hasta 2014 este exceso se ve reducido a seiscientas o setecientos mil personas. De todas maneras es bien significativo que haya una población neta susceptible de afiliar que hasta el 2005 es cercana al millón de pobres, en tanto que de allí en adelante cae hasta cien o doscientos mil pobres, según los cuadros básicos 3 A y 3 B.

La viabilidad financiera del régimen subsidiado en su conjunto parece depender, entonces, más de los logros en eficiencia y de una mejor asignación de los recursos entre los diferentes niveles de gobierno responsables del mismo, tal como lo propone la ley 715/01, que de la misma disponibilidad de recursos asignados y proyectados, si bien estos últimos son significativamente mayores que en el pasado y con reglas del juego claramente definidas para los dos sub-períodos considerados.

En general, la situación financiera del régimen es sostenible en el mediano y largo plazo, dado que si cualquiera de las variables mencionadas se desalinee, esto no va a afectar significativamente sus finanzas, aunque si a retrasar los procesos involucrados en ello, de manera que lo que se demoraría y habría que diferir en el tiempo sería el logro de las metas de cobertura y, en particular de la meta universal deseable.

Finalmente debe decirse que el esfuerzo de aumentar la cobertura alcanzada en 2001, y ampliarla significativamente en los próximos cuatro años, de 2002 a 2006 es un desafío ya no financiero para el régimen subsidiado, pues hay suficiente disponibilidad de recursos y hasta un buen exceso de los mismos, sino mas bien administrativo y de manejo institucional, que permita resolver todas las ineficiencias y controlar los abusos y despilfarros de que ha sido objeto el régimen en el reciente y en el lejano pasado.

4.7 REFERENCIAS BASICAS

Blanchard, Olivier; Chouraqui, Jean Claude; Hageman, Robert P. y Sartor, Nicola: "The Sustainability of Fiscal Policy: New Answers to an Old Question". OECD Economic Studies, No. 15, Autumn 1990.

Banco de la Republica: "Colombia, Deuda Externa Publica y Privada 1970-1999". Subgerencia de Estudios Económicos y Depto de Cambios Internacionales. Bogotá, 2000.

Conpes 3152, DNP: "Balance Macroeconómico 2001 y Perspectivas para 2002". DNP-DEE. Bogotá, Diciembre 21 de 2001.

Conpes Social 57, Consejo Nacional de Política Social: "Distribución del Sistema General de Participaciones, Vigencia 2002". Ministerio de Hacienda y Crédito Publico, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, DNP-DDT-DDS. Bogotá, Enero 28 de 2002.

Departamento Nacional de Planeación, DNP, DEE: "Sostenibilidad de las Finanzas Publicas del Gobierno Nacional Central –2001-2010". Documento CONPES 3126. Bogotá, Junio 27 de 2001.

DNP, Dirección de Estudios Económicos: "Balanza de Pagos de Colombia – Supuestos Generales. Mimeo. Bogotá, 26 Julio de 2001.

Ministerio de Salud, Cendes (UJ), Fedesarrollo: "Los Recursos Humanos de la Salud en Colombia: Balance, Competencias y Prospectiva". Capítulo 5: "Proyecciones Macroeconómicas para el Empleo". Programa de Apoyo a la Reforma. Union Temporal Pontificia Universidad Javeriana – Fedesarrollo – Family Health Foundation. Pp. 116-148. Bogotá, diciembre de 2001.

Zarta Avila, Alvaro: "La Sostenibilidad Fiscal y la Deuda Externa Colombiana en un Contexto Macroeconómico: una presentación de Nuevos Indicadores que Miran hacia el Futuro". Departamento Nacional de Planeación, Unidad de Análisis Macroeconómico, División de Programación Financiera. Mimeo. Bogotá, Marzo de 2000.

5 ENFERMEDADES DE ALTO COSTO. UNA PROPUESTA PARA SU REGULACION.

Francisco Rossi
Investigador Universidad Nacional

5.1 PRESENTACION

Este documento corresponde a un trabajo conjunto realizado entre el Centro de Investigaciones para el desarrollo –CID- de la Universidad Nacional de Colombia y FEDESALUD, en respuesta a uno de los productos esperados del proyecto "Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos encargados de adelantar las funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios en el régimen subsidiado" pero también a un compromiso de FEDESALUD con el Ministerio y con la comisión 7ª de la Cámara de representantes.

Fue elaborado mediante el siguiente procedimiento:

Una revisión conceptual e histórica sobre las enfermedades de alto costo en Colombia y en otros países del mundo, con énfasis en su abordaje desde la perspectiva de la seguridad social en salud;

Una revisión conceptual sobre el aseguramiento, los seguros y los reaseguros y la experiencia vivida en Colombia con las enfermedades de alto costo.

Una evaluación de la experiencia Colombiana utilizando documentos de múltiples instituciones sobre el tema.

Una evaluación de la experiencia del régimen subsidiado con las enfermedades de alto costo realizada a partir de los datos recogidos en el formulario nacional de trabajo de campo del proyecto " Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos encargados de adelantar las funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios en el régimen subsidiado " .

Un análisis de diferentes estudios y diferentes proyecciones sobre el costo de las enfermedades de alto costo, especialmente los realizados por el Grupo de Apoyo a La Reforma del Ministerio de Salud.

Una discusión permanente con el GAR del Ministerio de Salud, con el equipo de trabajo del CID-Universidad Nacional y con Fedesalud, de los avances en los diferentes aspectos y de la propuesta final.

Una presentación ante la comisión 7 de la Cámara de representantes.

Este documento es el resultado en consecuencia, de un rico proceso de discusión que se ha nutrido con los aportes, observaciones y recomendaciones de múltiples personas e instituciones.

5.2 DIAGNOSTICO SITUACIONAL.

Al hacer una evaluación general sobre la experiencia y la situación que vive el sistema de Seguridad Social con las enfermedades de alto costo, es nuestro criterio que el resultado global no es bueno.

Los problemas más relevantes han sido los siguientes:

- La categoría de alto costo adolece de deficiencias de definición que en ocasiones se convierten en conflictos entre IPS- EPS - Aseguradora- reaseguradora. Las definiciones legales incluyen patologías (Cáncer) síndromes (gran Quemado) procedimientos (diálisis) intervenciones (cirugía cardiovascular) servicios (Unidad de Cuidado Intensivo). También presenta el problema de confundir eventos (Neurocirugía de urgencia) con "Pacientes - año" como es el caso de los enfermos crónicos. Igualmente el hecho de existir estas definiciones de carácter legal, hace que en muchos casos se incluyan eventos o tratamientos que no son de alto costo.[75]
- La iniciativa del proyecto de Ley 089, que ha generado buena parte del debate actual, tienen un aspecto interesante. Ante el estancamiento de la cobertura derivado de la crítica situación económica y otras variables, se presenta la posibilidad de avanzar hacia la universalidad ya no con la cobertura de un POS, sino con una cobertura selectiva. El avance de cobertura del Sistema que debería ser universal para este año con POS contributivo y subsidiado iguales no se logró y no parece que se puede lograr ni en un corto ni en un mediano plazo. Lo que el proyecto de ley estaría proponiendo es una ruta alternativa para buscar una manera de conseguir universalidad en uno de los temas más sensibles, que es el alto costo. Ese planteamiento podría tener la virtud de que, tratándose de una nueva cobertura y de un asunto que va a tener un tratamiento diferencial, pudieran conseguirse nuevas fuentes de financiamiento, que como están las cosas, es algo importante para el Sistema.
- La "selección adversa" efectivamente ha existido, así como la "afiliación fraudulenta" con lo que la distribución de riesgos y costos es desigual en el sistema, en detrimento del ISS y de otras instituciones. Cerrada la afiliación en el ISS, los pacientes han "encontrado" mecanismos de afiliarse a cualquier otra institución transfiriendo el problema.
- La experiencia con el sistema de seguro que se diseñó y que ha operado para el efecto, no es buena. Típicamente elegimos un esquema de trasladar el riesgo

[75] En la experiencia de la Empresa de Acueducto y alcantarillado de Bogotá, la mayor parte de las reclamaciones presentadas tenían un costo cercano a los $ 3.000.000 que no parece ser una cifra de "alto costo" para un sistema de aseguramiento.

esperado a una aseguradora, para luego recobrar los eventos sufridos en un período. Si el costo sobrepasaba lo previsto perdía la aseguradora, pero si resultaba menor ganaba. Esto generó un esquema de relación EPS - asegurador cerrado, sin dispersión del riesgo. Generó también una tensión sobre las glosas, la auditoria y los sistemas de autorización y de información, que hizo que para instituciones con dificultades en estos terrenos (el ISS especialmente) la experiencia fuera financieramente desastrosa, mientras las aseguradoras obtenían excedentes exagerados. Algunas instituciones especialmente en el régimen subsidiado, incrementaron muy rápidamente los afiliados de alto costo con lo que se presentaron pérdidas e incluso quiebras en algunas aseguradoras. La existencia de selección adversa que se trasladaría de EPS en EPS a medida que vayan quebrando, terminaría inevitablemente en quiebra en dominó.

Habida cuenta de estas dificultades se consideró pertinente profundizar en los conceptos y en las experiencias a fin de formular una propuesta apropiada a las actuales circunstancias.

5.3 DISCUSION CONCEPTUAL

5.3.1 PROTECCION SOCIAL Y SEGURIDAD SOCIAL.

Defining those levels of material well-being which constitute a minimum acceptable standard (or right) is a fundamental element component of the notion of citizenship.

Social protection policy is also intimately connected to debates on social cohesion and social exclusion. This reflects a view in the social sciences which emphasizes that inclusion in collectivity which provides for mutual assistance is central to the definition of social life. To look at this relationship from a different angle, when a collectivity such as the state loses the capacity to provide for the needs of its members (citizens) in a crisis, it suffers a crisis of legitimacy as a consequence, and accordingly finds it harder to govern.

© Overseas Development Institute 2001Centre for Aid and Public Expenditure

El análisis conceptual se inicia con una discusión sobre el concepto del papel del Estado en la protección social. La cita básicamente señala como el tema de la protección social es el centro del tema político de cualquier Estado. Hay dos funciones básicas del Estado, una es mejorar el nivel de vida y una otra es proteger los bienes de los ciudadanos, los riesgos graves de la economía de las familias. La protección de los riesgos de los ciudadanos es lo que más contribuye a su legitimidad y al contrario, si no logra brindarla , afronta una crisis de legitimidad.

En salud, el planteamiento que hace el informe de la O.M.S. del 2000, insiste en como no se trata tan sólo de fomentar la salud en general sino proteger a las familias de los costos de la enfermedad. Esta es una aplicación del concepto de protección social al tema de la salud.

> **Los sistemas de salud no sólo deben fomentar la salud de los ciudadanos sino protegerlos frente a los costos de la enfermedad. Los gobiernos deben reducir el regresivo gasto individual en salud y crear sistemas de financiamiento y prepago que reduzcan el riesgo para los ciudadanos."**
>
> **–World Health Report 2000**

El concepto de seguridad social en un sistema capitalista busca proteger el ahorro familiar, lo que resulta bien interesante porque ninguna sociedad capitalista podría prosperar si las familias están corriendo el riesgo de que por una enfermedad todo el trabajo de todos sus miembros, de varios años, se pierda en cualquier evento. Esta es una notable diferencia con lo que sucede en las sociedades socialistas.

> **–La seguridad social puede ser observada como el conjunto de mecanismos creados para garantizar la estabilidad del ingreso individual o familiar en una sociedad de mercado. Seguros como el de enfermedad general y maternidad, el de invalidez, vejez y muerte o el de desempleo, constituyen la garantía de la seguridad y estabilidad económica de las familias de los trabajadores, es decir la protección contra las contingencias, indispensable en una sociedad capitalista, en la cual el Estado no tiene la función directa de garantizar el ingreso y la provisión de las necesidades de las familias, a diferencia de las sociedades socialistas.**

FEDESALUD 2000

Los principios claves de la seguridad social son suficientemente bien conocidos pero vale la pena recordarlos al momento de entrar en la definición de alto costo. **La solidaridad se da en el pago, la equidad en el servicio o derecho igual para todos. El principio introducido por la seguridad social en Europa separa la capacidad de pago de la necesidad de servicio o del riesgo.**

5.4 SEGUROS DE SALUD.

El alto costo es especialmente lo que las familias requerirían que se les proteja, quisieran que se les proteja y estarían dispuestas a hacer cualquier tipo de esfuerzo para tener protección. Pero hay que hacer notar como es distinto el alto costo para una familia, al concepto de alto costo para una institución, para una multinacional farmacéutica o para una aseguradora. Y al tratar de hacer esta distinción, parece que hemos privilegiado con mucho la tecnología, las instituciones de alto desarrollo tecnológico y lo que allí se hace, como alto costo.

Este tema del alto costo e incluso el tema del aseguramiento han surgido en la medida que la industrialización y el desarrollo han creado opciones de tratamiento que son inalcanzables para cualquier persona o para cualquier familia promedio de cualquier país.

También es posible constatar como en esquemas de aseguramiento y frente al alto costo la existencia de agencias es indispensable para que prosperen las instituciones especializadas de alta tecnología. Sólo hay instituciones de buen desarrollo en temas de alto costo y con alto grado de especialización (un instituto de cancerología, un instituto de cardiología, etc.) donde hay algún tipo de organismo que maneje un financiamiento de manera agregada, de manera solidaria, de lo contrario ese tipo de instituciones no prosperan o simplemente no existen.

Sin embargo probablemente todas las familias estaríamos de acuerdo en que nos interesa muchísimo tener protección para problemas crónicos que además impliquen mucho gasto y mucho desgaste, como el caso de un anciano con un problema crónico que requiera apoyo de enfermería y acompañamiento permanente , o el caso de un parapléjico, vale decir las enfermedades invalidantes. En países como Holanda el seguro de alto costo es exactamente esto. Holanda define un seguro de alto costo obligatorio y universal para proteger ese tipo de problemas crónicos, pero que en otros países existe con otros esquemas como el medicare en Estados Unidos. En el caso Colombiano este tema no está en discusión y una de las propuestas es ponerlo en el debate.

El alto costo es lo que mejor encaja en una conceptualización de seguros en un sistema de salud. En seguros uno lo que busca es distribuir el riesgo de algo muy costoso y de baja frecuencia. Es un hecho que las cosas que suceden todos los días y cuyo costo no es muy alto no se aseguran. Sin embargo en salud tenemos una línea ambigua en la que todos los servicios se cubren por sistemas de aseguramiento, es decir el concepto de seguros sería mucho más claro para alto costo que para efecto de servicios. Estos se ajustan a la protección y la seguridad social.

5.5 SEGUROS Y REASEGUROS. DISTRIBUCION DEL RIESGO O DISTRIBUCION DEL COSTO.

El enfoque de distribución de riesgo o el enfoque de distribución de costo es un debate muy interesante que encontramos. Generalmente uno entiende que un seguro lo protege de un riesgo, pero que eso se traduce en el costo de ese riesgo y probablemente en un porcentaje muy alto de casos tiene razón. Sin embargo para algunos historiadores del aseguramiento y del seguro como institución financiera, de lo que se trata es de distribuir el riesgo. Algunos consideran que la primera vez en la historia que existió un seguro, fue en algún país oriental donde la gente no ponía todos los bultos de la cosecha en el mismo barco sino que los distribuía en varios barcos. No hay que poner todos los huevos en la misma cesta, que dice la sabiduría popular.

En un caso como el nuestro de eventos de baja frecuencia y costo alto uno pudiera tener dos enfoques cuyas diferencias son importantes. Se puede pedir un seguro (o reaseguro) que reconozca cualquier evento que cueste más de determinada cantidad, (de 30 millones en

adelante) o uno para el caso de un exceso de riesgo; por ejemplo si se espera tener 12 casos de SIDA en una EPS. y aparecen 13, ese 13 ya es un siniestro.

Lo que en general se trata de reasegurar es el exceso de riesgo, la probabilidad de que un evento pase de una frecuencia esperada. En el ramo de automóviles es fácil de ejemplificar; se espera que roben 100 vehículos en un período dado y de 101 en adelante se contrata un reaseguro, o se espera que los robos cuesten en promedio 50 millones, y se contrata un reaseguro para los que cuesten de 50 en adelante. Si bien las familias tienden a asegurar el alto costo de una enfermedad, para las EPS esto no tiene mucho sentido. El problema para las aseguradoras no debiera ser reasegurar el costo de un evento sino el exceso de frecuencia.

Para el caso de las pólizas de alto costo en Colombia lo que hemos hecho en realidad no es ni lo uno ni lo otro. La modalidad de manejo de reaseguro que hizo carrera corresponde a un esquema de traslado de riesgo a un tercero. Hay al menos tres formas de trasladar el riesgo en esquemas de reaseguros: 1) Trasladar todo el riesgo 2) Distribuir el exceso de riesgo a través de un tercero, trasladando tan solo el exceso, (todos ponemos un poco para distribuir los excesos de cada uno) y 3) Ajuste por riesgo, ex – post por parte del financiador. Es el esquema del medicare donde un financiador único reconoce el exceso de frecuencias de determinadas patologías a quienes las hayan experimentado.

En el tipo de póliza de alto costo con traslado del total del riesgo a un tercero se nos presentaron varios tipos de problemas en la experiencia del país. Primero que ante múltiples aseguradores (EPS; ARS; Direcciones territoriales) y múltiples reaseguradores, la negociación era bilateral exclusivamente. De esta manera no existió dispersión del riesgo. Cuando por alguna razón (mejor información en los usuarios, afiliación selectiva por los alcaldes etc) las frecuencias aumentaron por encima de lo previsto, algunas compañías de seguros quebraron. En la otra cara de la moneda las instituciones con dificultades administrativas y de información pagaron primas muy altas sin poder realizar los reclamos con lo que algunas aseguradoras se enriquecieron.

De otra parte un esquema bilateral como el descrito es un poderoso estímulo a la selección adversa, pues el valor de cada póliza depende de evaluación del riesgo de la EPS. Si es posible seleccionar este tipo de pacientes, y existen múltiples métodos, el valor de la póliza será menor. Tal práctica hará que, inevitablemente, se genere un esquema de quiebra en dominó, de quienes vayan asumiendo escalonadamente el alto costo.

Finalmente se ha presentado un problema adicional referente a las colas y las dificultades para estimar costos anuales. El número de eventos que se retrasan en el reporte, el cobro y el pago es ciertamente significativo, especialmente en las instituciones públicas (en las que muchas veces más que facturación, se hace reconstrucción histórica) con lo que las evaluaciones son difíciles de realizar y las estimaciones presentan un nivel adicional de incertidumbre.

5.6 LA EXPERIENCIA DEL ALTO COSTO EN EL REGIMEN SUBSIDIADO. EL ESTUDIO DEL CID-UNIVERSIDAD NACIONAL.

En este capítulo presentaremos los resultados de la información consignada en los formularios de las instituciones de carácter nacional dentro del proyecto "Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos encargados de adelantar las funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios en el régimen subsidiado" que correspondieron a la pregunta No 7.

En primer lugar observemos la distribución de empresas aseguradoras por año.

7.5.1 Aseguradora contratada por año. Muestra de ARS.

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	1996	1997	1998	1999	2000	TOTAL
ATLAS	6	3	3	3	0	15
GANADERA	3	3	0	0	0	6
GRANCOLOMBIANA	3	0	1	4	0	8
PREVISORA	3	0	4	8	1	16
LIBERTY	0	0	0	1	0	1
COLMENA	0	4	3	1	0	8
LATINOAMERICANA	1	0	0	0	0	1
SKANDIA	0	8	1	0	0	9
COLSEGUROS	1	3	0	0	7	11
CENTRAL DE SEGUROS	0	1	0	0	13	14
MUNDIAL DE SEGUROS	1	0	0	14	3	18
AURORA	4	1	0	9	3	17
CAJA AGRARIA	1	0	0	0	0	1
COLPATRIA	0	0	2	1	3	6
SEGUROS DEL ESTADO	0	0	7	3	0	10
AGRÍCOLA	8	0	9	0	1	18
OTRA	10	0	0	0	4	14
Total	**41**	**23**	**30**	**44**	**35**	**173**

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

A continuación presentamos la evaluación de la experiencia con las primas, los deducibles y el valor asegurado en el régimen subsidiado, de 1996 al 2000 . Está discriminado por Cajas de Compensación, EPS., y Empresas Solidarias. En las tablas se han recogido los valores promedio y los valores máximos en cada una de las variables seleccionadas.

PREGUNTA 7.5.2.

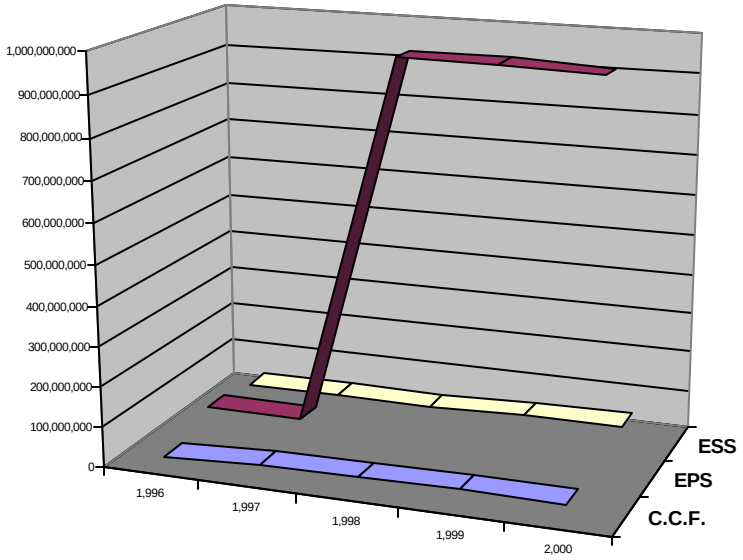
PROMEDIOS .						
		1,996	**1,997**	**1,998**	**1,999**	**2,000**
C.C.F.	prima mes/capita	148,608	58,669	57,192	104,017	282,019
	Valor asegurado	19,060,148	28,333,391	30,000,050	34,375,049	31,250,222
	Deducible	100,000	400,000	357,142	1,966,666	1,200,000
EPS	prima mes/capita	43	43	66	66	136
	Valor asegurado	60,000,000	60,000,000	970,000,000	970,000,000	960,000,000
	Deducible	20,000,000	20,000,000	30,000,000	30,000,000	40,000,000
ESS	prima mes/capita	1,415,015	1,575,235	2,883,248	2,384,567	9,115,461
	Valor asegurado	38,600,140	41,142,957	36,500,135	46,692,426	47,000,202
	Deducible	100,000	100,000	169,230	368,750	1,820,000

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

Es bien pronunciada la tendencia al incremento anual, especialmente del 99 al 2000 en cada una de estas variables. En las graficas siguientes se puede ver con mayor claridad.

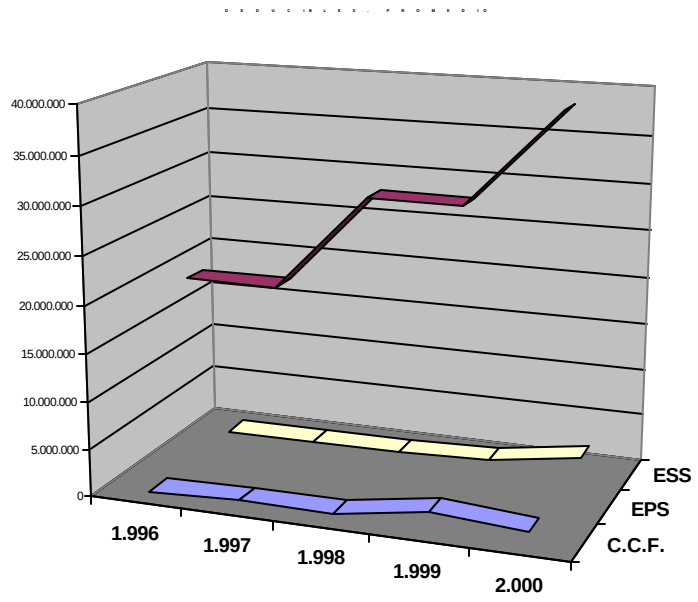
Grafico 1.

VALOR ASEGURADO. PROMEDIOS



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

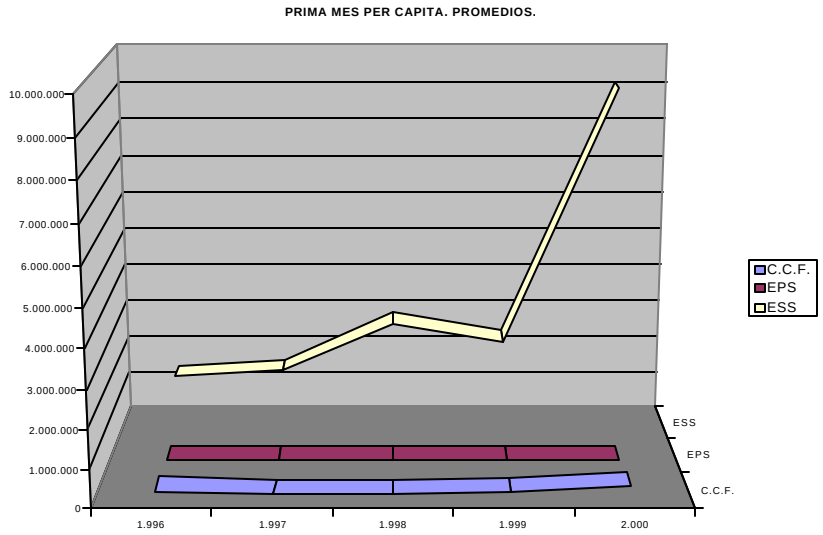
Grafico 2.



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

Es notable la diferencia de comportamiento de las EPS, lo que obedece a varias razones. La primera es que en la muestra solamente existía un número muy reducido de EPS y que su comportamiento es relativamente atípico. La segunda es que se han visto negociaciones con pólizas poco comunes, con el único objeto de cumplir requisitos legales pero generando esquemas de manejo propio del riesgo, como lo que hace el ISS y cada vez más instituciones.

Grafico 3.



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

Es definitivamente muy notoria la tendencia al incremento en cada una de las variables consideradas, año por año.

PREGUNTA 7.5.3.

Criterio para aplicar el valor asegurado y el valor del deducible.

CRITERIO	CCF	EPS	ESS	TOTAL	%
Paciente/diagnóstico/año	4	2	6	12	34.28
Paciente/evento	2	0	6	8	22.85
Paciente	1	0	6	7	20.00
Otro	2	1	2	5	14.28
Paciente/diagnóstico	0	0	3	3	8.57
TOTAL	9	3	23	35	100.00

Sin dato : 7. Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

El criterio más frecuentemente utilizado fue el de paciente/evento/año, que probablemente es el que mejor responde a las definiciones legales existentes.

PREGUNTA 7.5.4.

La Póliza es global?

	CCF	EPS	ESS	TOTAL	%
Si	11	3	24	38	95.00
No	1	0	1	2	5.00
	12	3	25	40	100.00

Sin Dato: 2 Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

La póliza fue global en la inmensa mayoría de los casos.

PREGUNTA 7.5.4.1.

Si la respuesta anterior es afirmativa, indique si la póliza discrimina los afiliados amparados por municipio.

	CCF	EPS	ESS	TOTAL	%
Si	9	3	15	27	71.05
No	3	0	8	11	28.94
	12	3	23	38	100.00

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

En los 38 casos en los que la póliza fue global, el 70% establecían una discriminación de coberturas por municipio.

PREGUNTA 7.5.5

Criterio de pago de la póliza actual

CRITERIO	CCF	EPS	ESS	TOTAL	%
PER CAPITA/MES SOBRE EL TOTAL DE AFILIADOS CONTRATADOS	6	1	16	23	62.16
PER CAPITA/MES SOBRE TOTAL CARNETIZADOS HASTA EL MES PAGADO	2	1	3	6	16.22
PER CAPITA/MES SOBRE TOTAL CARNETIZADOS HASTA EL MES ANTERIOR	1	1	5	7	18.92
OTRA	1	0	0	1	2.70
TOTAL	**10**	**3**	**24**	**37**	**100.00**

Sin dato: 5. Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

El esquema más utilizado en el régimen subsidiado es el de un pago mensual sobre el total de afiliados, lo que probablemente obedece a la búsqueda de un mecanismo simple que se ajusta a los esquemas de contratación más comunes. Es posible que cuando existen cambios frecuentes en los afiliados se utilicen los esquemas mensuales.

PREGUNTA 7.5.6.

Los pagos de la aseguradora por los siniestros de alto costo

	CCF	EPS	ESS	TOTAL	%
SE HACEN DIRECTAMENTE DE LA ASEGURADORA A LA IPS	0	0	4	4	10.26
LA ARS PAGA A LA IPS Y RECOBRA A LA ASEGURADORA	10	3	18	31	79.49
LA ARS COBRA A LA ASEGURADORA Y POSTERIORMENTE PAGA A LA IPS	2	0	2	4	10.26
TOTAL	**12**	**3**	**24**	**39**	**100.00**

Sin dato: 3 Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Como era de esperar la modalidad mas común que se ajusta al tipo de póliza, es la de pagar a la IPS y recobrar a la aseguradora posteriormente. No obstante las otras modalidades también pueden significar ventajas administrativas o financieras.

PREGUNTA 7.5.7.

SINIESTRALIDAD Y PAGOS. CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR : 13 (Valores promedio/año)

	97	98	99	2000
SINIESTROS AVISADOS	20.66	58.80	94.00	58.00
SINIESTROS RECLAMADOS	49.60	121.80	128.00	44.25
VALOR RECLAMADOS	154,440,069.00	359,104,925.00	476,479,617.00	304,257,462.00
VALOR TRAMITE	15,136,936.50	32,177,978.50	62,225,597.75	264,491,509.00
VALOR PAGADO	112,417,508.00	218,764,249.00	341,229,232.00	175,582,429.00
VALOR NEGADO	32,836,444.25	60,831,563.50	51,641,639.75	42,840,006.00
VALOR PENDIENTE	12,273,873.00	190,177,979.00	48,867,638.00	255,778,398.00

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

EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD: 25 (Valores promedio/año)

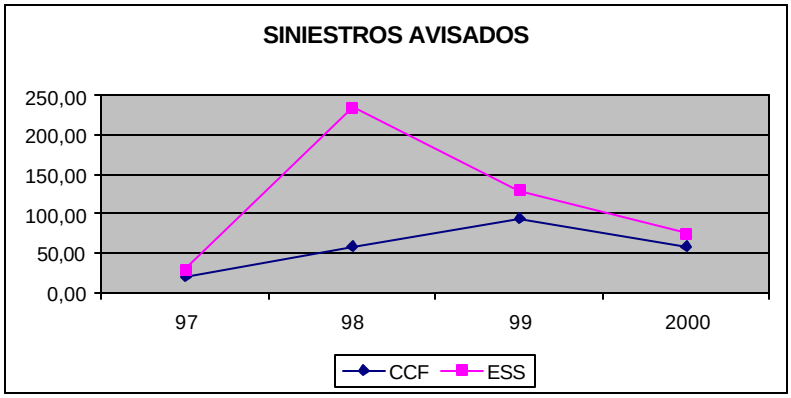
	97	98	99	2000
SINIESTROS AVISADOS	28.66	234.44	128.90	74.58
SINIESTROS RECLAMADOS	26.00	238.87	144.40	143.84
VALOR RECLAMADOS	85,322,778.00	223,509,129.00	304,779,575.00	322,691,543.00
VALOR TRAMITE	5,934,863.50	181,452,160.00	92,287,210.56	166,686,656.00
VALOR PAGADO	28,175,555.33	109,381,751.00	162,552,440.00	119,627,047.00
VALOR NEGADO	10,000,000.00	51,233,732.60	25,094,613.75	44,740,965.17
VALOR PENDIENTE	82,254,814.33	113,933,457.00	80,372,458.00	120,831,527.00

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

EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD : 4. Sin datos para estas variables.

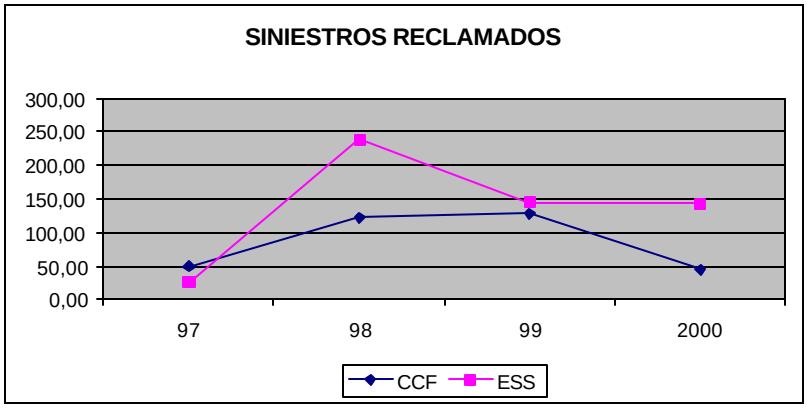
El comportamiento de estas variables aunque tiende al incremento anual, es confuso y errático y probablemente obedezca a las diferencias de políticas entre las ARS y entre los aseguradores. Las gráficas siguientes así lo ilustran.

Grafico 4.



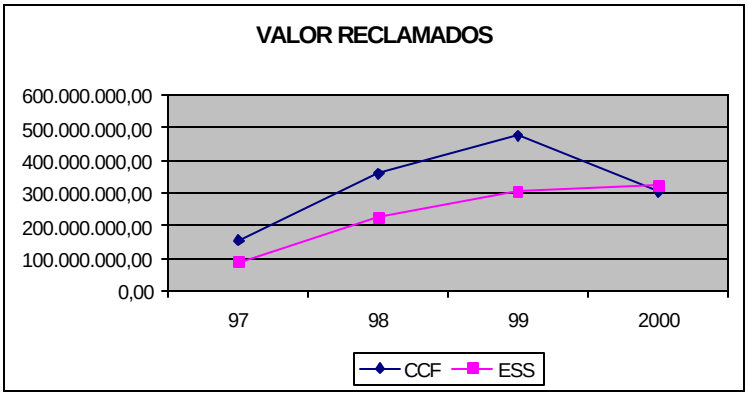
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Grafico 5..



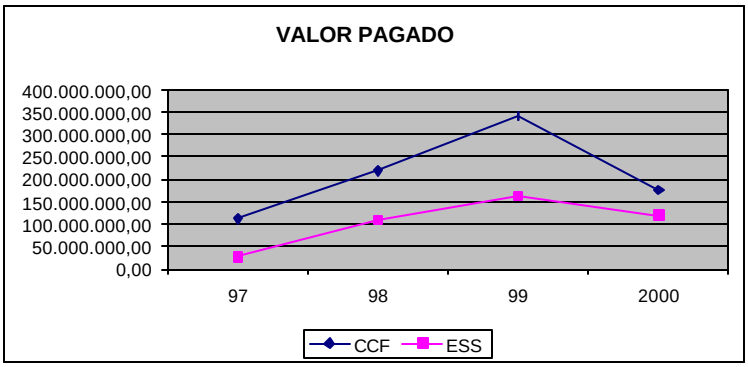
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Grafico 6..



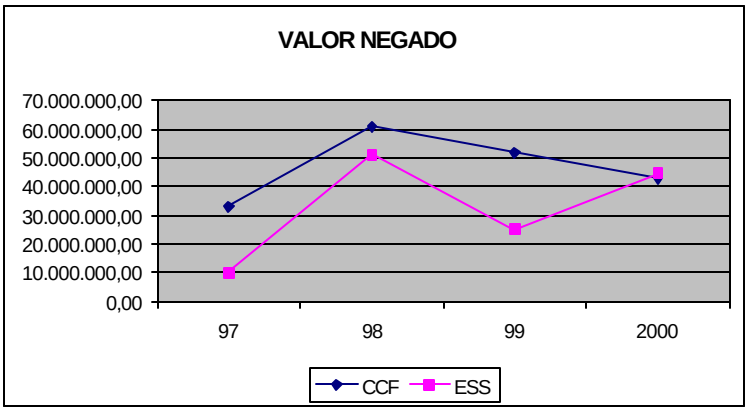
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Grafico 7.



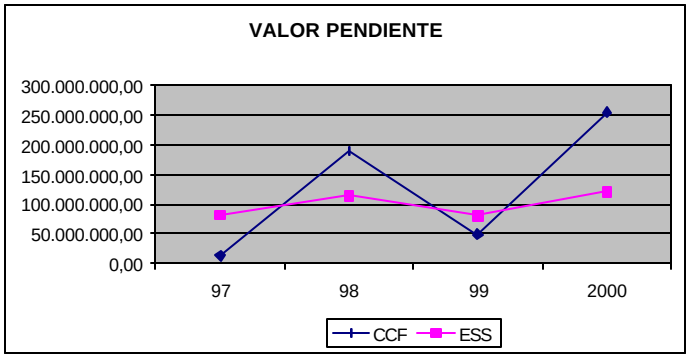
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Grafico 8.



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

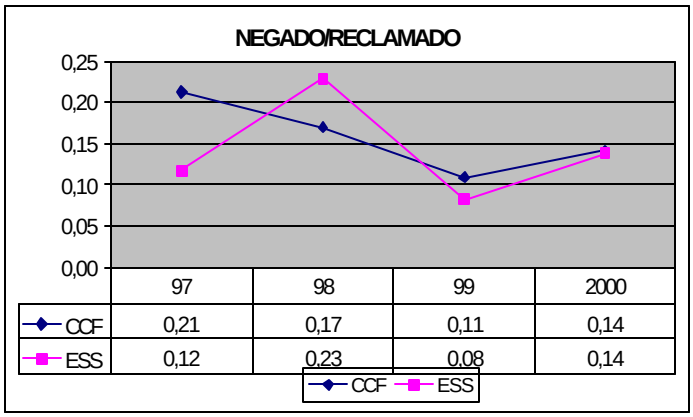
Grafico 9.



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

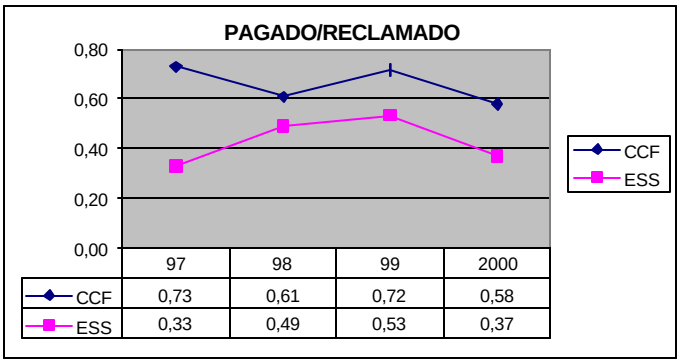
Las gráficas siguientes muestran las relaciones pagado / reclamado, trámite / reclamado y negado / reclamado en términos de porcentaje anual. Es notorio el proceso de aprendizaje que hace que año por año los indicadores mejoren.

Grafico 10.



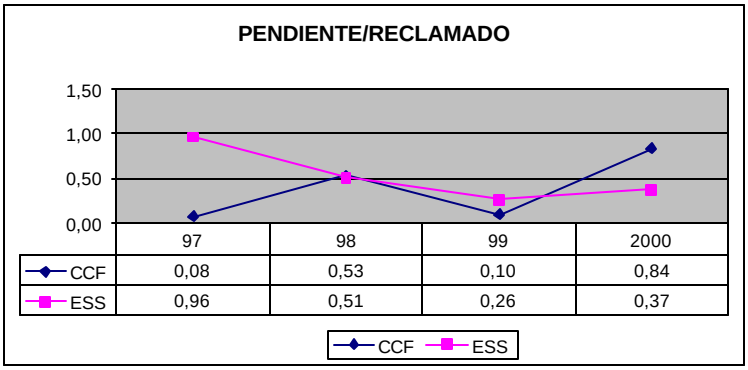
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Grafico 11.



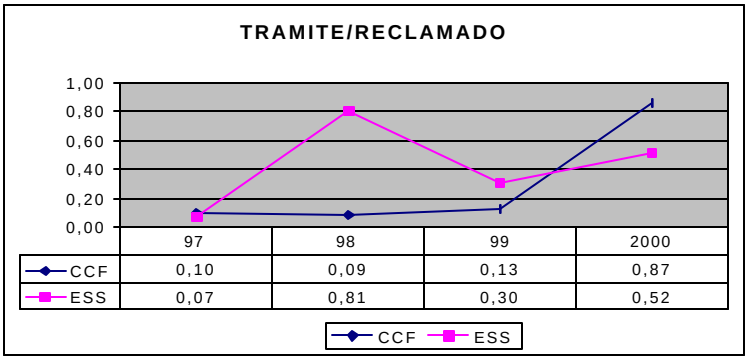
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Grafico 12.



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

Grafico 13.



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

La siguiente es la distribución consignada en el formulario de los servicios adicionales otorgados por las aseguradoras.

SERVICIOS ADICIONALES	CCF	EPS	ESS
CAPACITACION A FUNCIONARIOS	3	2	11
ASESORIA	3	3	11
AUDITORIA	4	1	8
PARTICIAPACION EN UTILIDADES	0	1	0
INCENTIVOS POR BAJA SINIESTRALIDAD	3	1	2
INCENTIVOS POR BUEN MANEJO	1	1	2
SERVICIOS FINANCIEROS	0	1	1

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

5.7 ELEMENTOS PARA UNA PROPUESTA.

El primer esfuerzo estuvo dirigido a formulación de unos criterios con los cuales se pudiera proponer una redefinición del alto costo y una agrupación diferente a la que hoy tenemos. Los criterios elegidos fueron los siguientes:

3. Que tan importante es para la sociedad, y para las familias determinada patología. Que tanta sensibilidad ética tendría estar o no estar protegido de su impacto económico.

4. A quien queremos proteger, a los pacientes y las familias, a los aseguradores o a las IPS.,

5. Si el tipo de problema es previsible o es contingente, es urgencia,

6. Si hay riesgo de selección adversa, que tiene mucho que ver con si es contingente o previsible.

7. Si es una patología aguda o crónica

8. Si la evaluación debe hacerse por costo evento o de costo año por paciente,

9. Si el pronóstico es bueno o regular,

Encontramos además una propuesta bien interesante que pudiera ayudar mucho a clarificar la confusión sobre los conflictos que existen en los reclamos y en las auditorias, que es la combinación entre diagnóstico e intervención; Por ejemplo "Angioplastia por enfermedad coronaria". "Hemodiálisis por IRC". Se integran diagnóstico y procedimiento, lo que permite avanzar a costos promedio por "paquete", para lo cual en el país tenemos una importante experiencia con el manual de tarifas del I.S.S. Es un sistema en uso en algunos estados de EEUU y en discusión en Uruguay.

Combinando esos conceptos proponemos la diferenciación del alto costo en cinco grupos que son razonablemente homogéneos entre si y diferenciables, y que debieran tener manejo específico.

El *Grupo 1* corresponde a la urgencia grave de alto costo. Incluye el trauma y el accidente. Es un grupo de muy alta sensibilidad ética (todo el mundo quisiera estar protegido y haría cualquier cosa si perdiera esta protección), el evento es accidental, contingente, el caso suele ser agudo y el pronóstico tiende a ser muy bueno. En este tipo de eventos se protege a las familias y a las IPS. No hay riesgo de selección adversa por lo que no se requiere redistribución del riesgo, a no ser que se maneje un pool muy pequeño. En el sistema existe ya un esquema de reaseguro que corresponde al ECAT y el FONSAT. Los vinculados no tienen protección ni las IPS. públicas.

El *Grupo 2* es el grupo clásico de alto costo, el que más se ajusta a la definición de la Ley. Corresponde al evento previsible de una patología crónica que implica alta tecnología y alto costo anual por paciente. Algunos tipos de cáncer, la insuficiencia renal y el SIDA son

buenos ejemplos. (El caso del SIDA tal vez tiende a volverse de costo manejable, especialmente por los medicamentos genéricos que esperamos inunden el mercado el próximo año). Es un grupo de altísima sensibilidad social, cuyo costo es planificable, y donde existe alto riesgo de selección adversa y afiliación fraudulenta. Son los pacientes que los Alcaldes ingresan al Sistema y son los pacientes que algunas EPS. Buscan la manera de evitar. El pronóstico en términos generales es regular, pero si no hay tratamiento los pacientes se mueren. Por ello el manejo por tutela es frecuente. Se protege a las familias y a las aseguradoras . Dado el altísimo riesgo de selección adversa, es necesario un esquema de distribución del riesgo que en lo posible tenga alcance nacional o un sistema de ajuste de riesgo ex – post. Los Vinculados hoy por hoy no tienen protección pata este grupo de patologías.

El *Grupo 3* . Incluye pacientes diabéticos insulino - dependientes, epilépticos, algunos tipos de cáncer, el VIH. Es muy parecido al anterior pero la característica que lo diferencia y que justifica separarlo, es que son patologías crónicas en las que la tecnología es más o menos media, y el costo es menor, pero para el paciente es crítico recibir un buen tratamiento, para mejorar su calidad de vida. Estos pacientes se mueren sin tratamiento, pero todos pueden vivir muy bien con cuidados permanentes, pues es en estas patologías en las que la medicina es más exitosa, donde mejores resultados ofrece. Se protege entonces a las familias y también a las aseguradoras en el caso de excesos de frecuencia. Tiene, como en el grupo anterior, un muy alto riesgo de selección adversa. En este grupo a la fecha, no hay cobertura en el régimen subsidiado y tampoco para los vinculados (en ambos casos el paciente llega al hospital en coma diabético o en Status epiléptico y se trata como urgencia pero no recibe tratamiento permanente dentro de un programa). Estas enfermedades requieren cuidado médico permanente y para toda la vida y existe una importante experiencia de manejo de programas en asociaciones de enfermos y otras ONG´s con las que el sistema pudiera organizar programas.

El *Grupo 4*, Los procedimientos en este grupo los hemos denominado como procedimientos "heroicos" de alto costo, no experimentales, con regular pronóstico. Corresponde especialmente a los trasplantes, excepto quizás el de córnea. Aunque los trasplantes suelen asociarse muy estrechamente con la imagen del alto costo, la impresión que nos quedó después del análisis, es que es un grupo de una relevancia relativamente baja por que a pesar de ser individualmente muy costosos, la baja frecuencia hace que tengan un escaso peso económico. El riesgo de selección adversa es mínimo y el manejo judicial es ocasional. Fundamentalmente se trata de proteger al asegurador. En general, en este grupo las familias no podrían asumir este costo, tiene cobertura en el contributivo y parcial en el subsidiado para algunas patologías. Los vinculados están desprotegidos.

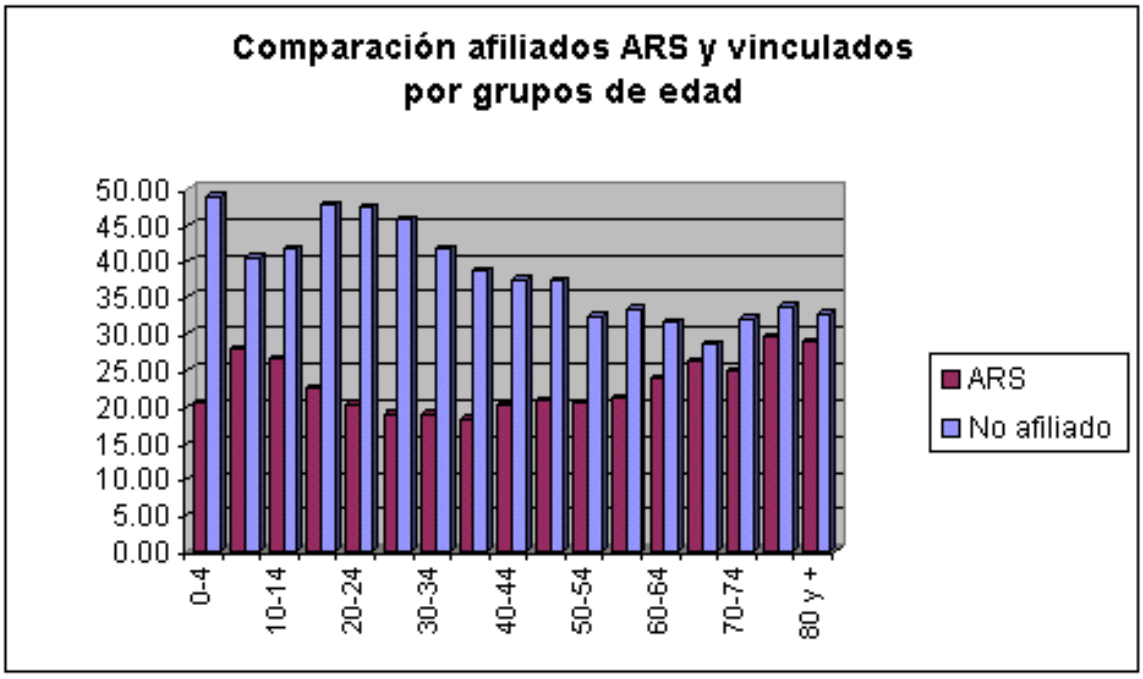
El *Grupo 5*, es nuevo y en él hemos querido incorporar los cuidados paliativos de los pacientes crónicos y terminales. Este grupo es muy interesante pues incluye los procedimientos que no están hoy en el POS, ni en el seguro, ni en el reaseguro. La rehabilitación, prótesis y cuidados prolongados, las enfermedades psiquiátricas crónicas, la invalidez motora y sensorial, las invalidantes, el alzheimer y los enfermos terminales, por las consecuencias de largo plazo. Se trata de proteger el costo y el desgaste de la familia. Hoy no tiene cobertura, la frecuencia es regular, el pronóstico es regular a malo. Son pacientes que con excepciones, necesitan el manejo de las complicaciones y lo necesitan por mucho tiempo, lo que para la familia es crítico. Hoy las familias asumen ese costo como pueden,

hasta donde pueden y los vinculados tampoco están protegidos.- Como señalamos anteriormente corresponde al seguro de alto costo en Holanda. . En Colombia tenemos un ejemplo en la experiencia del TELETON y ONGs similares que sin embargo tiene un corte caritativo, no como un derecho.

En ***resumen***, tenemos cinco grupos: en el *Grupo 1*, el de la urgencia, el de las contingencias, pareciera que tenemos el problema resuelto, excepto para los vinculados; habría que buscar un mecanismo para que los vinculados y las I.P.S. públicas tuvieran cobertura en este tipo de problemas. En los *Grupos 2 y 3* hay necesidad de un mecanismo de aseguramiento para toda la población, y un esquema de reaseguro o algo similar que ponga el posible exceso de riesgo de las aseguradoras del sistema en común, en un sólo pool. En el *Grupo 4* denominado de procedimientos heroicos, típicamente de trasplantes, la propuesta apunta a crear un sistema nacional de trasplantes, que tenga una junta de calificación, que seleccione los pacientes de mejor pronóstico, estandarice procedimientos, defina criterios de inclusión, seleccione donantes etc. Hay una experiencia interesante en el Seguro Social, que corresponde a lo que se denominaba los Comités Regionales Técnico – Médicos. La prioridad en este grupo no son los costos, sino más bien se trata de evitar la vía judicial y crear una vía ordinaria a través del Sistema Nacional y unas juntas regionales. Y en el *Grupo 5* que como veíamos no tiene cobertura, habría que buscar una propuesta, un mecanismo de financiar su inclusión en el Sistema, lo que corresponde, ni más ni menos que a desarrollar el Libro IV de la Ley 100., Servicios Sociales Complementarios.

5.8 SELECCIÓN ADVERSA Y AFILIACION FRAUDULENTA.

Grafico 14.



Fuente: Encuesta de Demografía y Salud - Profamilia

Hemos mencionado con anterioridad la existencia de fenómenos de *selección adversa*, entendiendo por ello la tendencia de algunas EPS a evitar la afiliación de este tipo de pacientes. Aunque en el SGSSS eso es ilegal, es un hecho que se han encontrado mecanismos de ponerla en práctica. También ha existido *afiliación fraudulenta.* Usamos este término a cambio de riesgo moral, pues en un sistema sin preexistencias el término no se ajusta a su sentido usual. Lo que ha sucedido en el régimen subsidiado, es que típicamente se carnetizan los enfermos y los ancianos incluso sin incorporar su grupo familiar, perjudicando al Sistema.

El gráfico muestra la composición por edad de los afiliados a las A.R.S. y los no afiliados, según datos del estudio de PROFAMILIA. Se puede ver claro como en el grupo de 50 y más años existe una similar proporción en el régimen subsidiado y en los vinculados, mientras que en el grupo de 20 a 40 años hay una mayor proporción en los vinculados. Es decir que los Alcaldes han afiliado a los enfermos y los ancianos al régimen subsidiado.

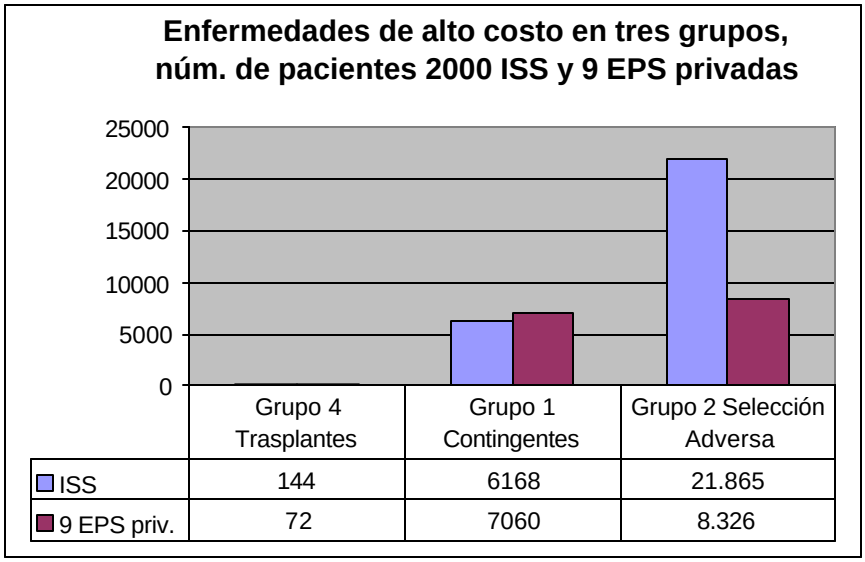
La selección adversa definitivamente existe pero es mucho más evidente si se aísla lo que realmente implica selección adversa. En la tabla siguiente podemos ver tres grupos de patologías y su comportamiento comparativo entre el ISS y 9 EPS. Los datos provienen de ACEMI y del ISS para el año 2000.

Grafico 15.

ENFERMEDADES DE ALTO COSTO.						
	ISS 2000			9 EPS PRIVADAS ACEMI 2000		
	PACIENTES	COSTO TOTAL	COSTO PROMEDIO	PACIENTES	COSTO TOTAL	COSTO PROMEDIO
TRASPLANTE RENAL	144	6.329,00	43,95	52	981,76	18,88
TRASPLANTE MEDULA OSEA	0			14	1.353,66	96,69
TRANSPLANTE CORAZON	0			6	260,16	43,36
CIRUGIA SNC	1.056	1.249,00	1,18	1.961	11.001,21	5,61
UNIDAD DE CUIDAD INTENSIVO	3.888	25.328,00	6,51	2.384	22.719,52	9,53
GRAN QUEMADO	336	1.476,00	4,39	88	589,60	6,70
TRAUMA MAYOR	264	454,00	1,72	1.418	7.331,06	5,17
CIRUGIA CONGENITA	624	1.249,00	2,00	1.209	7.254,00	6,00
DIALISIS Y HEMODIALISIS	4.453	140.344,00	31,52	993	14.934,72	15,04
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	3.132	28.256,00	9,02	2.421	22.345,83	9,23
REEMPLAZOS ARTICULARES	1.260	7.589,00	6,02	688	5.435,20	7,90
SIDA	2.702	34.581,00	12,80	963	8.079,57	8,39
QUIMIO Y RADIO TERAPIA	10.318	55.618,00	5,39	3.261	18.359,43	5,63

Fuente: ACEMI – ISS, 2000

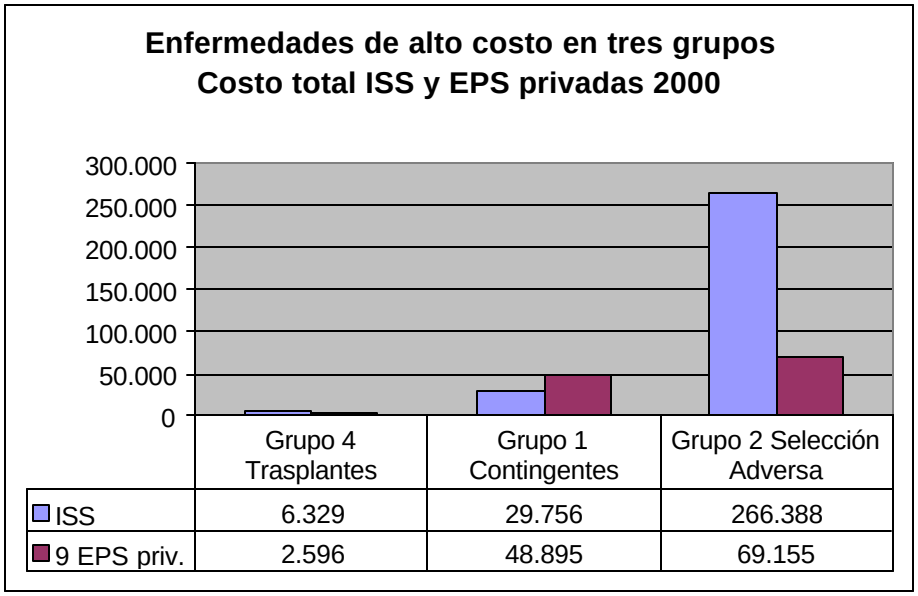
Grafico 16.



Fuente: ACEMI – ISS, 2000

Esta constatación se puede observar con mayor claridad en el gráfico siguiente:

Grafico 17.



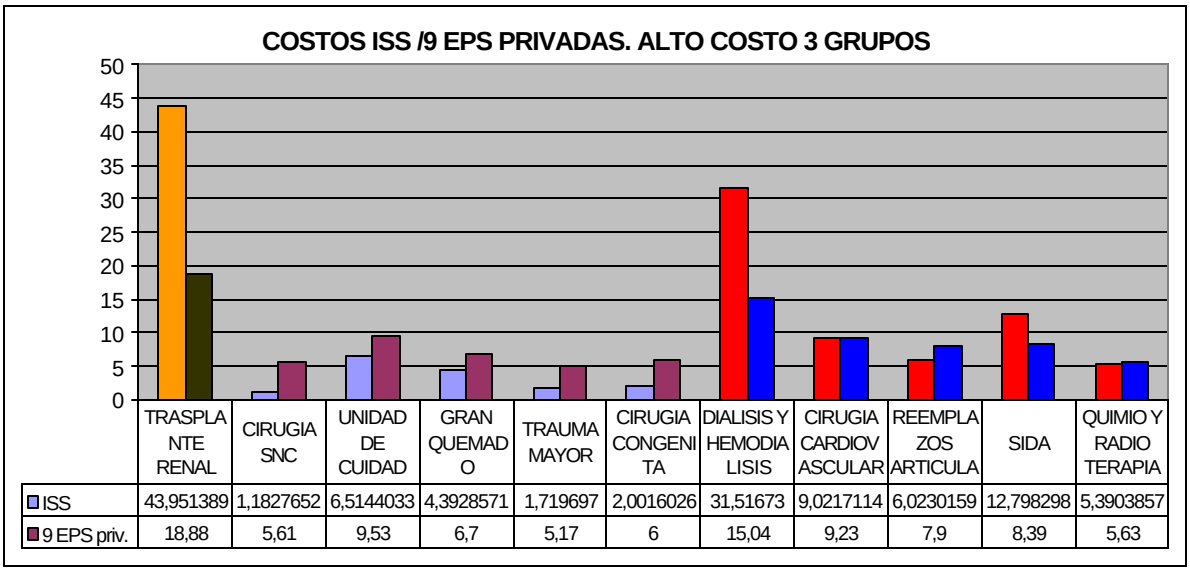
Fuente: ACEMI – ISS, 2000

Al observar el comportamiento del costo de cada grupo en los dos tipos de instituciones, es bien notoria la mínima relevancia de los trasplantes (a pesar de su elevadísimo costo individual).

Es también notable la similitud de costos en el grupo de las contingentes, pero muy impresionante la diferencia en las que si son objeto de selección adversa. Si se juntan los tres grupos, las diferencias se diluyen en gran medida.

Este gráfico muestra en detalle cada una de las patologías, donde están de nuevo separados por colores en los tres grupos.

Grafico 18.



	TRASPLANTE RENAL	CIRUGIA SNC	UNIDAD DE CUIDAD	GRAN QUEMADO	TRAUMA MAYOR	CIRUGIA CONGENITA	DIALISIS Y HEMODIALISIS	CIRUGIA CARDIOVASCULAR	REEMPLAZOS ARTICULA	SIDA	QUIMIO Y RADIO TERAPIA
ISS	43,951389	1,1827652	6,5144033	4,3928571	1,719697	2,0016026	31,51673	9,0217114	6,0230159	12,798298	5,3903857
9 EPS priv.	18,88	5,61	9,53	6,7	5,17	6	15,04	9,23	7,9	8,39	5,63

Fuente: ACEMI – ISS, 2000

5.9 EL COSTO DEL ALTO COSTO.

Tratar de cuantificar y de proyectar el impacto del alto costo es vital para ofrecer cualquier tipo de propuesta. Para el efecto hemos recurrido a múltiples trabajos, muchos realizados por el Ministerio de Salud o por otras instituciones.

Grafico 19.

CONSTITUCION DE UN SISTEMA DE SEGURO PARA EAC

ESCENARIOS FINANCIEROS

	I	II	III	IV
ESCENARIO	S.D.S.ESTUDIO 1997	S.D.S.POLIZA 02/98 - 02/99	S.D.S. POBLACION NO IDENTIFICADA	ESTUDIO PARS (98-99)
No. PERSONAS	1,000,000	850,000	1,150,000	5,911,000
FRECUENCIA	0.0031	0.0010	0.0044	0.0039
COSTO (millones 1998)	$ 10,650	$ 2,000	$ 19,027	$ 85,686
PRIMA o Costo (Persona/año) (pesos 1998)	$ 10,650	$ 2,353	$ 16,545	$ 14,496
Valor de c/atención (pesos 2001)	5,212,056	4,738,103	5,683,455	6,181,170
Casos esperados EAC en 41.101.000 personas	128,646	40,360	183,299	132,106
Costo esperado EAC para 41.101.000 personas (millones 2001)	$ 670,511	$ 191,228	$ 1,041,769	$ 917,019

NOTA PARS:POBLACIÓN TOTAL ESTIMADA PARA EFECTOS DE CÁLCULO: 41.101.000

Fuente: Ministerio de Salud , 2000

La tabla siguiente, elaborada por el GAR-Ministerio de Salud, muestra varios escenarios (proyectados a 41 millones de personas, que corresponde es el total de la población menos los regímenes especiales) usando cifras de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, del 97, del 98 y 2000, las cifras de la Secretaría por población no identificada y el estudio del Programa de Apoyo a la Reforma. El resultado es que el alto costo ha tenido un costo que oscila entre 200.000 millones y un billón de pesos aproximadamente.

Estas son las estimaciones del Programa de Apoyo a la Reforma que fueron construidos con tasas promedio y costos promedio en el contributivo, en el subsidiado y un estimativo para lo que esas tasas promedio significarían para los vinculados, para un costo de 917.000 millones.

Grafico 20.

COSTOS PROYECTADOS

COSTOS

COBERTURAS	FRECUENCIA	REGIMEN CONTRIBUTIVO		REGIMEN SUBSIDIADO		VINCULADOS	
		CASOS	VALOR TOTAL (pesos 2001)	CASOS	VALOR TOTAL (pesos 2001)	CASOS	VALOR TOTAL (pesos 2001)
Cirugía cáncer	0,00009085	1.28	7.586.114.788	864	5.120.398.676	1.391	8.245.074.727
Cardíacas	0,00035649	5.023	57.019.948.712	3.391	38.486.745.596	5.46	61.972.927.012
SNC	0,00019336	2.725	20.118.505.015	1.839	13.579.384.089	2.961	21.866.077.943
Congénitas	0,00019481	2.745	18.885.370.143	1.853	12.747.055.243	2.984	20.525.828.099
Diálisis	0,00019208	2.707	37.354.501.371	1.827	25.213.161.772	2.942	40.599.261.124
Gran Quemado	0,00004406	621	5.561.632.658	419	3.753.934.300	675	6.044.738.071
Hemodiálisis	0,00002986	421	5.210.644.963	284	3.517.028.191	457	5.663.262.196
Neonato	0,00018334	2.583	27.368.888.798	1.744	18.473.174.463	2.808	29.746.258.742
Quimioterapia	0,00035321	4.977	23.828.015.578	3.359	16.083.191.836	5.409	25.897.811.268
Radioterapia	0,00008448	1.19	3.841.863.273	803	2.593.141.834	1.294	4.175.582.714
Reemplazo articular	0,00010942	1.542	15.667.815.542	1.041	10.575.302.932	1.676	17.028.783.977
Trasplante de córnea	0,00000255	36	70.060.322	24	47.288.604	39	76.146.039
Trasplante riñón	0,00000164	23	398.172.150	16	268.754.192	25	432.758.958
Trauma Mayor	0,00021229	2.991	15.242.256.930	2.019	10.288.063.705	3.251	16.566.259.661
UCI	0,00043915	6.188	55.056.134.654	4.177	37.161.230.338	6.726	59.838.528.297
VIH-SIDA	0,00012144	1.711	12.510.652.827	1.155	8.444.313.323	1.86	13.597.377.620
TOTAL			305.720.577.724		206.352.169.096		332.276.676.449

Fuente: ESTUDIO ACTUARIAL REALIZADO POR EL PARS - EAC

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD

Fuente: Estudio Actuarial Realizado en el PARS-EAC, 2000

ACEMI hace otra estimación con las tasas del Seguro Social y las tasas de las 9 EPS. privadas considerando los costos promedio, los costos máximos y los costos mínimos para llegar a un rango entre 162.000 y 922.000 millones.

Grafico 21.

ESTIMACIONES ACEMI

	Tasa Mínima	Costo Unitario Mínimo	Tasa Máxima	Costo Máximo	Costo Total Mínimo	Costo Total Máximo
TRASPLANTES	2.18	31,591,015	30.03	52,920,000	2,586,635,855	35,579,370,600
DIALISIS Y HEMODIALISIS	95.88	8,045,542	563.82	18,912,527	28,927,687,887	170,109,744,074
CIRUGIA SNC	75.42	4,212,472	356.81	5,662,150	11,914,650,543	56,365,072,085
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	165.06	4,382,126	1018.06	12,804,583	27,124,262,368	167,297,747,415
REEMPLAZOS ARTICULARES	50.66	7,311,882	125.55	24,844,286	13,890,747,674	34,425,448,495
GRAN QUEMADO	4.01	1,538,270	20.40	22,766,400	231,324,976	1,176,776,760
TRAUMA MAYOR	60.10	3,146,830	260.71	20,575,623	7,092,168,113	30,765,338,109
SIDA	41.90	4,639,440	457.50	11,935,485	7,289,720,100	79,594,744,475
QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA	202.66	3,112,540	1193.01	5,632,529	23,654,525,865	139,248,905,415
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	203.33	4,436,123	1117.44	9,918,399	33,824,882,242	185,892,100,796
CIRUGIA CONGENITA	55.12	2,651,129	219.13	6,006,223	5,479,682,183	21,785,725,257
					162,016,287,805	922,240,973,484

Fuente: ACEMI,2000

En resumen estamos hablando de una cifra entre 200.000 millones y un billón de pesos, suponiendo que no se sucediera ningún cambio en las definiciones y coberturas.

Grafico 22.

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

5.10 LA PROPUESTA Y SUS COSTOS.

Grafico 23.

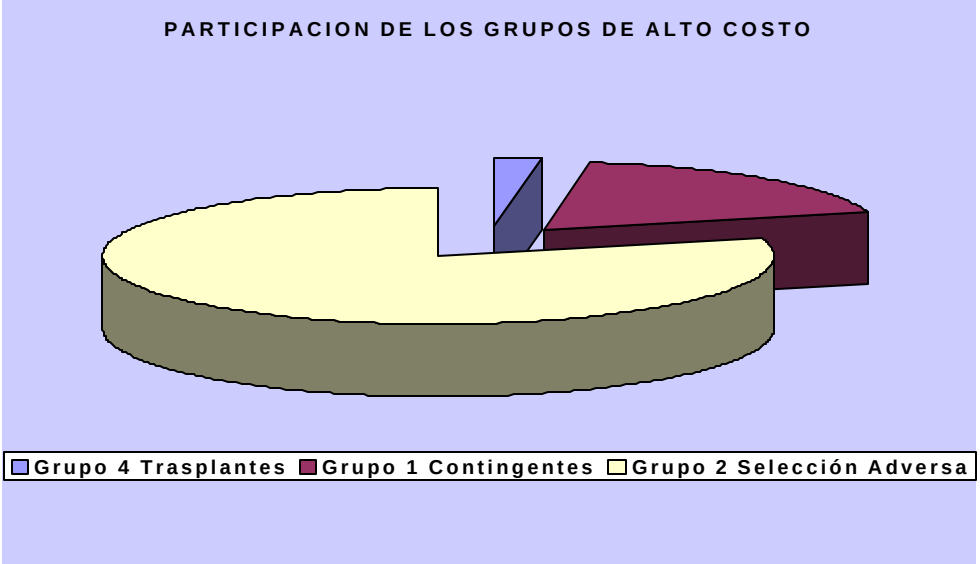
	ISS		9 EPS			
	PACIENTES	COSTO TOTAL	PACIENTES	COSTO TOTAL	TOTALES	%
TRASPLANTE RENAL	144	6.329,00	52	981,76		
TRASPLANTE MEDULA OSEA	0		14	1.353,66		
TRANSPLANTE CORAZON	0		6	260,16		
Subtotal		6.329,00		2.595,58	8.924,58	2,11
CIRUGIA SNC	1.056	1.249,00	1.961	11.001,21		
UNIDAD DE CUIDAD INTENSIVO	3.888	25.328,00	2.384	22.719,52		
GRAN QUEMADO	336	1.476,00	88	589,60		
TRAUMA MAYOR	264	454,00	1.418	7.331,06		
CIRUGIA CONGENITA	624	1.249,00	1.209	7.254,00		
Subtotal		29.756,00		48.895,39	78.651,39	18,59
DIALISIS Y HEMODIALISIS	4.453	140.344,00	993	14.934,72		
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	3.132	28.256,00	2.421	22.345,83		
REEMPLAZOS ARTICULARES	1.260	7.589,00	688	5.435,20		
SIDA	2.702	34.581,00	963	8.079,57		
QUIMIO Y RADIO TERAPIA	10.318	55.618,00	3.261	18.359,43		
Subtotal		266.388,00		69.154,75	335.542,75	79,30
TOTALES		302.473,00		120.645,72	423.118,72	

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

Ajustando las cifras de acuerdo a los grupos que hemos sugerido, notamos como los trasplantes representan casi el 2%, las urgencias casi el 20% y el grupo de las de riesgo de selección adversa el 79.30%.

Se ilustra mucho mejor en una gráfica de distribución porcentual.

Grafico 24.



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

Para efectos de la propuesta, hemos considerado que, utilizando estas cifras que corresponden a aproximadamente 10 millones de habitantes, el punto crítico sería utilizar en cada grupo diferentes factores de expansión. Usando las frecuencias promedio y los costos promedio del Seguro Social y 9 EPS. privadas, se han estimado los eventos y costos para 40 millones de Colombianos.

Grafico 25.

Pacientes	ISS	9 EPS	Suma 10M	Factor exp	Total	%	Notas
Grupo 4 Trasplantes	144	72	216	1	216	0,19%	
Grupo 1 Contingentes	6.168	7.060	13.228	4	52912	46,61%	
Grupo 2 Selección Adversa	21.865	8.326	30.191	2	60382	53,20%	
					113510	100,00%	
Costos							
Grupo 4 Trasplantes	6.329	2.596	8.925	1	8.925	0,90%	
Grupo 1 Contingentes	29.756	48.895	78.651	4	314.606	31,63%	
Grupo 2 Selección Adversa	266.388	69.155	335.543	2	671.086	67,47%	15.251,94
					994.616	100,00%	

Fuente: ISS y 9 EPS privadas, 2000

En el grupo de trasplantes hemos elegido utilizar como factor de expansión "1" pensando que todos estos pacientes ya están por alguna ruta en el Sistema. En el grupo de las contingentes que vale 78.000 millones, el factor de expansión es "4" pues la distribución en la población tiende a ser aleatoria. En el grupo de selección adversa las cifras ya han demostrado que una gran mayoría de los pacientes han encontrado el mecanismo de ingresar al sistema, tanto en el contributivo (ISS, CAJANAL) como en el subsidiado. Por tal razón estimamos que el máximo factor de expansión a aplicar es "2", aún asumiendo que puede estar sobrestimado. (se ha aceptado que el 80% de los enfermos ya están asegurados)

De acuerdo con estas proyecciones y sus costos estimados el panorama puede ser bien diferente.

El grupo 1, las contingentes, corresponde a 320.000 millones, pero la mitad de la población (aproximadamente equivalente a 160.000 millones) ya está asegurada con EPS. y ARS. Ofrecer cobertura a los vinculados, (160.000 millones) puede financiarse con la subcuenta de E.C.A.T. pagando a los hospitales las atenciones contingentes de alto costo con un deducible. Hoy de hecho los excedentes de ésta subcuenta se trasladan a los hospitales en cantidades mayores a la propuesta.

El grupo de los trasplantes no requiere un esquema financiero especial por su reducido impacto, , pero si un manejo operativo y administrativo diferente. Hemos propuesto la creación de un Sistema Nacional de trasplantes que le brinde bases técnicas a una vía ordinaria de manejo de estos casos.

El grupo de selección adversa, multiplicado por 2, tiene un costo proyectado de 670.000 millones de pesos. Puesto que en éste grupo se requiere un sistema de distribución de riesgo, hemos evaluado la alternativa del fondo que ha propuesto el Ministerio, así como las posiciones que han asumido algunos actores del sistema respecto a ella. Creemos que lo fundamental de la propuesta es proteger a los vinculados, donde las Direcciones Departamentales de Salud debieran actuar como aseguradoras.

Con éstos elementos proponemos una variante a la propuesta del fondo, que pueda superar las críticas más importantes que ha recibido. Se ha mencionado la inconstitucionalidad de retener fondos destinados a los entes territoriales, la inconveniencia de asumir todos los pacientes de alto costo por el fondo, desestimulando inversiones en promoción y prevención y desestructurando la integralidad de la atención por las aseguradoras.

Para absolver estas objeciones ofrecemos la alternativa de generar un esquema de ajuste ex post, combinado con un mecanismo de reserva de alto costo y una estandarización de diagnóstico/procedimiento a costos promedio. La propuesta tendría los siguientes elementos:

- Cobertura Universal, administrada por las EPS en el contributivo, las ARS en el subsidiado y las Direcciones Departamentales para los vinculados.
- Las atenciones a los vinculados serían realizadas en las instituciones de tercer nivel y especializadas de la red pública.
- Eliminación de las cuotas moderadoras, los copagos y los períodos de carencia en todos los casos, por cuanto en alto costo siempre constituyen barreras de acceso.
- Uso de un manual de "Pares" diagnóstico/procedimiento a costos estándar. Pudiera generarse una comisión de tarifas con participación de todos los involucrados. Este esquema facilitaría enormemente la administración y la información.
- Creación de un esquema de "reserva" obligatoria para alto costo en las aseguradoras.
- Creación de un esquema de ajuste expost.

De acuerdo con la propuesta cada asegurador estaría obligado a constituir una **reserva** por un valor aproximado de $ 15.000 per cápita / año. (un 6% de la UPC contributiva aproximadamente). Las atenciones de alto costo que realice a sus afiliados se descontarían de esta reserva. Al final de un determinado período (proponemos trimestral o semestralmente) se realizaría un cruce de cuentas para determinar si se han prestado atenciones, a costos promedio, por más o por menos del valor correspondiente de la reserva. En el primer caso se solicitaría al sistema de ajuste una compensación por la diferencia. En el segundo caso se transferiría al esquema de ajuste el exceso de recursos no utilizados en atenciones de alto costo.

Un resumen de la propuesta puede verse en el siguiente esquema:

Grafico 26.

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

El esquema así concebido hace que desaparezcan los estímulos a la selección adversa, las dificultades derivadas de las imprecisiones legales y los sobrecostos asumidos por las instituciones como el ISS. De acuerdo con la experiencia el valor de la reserva pudiera reducirse a medida que los riesgos se distribuyen, o pudieran incorporarse gradualmente las patologías del grupo 3 para ofrecer cobertura en el régimen subsidiado y a los vinculados.

5.11 BIBLIOGRAFIA.

Rígoli, F. Informe de Consultoría. Propuesta de Fondo Nacional de Recursos para la República Oriental del Uruguay. V.M. Mercer. 2000.

República de Colombia. Congreso de la República. Proyecto del Ley No 089/2001.

República de Colombia. Congreso de la República. Proyecto del Ley para la reforma del Sistema Nacional de Participaciones. (Reforma de la Ley 60/93).

República de Colombia. Ministerio de Salud. El manejo de las enfermedades de Alto Costo. Grupo Harvard. Programa Sistemas Municipales. Septiembre de 1966.

República de Colombia. Ministerio de Salud. Reaseguro Programa Universidad de Harvard.. S.f.

Camacho Guzmán Oscar. La jornada del 2 de julio de 1997. Alto costo para el país, la nueva ley del IMSS, señalan PRD y analistas. México 1997.

Organización Panamericana de la Salud. El papel de las superintendencias en la regulación de los seguros de salud. Agosot de 2000.

Medicare payment advisory comisión. Report to the congress. Improving Risk adjusment in medicine. November 2000.

Fedesalud. Presente y futuro de las enfermedades de alto costo en Colombia. Noviembre de 2000.

Medical Bussines Consulting. Administración integral de enfermedades de alto costo en participantes vinculados de la Secretaría Distritasl de Salud de Bogotá. Agosto de 1999.

República de Colombia. Ministyerio de Salud. Programa de apoyo a la reforma. Propuesta técnica, operativa y financiera para el manejo de un seguro universal para la atención de enfermedades con tratamiento de alto costo. Agosto de 2001.

República de Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Informe al Congreso. Junio del 2001.

CEPAL/GTZ. Serie financiamiento del desarrollo. No 56. Reformas financieras al sector salud en América Latina y el Caribe. Las instituciones de Salud previsional (ISAPRES) en Chile. S.f.

Archivo GAR. Archivo. Documento titulado Holanda. (¿).

I.S.S. Comportamiento de atenciones pacientes de alto costo EPS- ISS 1997-2000. Agosto de 2001.

ACEMI. Comunicación al Ministerio de Salud sobre las enfermedades de alto costo.

Dinero. Informe Especial: Las enfermedades catastróficas. El remedio peor que la enfermedad. Agosto de 2001.

Fedesalud. Higea y Panacea. Ponencia presentada al Congreso de Seguridad Social. La Habana Cuba. Julio de 2001.

OMS. El desempeño de los servicios de salud. La salud en el Mundo 2000. Social protection. Overseas Development Institute 2001Centre for Aid and Public Expenditure.