

## TABLA DE CONTENIDO

|            |                                                                                  |             |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>1</b>   | <b><u>TIPOLOGIA DE LAS ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN SUBSIDIADO</u></b>            | <b>1-1</b>  |
| <b>1.1</b> | <b><u>EL PAPEL DE LAS ARS</u></b>                                                | <b>1-3</b>  |
| 1.1.1      | <u>ADMINISTRADORAS O ASEGURADORAS. FALSO DILEMA</u>                              | 1-3         |
| 1.1.2      | <u>QUE SON LAS ARS</u>                                                           | 1-5         |
| 1.1.3      | <u>ESTRUCTURA DEL INFORME</u>                                                    | 1-5         |
| <b>1.2</b> | <b><u>TIPO TAMAÑO Y EVOLUCIÓN DE LAS ORGANIZACIONES</u></b>                      | <b>1-7</b>  |
| 1.2.1      | <u>PERFIL DE LAS ARS</u>                                                         | 1-7         |
| 1.2.2      | <u>REPRESENTACION LEGAL Y DIRECCION DEL REGIMEN SUBSIDIADO</u>                   | 1-11        |
| 1.2.3      | <u>EVOLUCION DE LAS ARS</u>                                                      | 1-23        |
| 1.2.4      | <u>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</u>                                                 | 1-27        |
| <b>1.3</b> | <b><u>DESEMPEÑO POR PROCESOS</u></b>                                             | <b>1-30</b> |
| 1.3.1      | <u>AFILIACION</u>                                                                | 1-30        |
| 1.3.2      | <u>CONTRATACION DEL ASEGURAMIENTO</u>                                            | 1-34        |
| 1.3.3      | <u>LAS ARS Y SU DESEMPEÑO EN LOS CONTRATOS DE REGIMEN SUBSIDIADO</u>             | 1-37        |
| 1.3.4      | <u>MANEJO DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO</u>                                  | 1-46        |
| 1.3.5      | <u>MANEJO DE LOS ENCARGOS FIDUCIARIOS PARA LAS ESS</u>                           | 1-54        |
| 1.3.6      | <u>SISTEMAS DE INFORMACION</u>                                                   | 1-56        |
| 1.3.7      | <u>PLANEACION</u>                                                                | 1-61        |
| 1.3.8      | <u>PROMOCION Y PREVENCION</u>                                                    | 1-71        |
| <b>1.4</b> | <b><u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u></b>                                     | <b>1-75</b> |
| 1.4.1      | <u>TIPOLOGÍA ARS</u>                                                             | 1-75        |
| 1.4.2      | <u>ASPECTOS RELEVANTES</u>                                                       | 1-81        |
| <b>1.5</b> | <b><u>RECOMENDACIONES</u></b>                                                    | <b>1-83</b> |
| 1.5.1      | <u>AJUSTE INSTITUCIONAL</u>                                                      | 1-85        |
| <b>1.6</b> | <b><u>EFFECTOS DEL DECRETO 1804 DE 1999 FRENTE A LA TIPOLOGÍA DE LAS ARS</u></b> | <b>1-85</b> |

# 1 TIPOLOGIA DE LAS ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN SUBSIDIADO

**Alfredo Rueda**

Investigador Universidad Nacional

## INTRODUCCION

Dentro del funcionamiento del régimen subsidiado se pueden encontrar tres categorías de entidades autorizadas para tal efecto<sup>1</sup>. Estas son: Las Entidades Promotoras de Salud, las Cajas de Compensación Familiar y las Empresas Solidarias de Salud. Cada una de estas tipologías han tenido un origen distinto en cuanto a su concepción y en relación con su aparición en el tiempo. En forma cronológica las primeras en aparecer fueron las Cajas de Compensación Familiar, como un mecanismo para generar una redistribución del ingreso entre las familias trabajadoras del país. Para estos efectos se creó la obligatoriedad para el sector formal de la economía, de contribuir a través de cotizaciones que se aportaban a las Cajas, con el fin de que dichas entidades a su vez redistribuyeran esos recursos bien sea en dinero mediante la entrega del subsidio familiar o bien sea en servicios especiales para sus afiliados. Por supuesto la creación y consolidación de las Cajas de Compensación familiar y en general del sistema del subsidio familiar se produjo con antelación a la expedición de la Ley 100 de 1993.

Por su parte las Empresas Solidarias de Salud nacieron como un programa del Gobierno Gaviria, impulsado por el entonces Ministro de Salud Juan Luis Londoño de la Cuesta, en donde se tenía como premisa básica la creación de unas organizaciones de origen comunitario que tuvieran la posibilidad de administrar los recursos que el Estado tenía destinados para la prestación de servicios de salud de esas mismas comunidades. De esta forma a través de diversas ONG'S se impulsó en todo el país la creación de este tipo de empresas y a través de unos capitales semilla que el propio Estado suministró, dichas organizaciones iniciaron su operación, en la gran mayoría de los casos, con anterioridad a la Ley 100 de 1993. Sin embargo, es importante anotar que de alguna manera su nacimiento fue coetáneo al de la reforma, por cuanto se originaron en el mismo gobierno y con base en muchos de los principios inspiradores de la ley. En ese sentido para el funcionamiento de las empresas ya se habían implementado de alguna manera los conceptos de Pos y UPC, ya que se establecía una prima por familia con un número estimado de personas y se establecía un plan de beneficios que debía administrarse.

Las EPS contrario a lo sucedido con los dos casos anteriores, nacen con la ley 100 de 1993. Su nacimiento obedece en esencia a la pretensión de la reforma de eliminar el monopolio

<sup>1</sup> Los Decretos 2357 de 1995 y 1804 de 1999 han definido cuales son las entidades autorizadas para operar el régimen subsidiado.

público en la administración de los recursos de la seguridad social e incentivar que los inversionistas privados entraran a competir por el aseguramiento de la población beneficiaria. En esencia el nacimiento de las EPS surge como entidades destinadas a operar el régimen contributivo.

Dentro del planteamiento efectuado por la ley 100 de 1993<sup>2</sup> para la creación del régimen subsidiado no se consideró la creación o el nacimiento de unas instituciones especiales que administraran éste régimen. Más bien, de manera aislada en diferentes artículos de la ley, es que puede deducirse cuales son las entidades facultadas para participar. Así, el artículo 215 menciona a las EPS y a las Empresas Solidarias de Salud mientras que el artículo 217 hace referencia a las Cajas de Compensación Familiar.

En lo referente a las EPS se consideró pertinente que pudieran participar del régimen subsidiado que en esencia se gobierna bajo los mismos principios del aseguramiento sobre el cual se fundamenta el régimen contributivo. Por su parte para las Empresas Solidarias de Salud, ésta fue la forma en que se consideró podían insertarse de manera efectiva en el nuevo régimen, ya que su creación fue previa, pero era necesario enmarcarlas dentro del Sistema Único que se había creado y por ello su participación tenía que darse en el campo de la atención en salud para la población más pobre y vulnerable del país. Las Cajas de Compensación Familiar entran a participar en virtud de que el artículo 217 de la ley 100 dispuso que un porcentaje de sus recaudos por subsidio familiar debía destinarse a dicho régimen. El artículo mencionado señala que las Cajas deberán destinar el 5 o 10% de sus recaudos por concepto de ingresos para el subsidio familiar. Las Cajas que deben destinar el 10% de sus recaudos son aquellas cuyo cociente sea superior al 100% del recaudo del subsidio familiar del respectivo año. El cociente de recaudos correspondiente a cada Caja de Compensación Familiar es el resultado de dividir el monto de recaudos anuales para subsidio por el número promedio anual de personas a cargo. El cociente nacional es el resultado de dividir el total de recaudo para subsidio en las Cajas, por el número promedio de las personas a cargo durante el año inmediatamente anterior. De esta forma las Cajas cuyo cociente sea superior al cociente nacional deberán destinar el 10% de sus recaudos y aquellas cuyo cociente no sea superior al nacional, deberán destinar tan solo el 5%.

En adición a lo anterior el mismo artículo 217 estableció la posibilidad de que las Cajas administraran directamente estos recursos de conformidad con la reglamentación expedida por el Gobierno Nacional y señaló que aquellas que no estén en capacidad de administrar estos recursos deberán girarlos al FOSYGA. El aporte de las Cajas se constituye en una fuente adicional de financiamiento del régimen subsidiado y como este recaudo es efectuado directamente por tales entidades, la ley, con el fin de no generar transacciones más costosas al Sistema, permitió que se administraran directamente. Es necesario precisar entonces, que se trata de recursos del Sistema que las Cajas administran directamente y no de recursos propios que las Cajas le aportan al Sistema, entre otras razones porque de conformidad con la Ley 21 de 1982, las Cajas deben administrar los recursos que recaudan en porcentajes con

<sup>2</sup> Los artículos 211 y siguientes de la ley establecen las reglas generales de operación del régimen subsidiado. Posteriormente el Acuerdo 77 del CNSSS definió de manera amplia la forma y condiciones de operación de dicho régimen.

destinación específica para cada una de sus actividades, sin que puedan efectuar variaciones al respecto.

Posteriormente las normas (Decreto 2357) y los diferentes conceptos emanados del Ministerio de Salud aclararon que la participación de las Cajas no se limitaba a la administración de sus propios recursos, o mejor, de los recursos que debían destinar al sistema, sino que podían participar en igualdad de condiciones con las otras entidades (EPS y ESS) en el acceso a los recursos comunes con que cuenta el régimen.

Las anteriores consideraciones han determinado la circunstancia según la cual tres tipos de entidades son las habilitadas actualmente para administrar el régimen subsidiado.

En cuanto a la término Administradora del Régimen Subsidiado como forma de identificar un tipo de entidad es necesario tener presente que dicho término no aparece en la ley 100 de 1993 por ningún lado y que su nacimiento se produce con la expedición del decreto 2357 de 1995. Sin embargo, ello no implica que el decreto creó un nuevo tipo de entidad sino que por el contrario fue la expresión que se asignó para agrupar bajo una sola denominación a estos tres tipos de entidades distintas para el evento en que participen del régimen subsidiado.<sup>3</sup>

Por esta razón, para analizar las ARS es necesario mirarlás según el tipo de entidad que sean, por cuanto como se mencionó, su origen y naturaleza son diferentes según se trate de EPS, Cajas de Compensación Familiar o Empresas Solidarias de Salud.

De igual manera, las ARS tienen en esencia una relación con el Estado representado éste último en las entidades territoriales<sup>4</sup>. Por ello, es necesario observar su funcionamiento según su ámbito de acción, bien sea este del orden nacional, departamental o municipal, teniendo en cuenta que sólo se presentan relaciones contractuales directas con los distritos, departamentos y municipios, ya que la nación sólo actúa como agente financiador del régimen pero no hace parte en los contratos.<sup>5</sup>

## **1.1 EL PAPEL DE LAS ARS.**

### **1.1.1 ADMINISTRADORAS O ASEGURADORAS. FALSO DILEMA.**

Recientemente se ha discutido en diferentes instancias, sobre el papel de las ARS en el funcionamiento del régimen subsidiado. Particularmente se ha discutido si este tipo de entidades actúan como aseguradoras o como administradoras y que diferencias tienen frente

<sup>3</sup> En ese mismo sentido El Régimen Subsidiado de Salud pág 54, Eduardo Alvarado Santander, Fundación Creer 1998

<sup>4</sup> La Nación, los departamentos, los distritos y los municipios son las principales entidades territoriales.

<sup>5</sup> Con la expedición del decreto 046 de 2000 es posible establecer una relación directa entre el nivel nacional y la ARS para el giro de los recursos cuando se presente mora de las entidades territoriales.

al funcionamiento de las EPS. Ello principalmente ha obedecido la normatividad expedida por el Gobierno Nacional, que ha regulado mucho más el funcionamiento de las ARS que el de las EPS.

No cabe la menor duda de que el funcionamiento de las ARS se basa en un modelo de aseguramiento en donde la UPC-S se considera como la prima y el POS-S como el riesgo que debe cubrirse. Es un modelo de aseguramiento porque las ARS no le administran la UPC-S a cada persona, sino que tienen como obligación garantizar el POS-S a sus afiliados. De esta forma es perfectamente posible que un afiliado demande servicios por encima del valor de la UPC-S y tendría derecho a ellos, al igual que es perfectamente posible que un afiliado no utilice los recursos de la UPC-S sin que haya lugar a su devolución. En síntesis el modelo se basa en que para unas personas se presentan unas enfermedades y para otras no y con los recursos de los sanos se financian los enfermos.

Sin embargo, las responsabilidades de las ARS no se limitan al campo económico, sino que adicionalmente deben organizar una red prestadora de servicios, deben carnetizar a sus afiliados, deben informarle sus derechos y deberes y deben realizar actividades de promoción y prevención. Todas estas acciones no están sujetas a cuestiones de orden aleatorio, sino que corresponden a obligaciones que necesariamente deben cumplir las ARS con todos sus afiliados y que igualmente se financian con los recursos de la UPC-S. El tema de la promoción y prevención es el más típico ejemplo en el cual las ARS no actúan como aseguradoras sino como administradoras de unos recursos que deben ejecutar en una serie de acciones. Las personas en general no demandan acciones de promoción y prevención y estas no se constituyen en riesgo para los afiliados y la ARS. Deben ser ejecutadas como parte de la responsabilidad de las Administradoras para con sus afiliados.

Estas características del régimen subsidiado implican que la labor de las ARS no pueda encuadrarse como de aseguramiento o de administración de recursos sino como unas obligaciones particulares donde se mezclan los dos conceptos.

De todos modos, el criterio predominante frente a las ARS debe ser el modelo de aseguramiento, en forma similar a lo que sucede con el régimen contributivo. A las ARS les corresponde administrar el riesgo en salud de sus afiliados y por ende manejar los recursos que reciben por concepto de UPC-S bajo ese criterio, en el entendido de que dichos recursos son los únicos que recibirán para esta labor. Si se consideran como administradoras se debería fijar un gasto administrativo y obligar a la devolución de los recursos no utilizados en gasto en salud pero de igual manera reconocer recursos adicionales en la medida en que el gasto en salud supere los porcentajes establecidos. Esto a la fecha no se ha manejado de ese modo.

La confusión sobre el particular se presentó desde el momento en que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estableció la provisión de la UPC-S para gasto en salud. Esta provisión se fijó estimando un porcentaje mínimo en gasto en salud de tal manera que si las ARS no gastaban este porcentaje deberían provisionar la diferencia para futuros gastos. El origen de la provisión tuvo como causa el hecho de que se estimaba que al iniciar el régimen subsidiado la demanda de servicios de salud se comportaría por debajo de lo normal debido al bajo conocimiento de los usuarios sobre sus derechos, la falta de controles para las múltiples afiliaciones, la falta de controles en la carnetización, etc. Como para fijar la

provisión era necesario establecer un porcentaje mínimo de las UPC-S para gasto en salud, los diferentes actores interpretaron que por defecto el Consejo había fijado el porcentaje de la UPC-S para gasto administrativo, que correspondía al porcentaje restante para llegar al 100% de la UPC-S.

La verdad es que a la fecha el CNSSS no ha fijado el gasto administrativo en salud, pero sin embargo mucha de la normatividad expedida por el Gobierno Nacional da a entender lo contrario. El Decreto 1804 de 1999 habla del gasto administrativo de la UPC-S fijado por el Consejo, y con base en esto establece unas reglas para efectos del número mínimo de afiliados con que deben contar las ARS.

Pero en este aspecto el Gobierno no ha sido consciente de las posibles consecuencias que tengan normas en ese sentido ya que de considerarse administradoras de unos recursos, las ARS perfectamente podrían reclamar del Estado los recursos que han gastado por encima del porcentaje fijado como gasto mínimo en salud.

Todos estos mensajes no ofrecen claridad sobre el papel de las ARS, y de hecho el propio Decreto 1804 de 1999 señala que las ARS son administradoras y aseguradoras (Art. 4º), de pronto queriendo explicar el criterio que aquí se ha expuesto, pero desafortunadamente al observar las otras normas se evidencia que no existe una línea unívoca al respecto.

### **1.1.2 QUE SON LAS ARS.**

Es necesario precisar que las ARS no son personas jurídicas autónomas, sino que esta expresión se utilizó por primera vez en el decreto 2357 de 1995, como una forma de agrupar a tres tipos de entidades diferentes para el evento en que éstas participen del régimen subsidiado. Por ello no es posible hablar de la creación de una ARS sino es como una derivación de una entidad (ESS, CCF, EPS) que ha decidido operar en el régimen subsidiado y ha obtenido la autorización para ello.

### **1.1.3 ESTRUCTURA DEL INFORME.**

Para caracterizar y establecer la tipología de las ARS se evaluaron los diferentes aspectos que se consideraron como más relevantes para observar como se comportaban estas entidades. En consecuencia se evaluó el tipo, tamaño y evolución de las organizaciones para lo cual se tuvo en cuenta su perfil, donde se examinó su comportamiento geográfico y su vocación para tener presencia en los diferentes sitios de la geografía nacional, al igual que sus otras actividades diferentes a la de ser ARS.

Se observó también como estaba estructurada su dirección y representación legal en cuanto a la calificación del recurso humano y su dedicación, así como el perfil profesional y la estabilidad de las personas a cargo de las entidades.

En la evolución de las ARS se analizó su nacimiento desde el punto de vista cronológico y sus perspectivas, al igual que el comportamiento de la afiliación.

Se evaluó la estructura organizacional de las entidades en referencia con el número de oficinas dispuestas en los ámbitos nacional, departamental y municipal, las diferentes áreas que comprende la organización y la dedicación de dichas áreas al régimen subsidiado.

De otro lado se analizó el desempeño por procesos donde es de vital importancia el comportamiento en la contratación del aseguramiento, en relación con las motivaciones para participar en las distintas entidades territoriales y la concentración de afiliados por municipio. Los aspectos de carnetización, traslados, formas administrativas para obtener el recaudo de los recursos, manejo contable de los contratos y manejo de la póliza de alto costo, también fueron considerados como esenciales para el estudio.

Se analizó específicamente el tema del manejo de la póliza de alto costo, en la medida en que este aspecto ha suscitado numerosas discusiones y es parte sustancial de la operación del régimen subsidiado.

Para las ESS se tuvo en cuenta el manejo de los recursos del régimen subsidiado a través de sociedades fiduciarias, ya que esta obligación persiste para este tipo de ARS a diferencia de las Cajas y EPS que no la tienen.

El tema de los sistemas de información, que resulta ser crítico para el buen funcionamiento del régimen subsidiado, fue visto desde la perspectiva principal de los resultados que ofrece y la posibilidad de mejorar el desempeño de las ARS en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, antes que desde la perspectiva de realizar una valoración específica de la tecnología disponible, la que en muchas ocasiones no ofrece resultados importantes sobre el impacto de los sistemas de información en la funcionalidad de las instituciones y en la consecución de sus objetivos.

Se abordó el aspecto de la planeación, para determinar la solidez con que las ARS prevén sus situaciones futuras y trazan su crecimiento y desarrollo. En este aspecto se evaluó la percepción sobre las normas más trascendentales en el funcionamiento de las ARS, y los impactos que según las ARS podrían generar.

Finalmente se trataron los aspectos relacionados con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que son pilares fundamentales del funcionamiento de las ARS en el marco de la reforma de la Ley 100 de 1993, y soportan una tendencia mundial hacia una medicina mucho más preventiva que curativa.

Como nota aclaratoria debe mencionarse que para el momento en que se realizó el trabajo de campo, si bien se había expedido el decreto 1804 de 1999, aún ésta norma no surtía los efectos previstos, por cuanto las ARS contaban con un plazo para adaptarse a la normatividad. Por esta razón en la información recolectada como producto del trabajo de campo, no se pueden apreciar los efectos del decreto 1804. Pese a ello se trabajó con la información disponible en el Ministerio de Salud sobre la contratación en el país y con base en dichos datos se extrajeron algunas conclusiones sobre los efectos del Decreto 1804 en la tipología de las ARS. Estas conclusiones están como un capítulo final del documento, aclarando que desafortunadamente la información consolidada por parte del Ministerio de Salud solo existe con corte a 1° de abril del 2001.



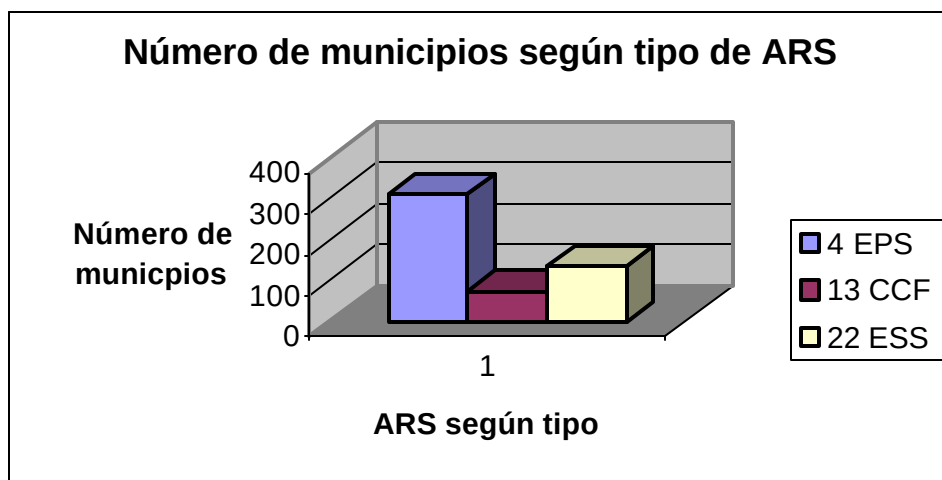
## 1.2 TIPO TAMAÑO Y EVOLUCIÓN DE LAS ORGANIZACIONES

### 1.2.1 PERFIL DE LAS ARS

El perfil de las ARS nos indica básicamente su ámbito de acción en materia geográfica y de actividades, es decir su cobertura territorial y las diferentes acciones que realiza distintas a la de operar como ARS.

De 39 ARS observadas en la muestra se encontró que tienen presencia en 521 municipios, pero su ámbito territorial difiere sustancialmente según se trate de cada tipo. Mientras que 4 EPS participan en 311 municipios, 22 Empresas Solidarias de Salud participan en 136 municipios y 13 Cajas de Compensación Familiar en 74 municipios. (grafica N° 1)

**Grafico 1.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Esto se traduce en que las Entidades Promotoras de Salud tienen una mayor vocación nacional que las Cajas de Compensación Familiar y que las Empresas Solidarias de Salud. En relación con la participación distrital las Entidades Promotoras de Salud y las Empresas Solidarias de Salud participan en todos los Distritos, mientras que las Cajas de Compensación Familiar solo en 2. Sin embargo, por el número reducido de Distritos no puede establecerse una tendencia indicativa en relación con este tipo de entidades territoriales.

Se aprecia que las Solidarias no tienen actualmente una vocación de ARS nacional y su área de influencia esta delimitada por lo local en esencia, con algunas excepciones de Empresas que han tenido un mayor desarrollo regional. Para el caso de la muestra una Empresa Solidaria (Mutual Montes de María) tiene oficinas en 53 municipios siendo la de mayor cobertura regional, mientras casi todas las demás participan en 1,2 o 3 municipios y algunas menos en más de 5. Por el contrario para el caso de las Entidades Promotoras de Salud algunas de ellas operan en más de 100 municipios y en ese sentido puede afirmarse que son



de vocación nacional. Las Cajas de Compensación familiar se encuentran en un punto intermedio y puede afirmarse que tienen una vocación departamental.

Esto tiene su explicación, precisamente en el origen de las instituciones. Para el caso de las Empresas Solidarias de Salud es evidente que desde sus inicios el programa previó un énfasis en lo local, en la participación de las gentes de un determinado municipio en su creación y desarrollo. Por ello todas ellas nacieron en un municipio base donde iniciaron sus operaciones (en algunos casos con municipios vecinos) pero ninguna de las Solidarias tuvo un origen o pretensiones del orden nacional, precisamente por la dificultad que ello representaría para ser constituidas con una sólida base comunitaria. Por ende su desarrollo hacía otros municipios se ha venido dando a manera que ha avanzado el tiempo y han logrado crecer. Muy por el contrario las Entidades Promotoras de Salud nacieron con una mayor visión de negocio y en muchos de los casos con un decidido plan de cobertura que abarcara el mayor número de municipios atractivos posible. Las Cajas ya consolidadas con anterioridad a la Ley 100 habían definido sus ámbitos de influencia según los departamentos en que participaran. Por ello su influencia se ratificó por zonas donde tenían toda su infraestructura, el reconocimiento de sus habitantes y donde prestaban los otros servicios de vivienda, recreación, etc.

Pese a que las Solidarias participan en un mayor número de municipios que las Cajas, se observa que el crecimiento geográfico de las primeras es más viable que el de las últimas. En efecto mientras que la solidaria de mayor crecimiento geográfico participa en 53 municipios, la Caja que participa en el mayor número de municipios lo hace en tan sólo 17 y que están circunscritos en esencia al ámbito departamental. Estando ya las Cajas consolidadas por departamentos, resulta poco probable que alguna tenga la capacidad de influencia suficiente para penetrar con éxito en otros territorios, o que tenga la intención de hacerlo confrontando a entidades de su misma naturaleza.

Debe anotarse que estos resultados aún no reflejan el efecto pretendido por el Decreto 1804, toda vez que esta norma fijó un plazo máximo para acreditar el número mínimo de afiliados<sup>6</sup> hasta la primera contratación del año 2001 es decir, hasta el 1º de abril del 2001, por lo que es de preverse procesos de fusiones o suscripción de convenios que tengan por efecto agrupamientos y por ende menor dispersión en los municipios y ARS de mayor vocación regional o nacional.

Para efectos del análisis, independientemente de la muestra, se efectuará una comparación con el universo de las ARS para los años 1998, 1999 y 2000 tomando en cuenta los siguientes datos por tipo de ARS: Número total de municipios donde participan, número promedio de afiliados por municipio, número total de entidades y número promedio de afiliados por entidad. Los datos son los siguientes:

<sup>6</sup> El número mínimo de afiliados para las ARS se fijó en 200.000 y con algunas excepciones para contar con 50.000

### Para las Cajas de Compensación Familiar.

|                                     |        |        |        |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|
| CCF                                 | 1.998  | 1999   | 2.000  |
| NUMERO MUNICIPIOS                   | 408    | 439    | 473    |
| PROMEDIO DE AFILIADOS POR MUNICIPIO | 3.785  | 3.965  | 4.145  |
| NUMERO DE ENTIDADES                 | 42     | 38     | 42     |
| PROMEDIO DE AFILIADOS POR ENTIDAD   | 36.764 | 45.803 | 46.678 |

### Para las Entidades Promotoras de Salud.

|                                     |         |         |         |
|-------------------------------------|---------|---------|---------|
| EPS                                 | 1.998   | 1999    | 2000    |
| NUMERO MUNICIPIOS                   | 782     | 814     | 824     |
| PROMEDIO DE AFILIADOS POR MUNICIPIO | 4.604   | 4.601   | 4.309   |
| NUMERO DE ENTIDADES                 | 17      | 18      | 17      |
| PROMEDIO DE AFILIADOS POR ENTIDAD   | 211.790 | 208.070 | 208.863 |

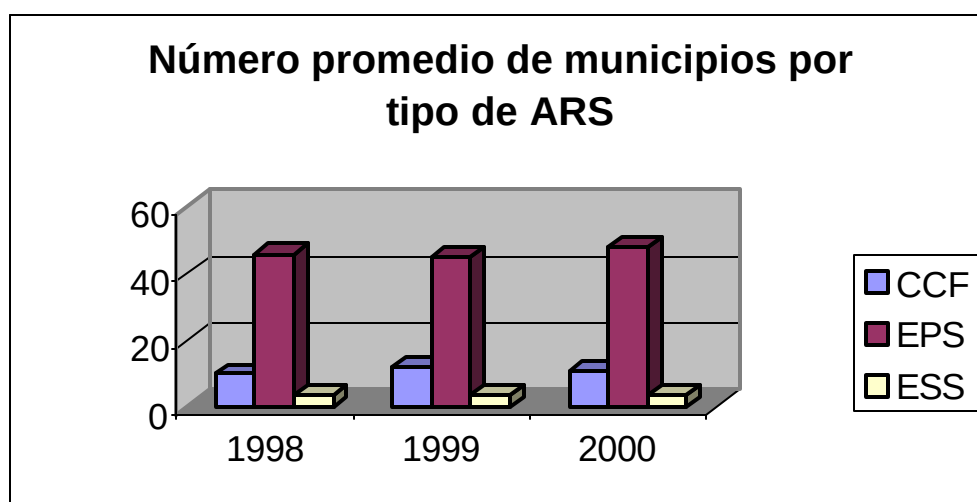
### Para las Empresas Solidarias de Salud.

|                                     |        |        |        |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|
| ESS                                 | 1.998  | 1999   | 2000   |
| NUMERO MUNICIPIOS                   | 668    | 712    | 753    |
| PROMEDIO DE AFILIADOS POR MUNICIPIO | 4.836  | 5.181  | 5.134  |
| NUMERO DE ENTIDADES                 | 176    | 178    | 174    |
| PROMEDIO DE AFILIADOS POR ENTIDAD   | 18.356 | 20.723 | 22.219 |

Con base en dichas tablas se pueden realizar los siguientes cálculos:

Como primera medida, esta información permite determinar el número promedio de municipios por tipo de ARS para la caracterización de las entidades.

**Grafico 2.**

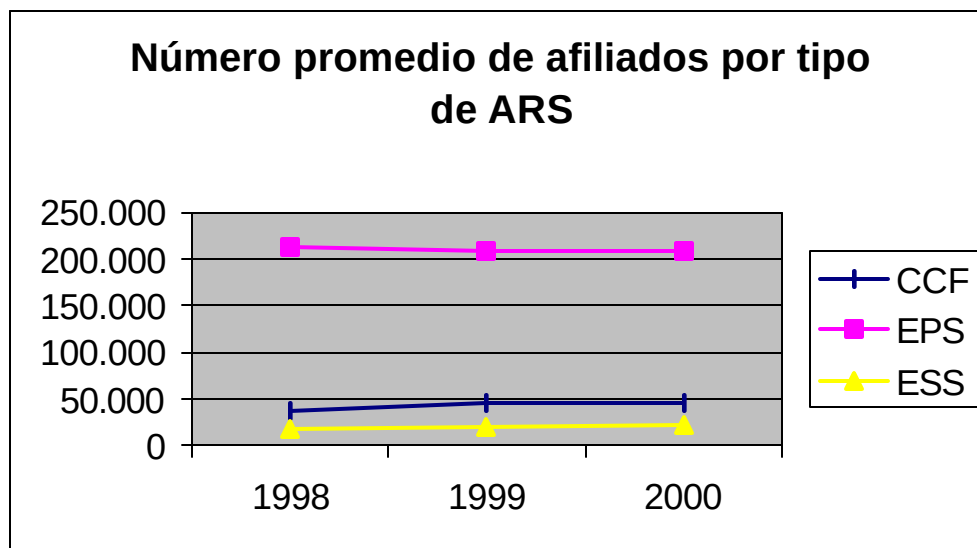


Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Esta información de alguna manera corrobora los datos arrojados por la muestra en el sentido de que las EPS son esencialmente organizaciones de orden nacional que manejan en promedio 40 municipios por ARS, seguidamente están las CCF que manejan un promedio 10 municipios por cada una y finalmente las ESS que manejan un promedio de 4 municipios cada una. Esto último denota la orientación eminentemente local de las Solidarias.

Para mirar el tamaño de las organizaciones se puede comparar el número promedio de afiliados por tipo de ARS con el siguiente resultado:

**Grafico 3.**

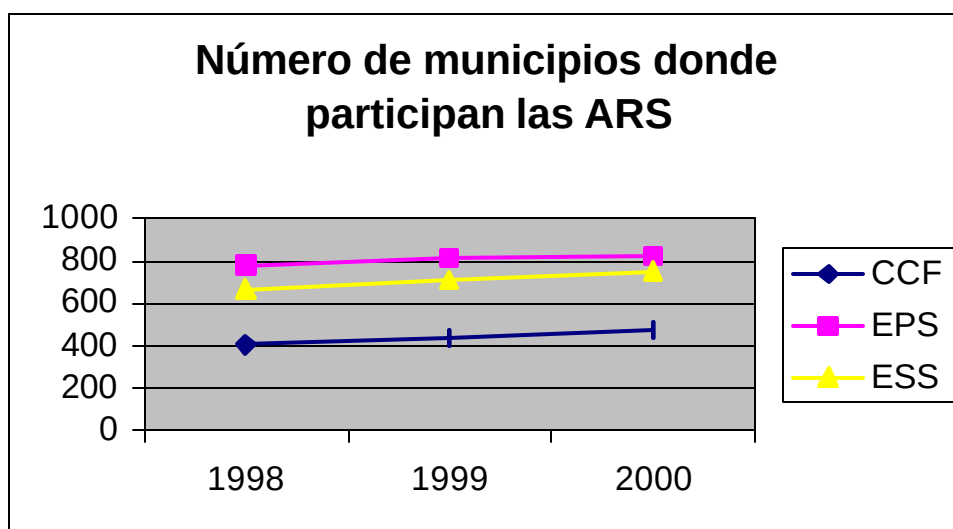


Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Se observa, como era de esperarse, que las EPS manejan un promedio de cerca de 200.000 afiliados, el cual se ha mantenido relativamente estable en los últimos tres años. Las CCF manejan un promedio cercano a los 50.000 afiliados mostrando un incremento de año a año, aunque leve. Por su parte las ESS muestran un promedio actual de 22.000 afiliados, el cual también ha tenido un incremento en los últimos años. A pesar de ello la tendencia es bastante estable y de no ser por la aparición del Decreto 1804 era bastante previsible que este comportamiento se mantuviera.

Para mirar la expansión geográfica de las ARS se puede observar el comportamiento del número de municipios donde participan, con el siguiente resultado:

Grafico 4.



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Las EPS se encuentran, en conjunto, más difundidas por la geografía nacional y no se aprecia mayor crecimiento de una año a otro ya que de hecho el número de municipios que manejan sobre el total de municipios del país es bastante representativo. Las Cajas y las ESS si muestran en estos tres años una tendencia a la expansión geográfica pero las CCF a diferencia de las EPS y las ESS denotan una mayor concentración en los municipios donde operan.

Sobre las otras actividades desarrolladas por las ARS se observa que en esencia predomina la de ser a la vez IPS ya que 19 de ellas reconocieron que de manera formal tenían organizado también el negocio de IPS. En cuanto a las actividades de recreación, vivienda y subsidio familiar, también se observa una participación importante representada en esencia por las Cajas de Compensación Familiar que tienen dentro de su objeto estas actividades. Ya en menor grado se ven las actividades de educación y las actividades de medicina prepagada y riesgos profesionales. En estas dos últimas sólo representadas con una frecuencia de 1 cada una. La participación en el régimen contributivo es de 7 de las 35 ARS y de allí se excluyen las Empresas Solidarias de Salud.

### 1.2.2 REPRESENTACION LEGAL Y DIRECCION DEL REGIMEN SUBSIDIADO.

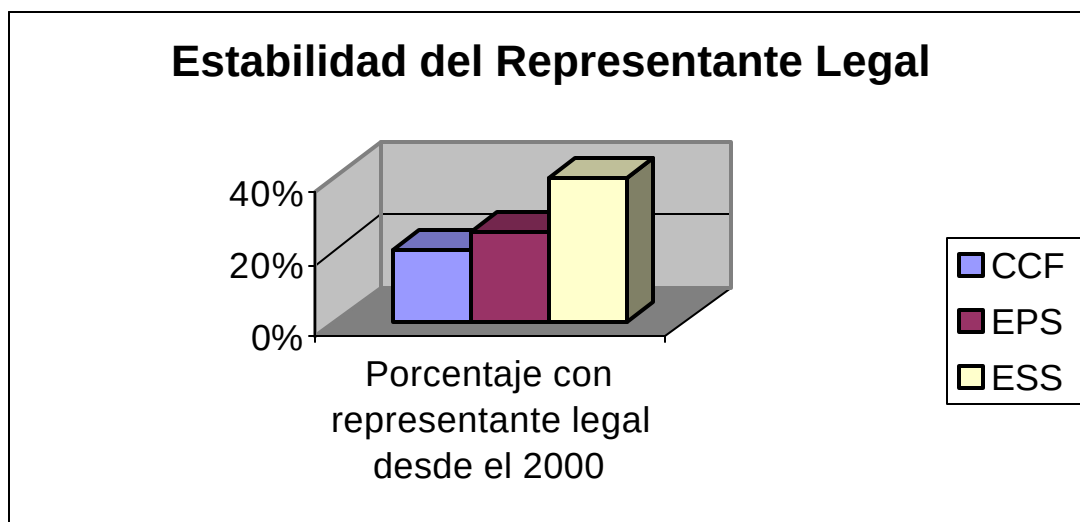
Dentro de la organización de las ARS se observa que la representación legal es definida a través de diferentes figuras, como la de Presidente, Gerente, Director Administrativo, Presidente de Junta o Consejo Directivo u otras. La figura de Presidente es usada solamente por una EPS, mientras que la figura de director administrativo es usada exclusivamente por las Cajas de Compensación Familiar, posiblemente en razón a que la propia ley le ha asignado este nombre al cargo del representante legal de las Cajas, sin embargo no todas las Cajas manifestaron tener como representante legal a un Director Administrativo lo cual puede suceder para el caso de los consorcios. El cargo que mayor predominio tiene es el de gerente

con un 44% sobre el total, mientras que los de Presidente y presidente de Junta o Consejo Directivo son los que menos se presentan con 2,6% cada uno sobre el total.

En relación con la antigüedad del representante legal en el cargo se encontró que el mayor número de representantes (32.35%) ocupa el cargo desde el año 2000 y que las entidades que reportan representantes con mayor antigüedad son las Cajas de Compensación Familiar. De las Cajas, una tiene el mismo representante desde 1991 y otra desde 1992. El año 1995 representa el 14.71% sobre el total de los años de antigüedad. Los años 96, 97 y 98 presentan porcentajes iguales del 8.82% hasta el año 1999 que registra un leve incremento hasta el 11.76%. Los tres tipos de entidades en general presentan un comportamiento similar en cuanto a la dispersión en los años de antigüedad aunque las Entidades Promotoras de Salud y Cajas de Compensación Familiar presentan un comportamiento más estable que las solidarias, ya que las primeras cuentan con representantes estables desde los años 94, 95 y 96, mientras que las empresas solidarias reportan solo el 2.94% y el 8.82% para los años 94 y 95 como porcentaje sobre el total.

El 40% de los representantes legales de las Empresas Solidarias de Salud ocupan su cargo desde el año 2000. Este porcentaje es del 25% para las Entidades Promotoras de Salud y del 20% para las Cajas.

**Grafico 5.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Es de anotar sin embargo, que la antigüedad de las Cajas de Compensación como instituciones es mucho mayor que la de las Solidarias y las EPS, y que por supuesto para los años 91, 92 y 93 las Entidades Promotoras de Salud no existían. De hecho para el año 1993, las Cajas de Compensación Familiar eran unas entidades plenamente consolidadas y estructuradas, con una importante presencia en todas las regiones del país y con un reconocimiento institucional por parte de los usuarios de los servicios. Las EPS por su lado, si bien empiezan a surgir a partir de 1994, lo hacen con aportes de capital importantes y con estructuras de negocio prediseñadas, ya que la Ley 100 de 1993, ya había abierto el terreno

para que los grupos económicos de importancia entraran a participar del régimen contributivo. Si se miran las EPS que participan del mercado fácilmente se observa que muchas de ellas hacen parte de grupos financieros establecidos con anterioridad a 1993 y por ende con amplia experiencia en el desarrollo de negocios y la administración de empresas. Como ejemplos pueden citarse a Cafesalud EPS, Salud Colpatria EPS, Colmena EPS, Susalud EPS, Salud Total EPS, entre las más representativas.

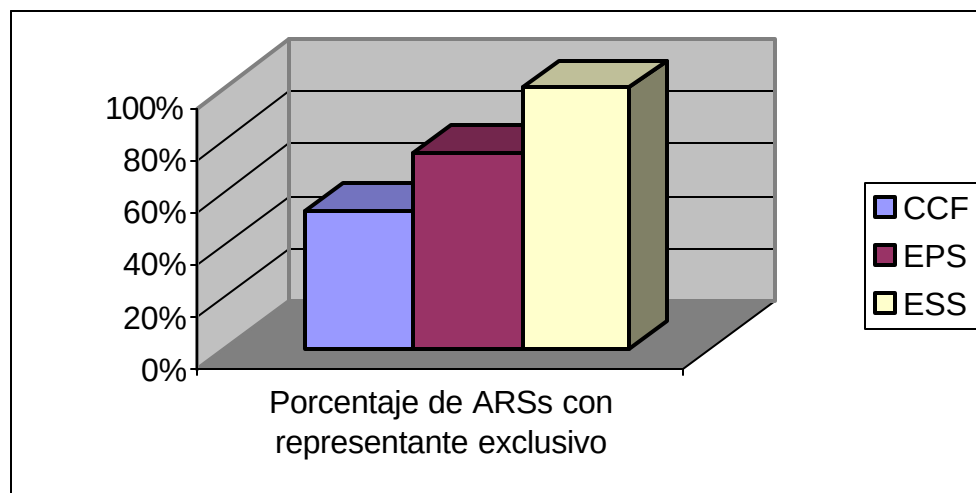
Las Solidarias tienen un origen muy diferente, en la medida en que no existe capital privado de importancia detrás de su nacimiento, ni grupos económicos consolidados que las hayan promovido, sino que obedecen a un programa del Gobierno Nacional donde se entregaron recursos a las comunidades organizadas para que iniciaran su funcionamiento.

Por ello, puede resultar más significativa la relativa estabilidad que se presenta al interior de las Entidades Promotoras de Salud si se compara con las Empresas Solidarias de Salud que presentan muchos más cambios recientes, a pesar de ser instituciones que nacieron prácticamente al mismo tiempo y aún con mayor antelación las Solidarias que las Entidades Promotoras de Salud.

Es definitivo para toda organización la posibilidad de adelantar sus acciones estratégicas de manera sostenida en el tiempo con el fin de alcanzar los objetivos propuestos. Si bien el cambio de representante legal no puede asociarse irrestrictamente al cambio de políticas institucionales o de objetivos misionales, sí denota una falta de continuidad en la administración que necesariamente genera cambios en el funcionamiento de las organizaciones que impide la realización de esfuerzos más constantes. En cualquier caso debe tenerse presente alrededor de las Empresas Solidarias de Salud que éstas por ser organizaciones de origen comunitario cuya consolidación puede ser más demorada dependiendo de la rapidez con que la comunidad asuma el liderazgo y pueda generar estabilidad, presentan en torno al proceso democrático que adelantan, cambios de este tipo. Mientras que el gerente de la empresa privada con ánimo de lucro en estricto sentido se evalúa según los resultados financieros, para la selección de los gerentes de las Solidarias juegan otros aspectos al interior de la comunidad que determinan su permanencia, tales como el liderazgo a su interior, su capacidad de dar respuesta a los problemas sociales e incluso las propias pugnas por el poder al interior de entidades cuya participación en la toma de decisiones no esta determinada por la participación accionaria de los miembros.

Los representantes legales de las ARS son de dedicación exclusiva en un 74.36% y dentro de este grupo todos los representantes de las Empresas Solidarias de Salud son de dedicación exclusiva. Por oposición el 53.85% de los representantes de las Cajas y el 75% de los representantes de las EPS no son de dedicación exclusiva, lo cual seguramente obedece a que este tipo de entidades manejan otros negocios aparte del régimen subsidiado. (Grafico 6)

**Grafico 6.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Para el caso de las Cajas de Compensación Familiar es evidente que su principal razón de ser es la de administrar los recursos del subsidio familiar y el negocio de ARS se convierte en ese sentido en accesorio, con mayor razón si tenemos en cuenta que el porcentaje destinado para salud es del 5% o 10% de los recaudos del subsidio familiar y que si bien algunas Cajas han accedido a recursos adicionales del régimen subsidiado, estos no representan el mayor volumen de sus ingresos excepto algunos casos atípicos<sup>7</sup>

Por estas razones muchas de las Cajas han planteado (inclusive al interior del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud) la posibilidad de retirarse del régimen subsidiado argumentando que implica un esfuerzo administrativo muy alto y no se logran puntos de equilibrio en el funcionamiento. Ya por ejemplo una de las Cajas de Compensación Familiar<sup>8</sup>, se retiró del régimen subsidiado en la medida en que no era viable seguir adelante con esta operación.

Las EPS por su lado tienen un fuerte arraigo en el régimen contributivo al ser las únicas entidades habilitadas para administrarlo y su participación en el régimen subsidiado, si bien es importante, no representa la mayoría frente a los otros dos actores involucrados.<sup>9</sup> Pese a ello en el análisis de los estados financieros de las EPS se evidenció que las entidades de este tipo que operan también como ARS, tienen mejores resultados que las que sólo trabajan en el régimen subsidiado.

<sup>7</sup> Este es el caso de ASFAMILIAS donde el 90% de sus ingresos proviene del régimen subsidiado.

<sup>8</sup> Comfamiliar Aseguradores se retiró del régimen subsidiado por este tipo de problemas.

<sup>9</sup> Ministerio de Salud. Participación de afiliados al régimen subsidiado según tipo de ARS. En informe del CNSSS al Congreso año 2000.



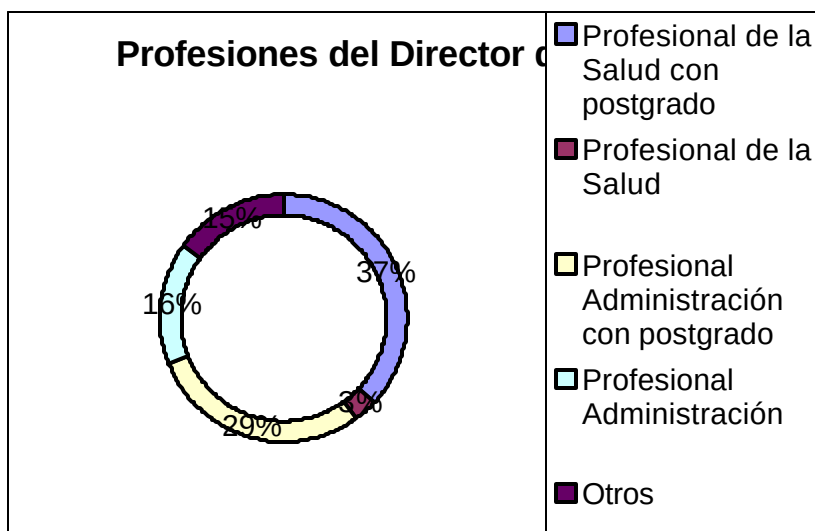
A pesar de las razones expuestas que de alguna manera explican la no dedicación exclusiva, este aspecto genera preocupación en la medida en que sí el régimen subsidiado no se constituye en el negocio central para muchas de las instituciones encargadas de operarlo, es bastante probable que los esfuerzos para adelantar las diferentes acciones no gocen de la debida prioridad al interior de las instituciones en desmedro del fortalecimiento de los diferentes procesos involucrados.

Para las entidades en las que el representante legal no ejerce la dirección de la ARS exclusivamente, se han creado cargos para tal propósito. El 33% de las Cajas tienen un gerente para este fin, el 44.44% cuenta con un jefe de departamento, el 11.11% con un jefe de programa y el 11.11% con un subdirector. Las EPS en un 66.67% cuentan con jefe de departamento y en un 33.33% con jefe de programa.

De estas personas se observa cierta estabilidad en el cargo especialmente en las Entidades Promotoras de Salud, donde el 66.67% ocupa el cargo desde 1999 y el 33.33% desde 1997. Las Cajas de Compensación Familiar presentan un comportamiento variado al tener el 37.50% desde el año 1996, el 12.50% desde el año 1998, el 12.50% desde el año 1999 y el 37.50% desde el año 2000. Este último año con un porcentaje importante.

El nivel educativo de las personas encargadas de la dirección del régimen subsidiado muestra una preferencia por los profesionales de la salud con postgrado con una participación del 36.84% sobre el total frente a una participación del 2.63% sobre el total, de los profesionales de la salud sin postgrado, lo que indica una cualificación importante del recurso humano a cargo de la dirección del régimen en las diferentes ARS. En segundo lugar con una participación del 28.95% sobre el total se ubican los profesionales del área administrativa con postgrado frente a una participación del 15.79% sobre el total, de los profesionales del área administrativa sin postgrado, lo que de igual manera refleja una importante cualificación del recurso humano.

**Grafico 7.**

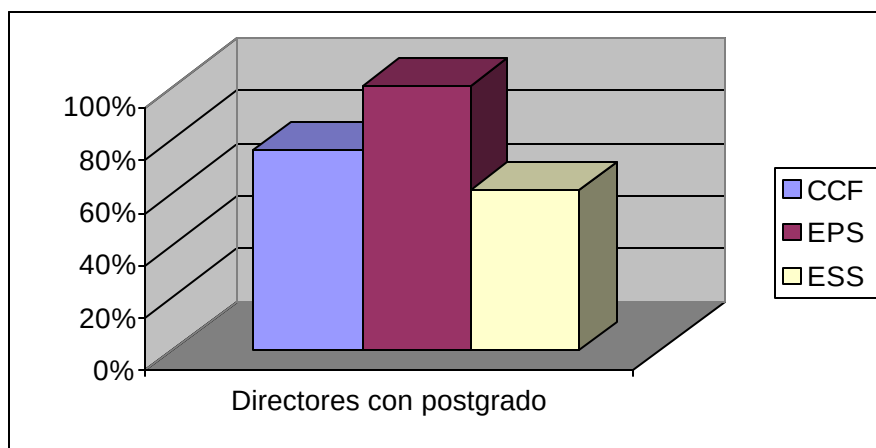


Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Con porcentajes menos representativos se ubican los profesionales de otras áreas y de especial consideración es el hecho de que no se presenten profesionales del área social en las ARS, específicamente para las Empresas Solidarias de Salud que por tener un carácter marcadamente social, al pertenecer al sector solidario de la economía, se esperaría la presencia de este tipo de profesionales en la dirección de dichas instituciones.

Las ESS son las únicas entidades que cuentan con tecnólogos y bachilleres dentro del recurso humano a cargo de la dirección aunque con una participación baja del 2.63% y 5.26% respectivamente sobre el total. Las Entidades Promotoras de Salud cuentan con el 100% de sus directores con postgrado, las Cajas con el 76.92% y las ESS con el 61.9% (Grafico 8)

**Grafico 8.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Esto denota que las Entidades Promotoras de Salud tienen el recurso más cualificado frente a las Cajas de Compensación Familiar siendo las Solidarias las que cuentan con el recurso menos cualificado. Estas diferencias sin embargo, no son en sí representativas teniendo en cuenta la tipología y características de las ARS que se vieron anteriormente. En efecto las Entidades Promotoras de Salud son empresas de una mayor cobertura geográfica y de mayor complejidad mientras que por el lado de las Solidarias muchas de ellas participan en un solo municipio donde seguramente la complejidad de las operaciones permite la utilización de personal con menor nivel educativo y donde adicionalmente la oferta laboral de personal más cualificado se dificulta. Igualmente el origen comunitario de las ESS hace que muchas de las personas que inicialmente participaron de los procesos, hayan llegado a los cargos de dirección y no cuenten con nivel elevado de estudios.

Resultaría incorrecto afirmar que en proporción a las responsabilidades y tamaño de las instituciones, las Empresas Solidarias de Salud tienen personal de menor nivel que las Entidades Promotoras de Salud, cuando éstas últimas son del ámbito nacional y desarrollan su actividad en forma principal en los grandes centros urbanos. Tal y conforme se mencionó anteriormente, las EPS nacieron con el apoyo de importantes capitales de grupos económicos previamente consolidados mientras que las ESS nacieron como producto de un trabajo en las comunidades, por lo que su origen es diametralmente diferente.

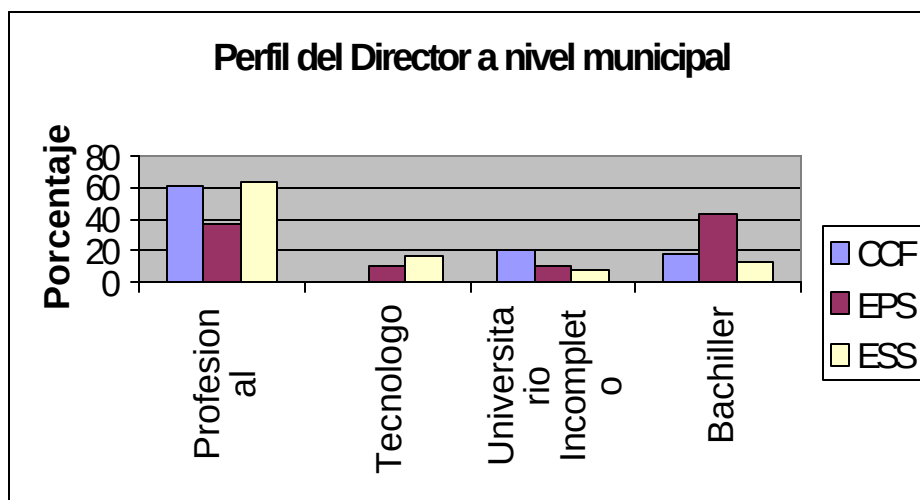
La profesión específica que predomina para la dirección de las ARS es la medicina con el 43.75% sobre el total, seguida de la Administración con el 31.25% sobre el total. Posteriormente en su orden están el derecho (9.38%) la contaduría (9.38%) y la economía (6.25%). Se observa que a pesar del predominio de la medicina, sumadas las demás áreas ajenas al área de la salud resultan ser mayoritarias en la participación total. Esto demuestra que de alguna manera se ha entendido que la dirección de una ARS no es un tema exclusivamente médico sino esencialmente gerencial y que en ese contexto otras profesiones también tienen cabida. A pesar de ello el predominio de la medicina sigue siendo representativo, en la medida en que en efecto las ARS deben garantizar la prestación de unos servicios de salud que deben organizar y contratar y allí es importante el conocimiento de los temas médicos. De igual manera el área de la seguridad social en salud, a raíz de la expedición de la ley 100 de 1993, ha cobrado una especial importancia en los asuntos académicos que se debaten y discuten al interior de las diferentes profesiones del sector salud, de tal suerte que el enfoque gerencial hace ahora parte de los temas a tratar y de los diferentes programas de educación continuada que ofrecen las instituciones académicas dentro del sector.

La combinación gerencia y salud ha tenido un fuerte auge con posterioridad a la Ley 100 de 1993, y no son pocos los programas que ofrecen las universidades a los profesionales de la salud para que se incorporen a los temas gerenciales y administrativos. Esto obedece básicamente a que definitivamente se ha concluido que el manejo de una institución de salud (EPS, IPS, DLS, DSS, etc) es muy diferente a la actividad asistencial de los profesionales de la salud y que por ende para dirigir correctamente, por ejemplo, un hospital, es más importante ser un buen gerente que un buen médico. Antes de la Ley 100 este criterio no imperaba porque, para el caso del ejemplo, los Hospitales no eran vistos como empresas y consecuentemente las habilidades gerenciales no eran importantes para acceder a la dirección de tales instituciones.

En esencia se nota una diversidad interesante de profesiones que hace pensar que las ARS en efecto están buscando personal con capacidad de gerenciar y potencializar las instituciones, y en estos aspectos, a pesar de que el área administrativa es principalmente formadora de gerentes, no se puede descartar ninguna profesión para asumir estas tareas. En un mundo globalizado donde el conocimiento interdisciplinario cobra cada día más importancia, la tarea del buen gerente es comprender la institución y el entorno que la rodea y con base en dicha comprensión tomar las decisiones estratégicas con el fin de llevarla al cumplimiento de los objetivos propuestos.

Analizadas las ARS según su comportamiento municipal se encontraron los siguientes resultados, en relación con el perfil de las personas que estaban a cargo de la dirección de las ARS en los municipios:

**Grafico 9.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

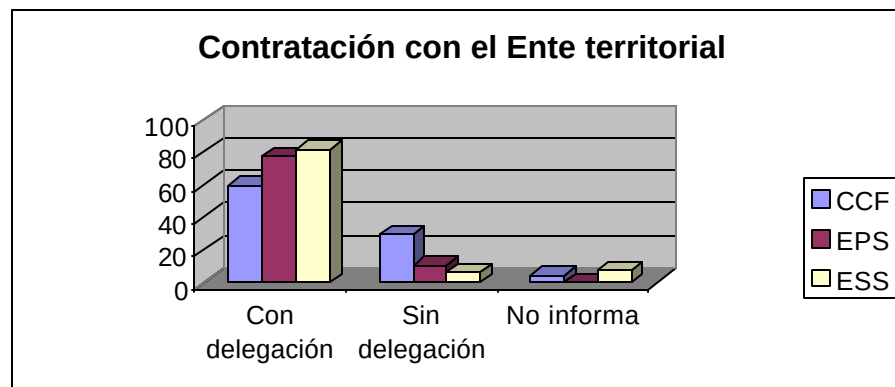
Esta gráfica claramente muestra que contrario a lo que sucede con el perfil en las sedes nacionales, a nivel municipal las CCF y las ESS tienen personas más calificadas que las EPS, quienes de hecho poseen más bachilleres que profesionales al frente de sus oficinas en los municipios.

Lo anterior es indicativo de que las EPS a pesar de tener el personal más calificado en sus entidades, este no se encuentra a nivel local. En este aspecto es más fuerte la presencia local de las Cajas y Solidarias que de las EPS.

Sobre el proceso de descentralización de las ARS en relación con la capacidad que tienen las personas que están a cargo de las Administradoras a nivel departamental y municipal se encontraron los siguientes datos según tipo de proceso:

A nivel departamental en el proceso de contratación con la entidad territorial:

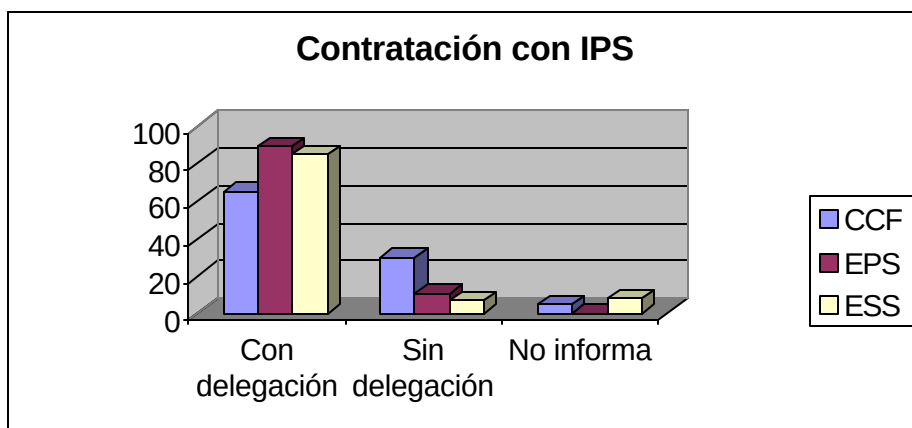
**Grafico 10.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

A nivel departamental en el proceso de contratación con las IPS:

**Grafico 11.**



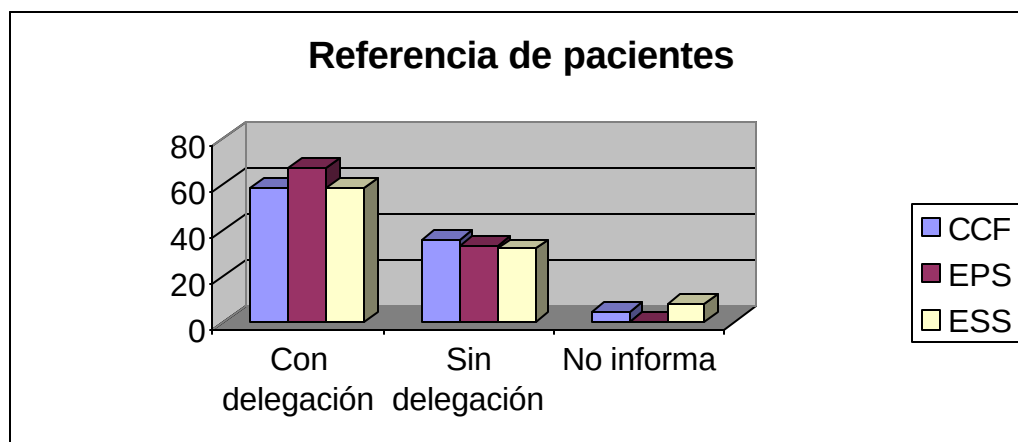
Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Para estos dos procesos de contratación a nivel de los departamentos se observa en general un alto porcentaje de capacidad para la suscripción de los contratos, siendo las Cajas las que menor delegación poseen.

En lo atinente a la relación con los usuarios se observa lo siguiente:

**A nivel departamental para la referencia de pacientes.**

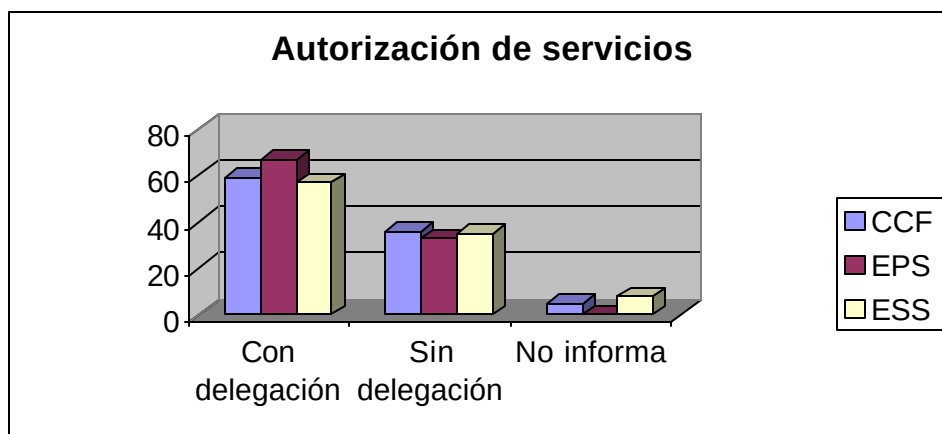
**Grafico 12.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

## A nivel departamental para la autorización de servicios de salud.

**Grafico 13.**

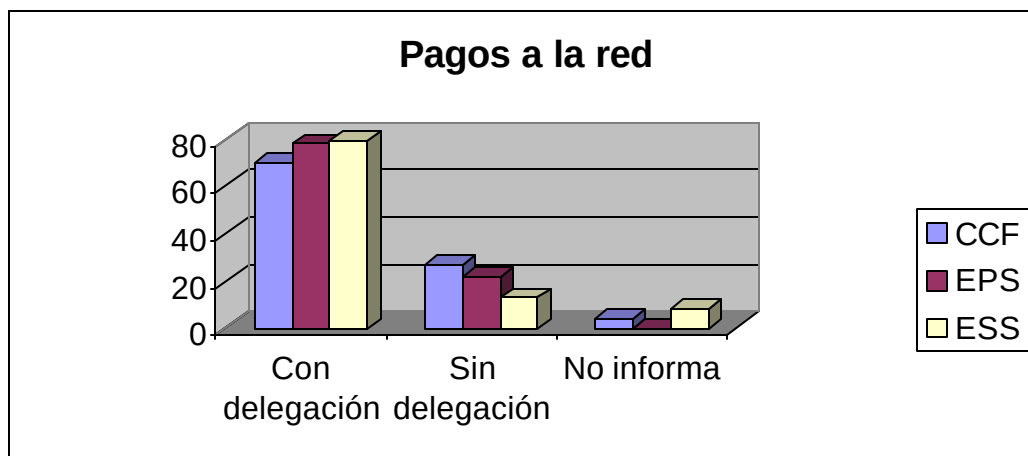


Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

En la referencia de pacientes y las autorizaciones de servicios a nivel de los departamentos se observa en general una buena autonomía regional para la toma de decisiones en aspectos que atañen directamente a los usuarios. Pese a ello debe llamarse la atención sobre el hecho de que existe mayor autonomía para adelantar el proceso contractual que para atender las necesidades de los usuarios lo que de alguna manera denota mayores controles para la autorización de los servicios.

Los pagos a la red prestadora de servicios a nivel departamental se comportan así en materia de descentralización del proceso.

**Grafico 14.**



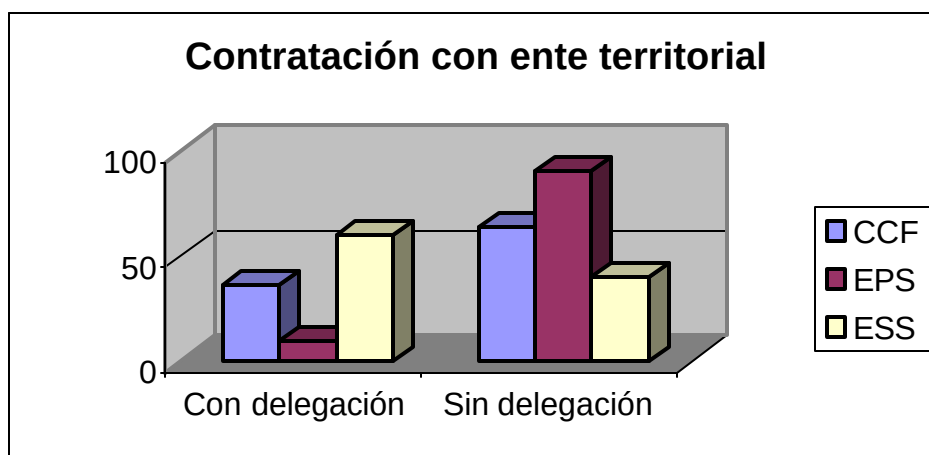
Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Para este proceso se aprecia una capacidad de operación autónoma a nivel departamental.

Ya en la operación local a nivel municipal estos mismos aspectos se comportan como seguidamente se muestra en las gráficas:

### Para la contratación con la entidad territorial.

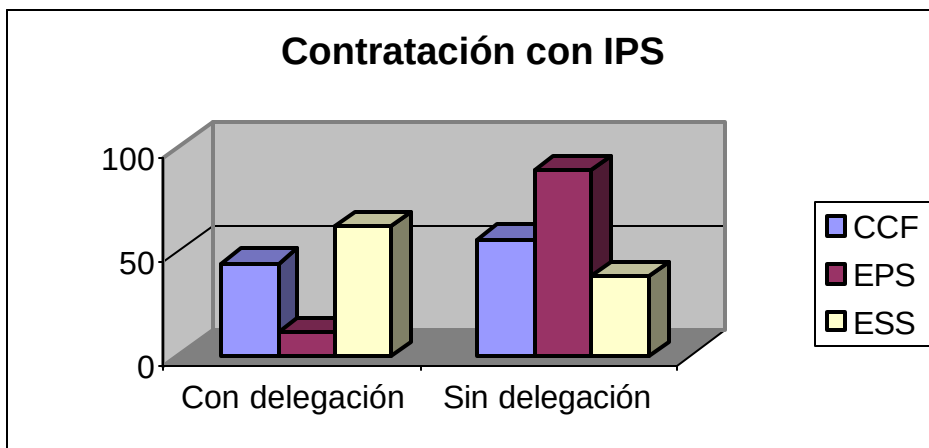
Grafico 15.



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

### Para la contratación con las IPS.

Grafico 16.



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Las dos anteriores gráficas demuestran un claro contraste entre el funcionamiento de las EPS y las ESS. Las primeras otorgan muy poca autonomía en esta materia a sus oficinas

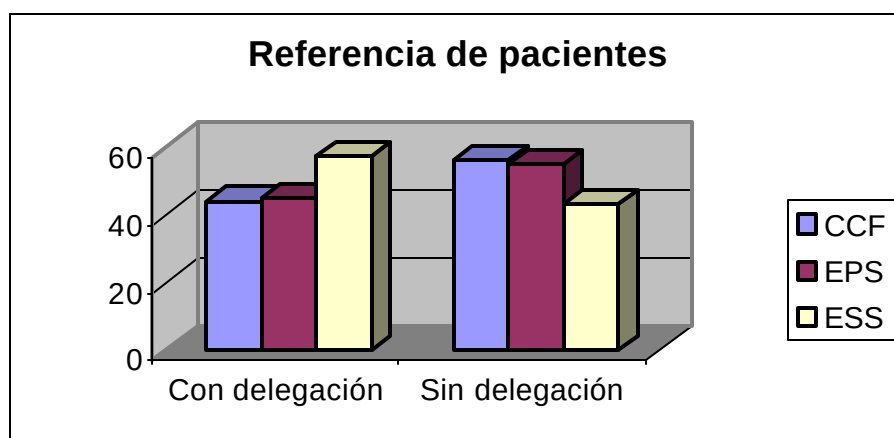


municipales, mientras que las últimas otorgan mucho más autonomía. Las Cajas en general tampoco otorgan autonomía a sus oficinas municipales aunque no llegan al grado de centralización de las EPS.

Respecto de los usuarios se presenta este comportamiento.

### Referencia de pacientes.

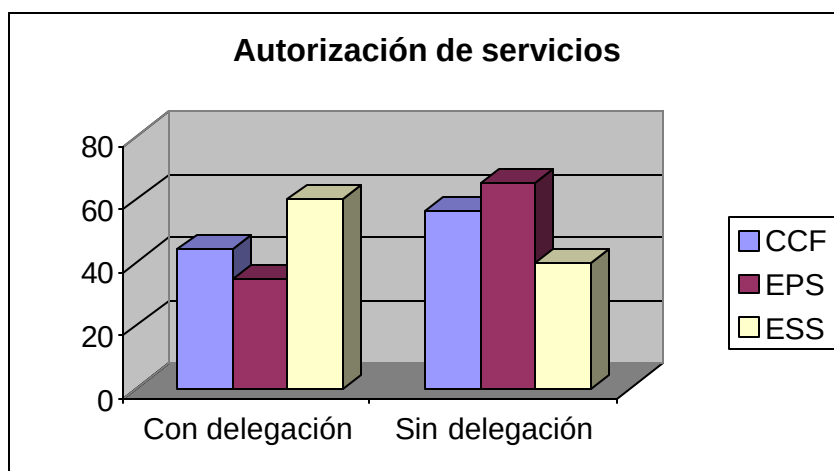
Grafico 17.



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

### Autorización de servicios.

Grafico 18.



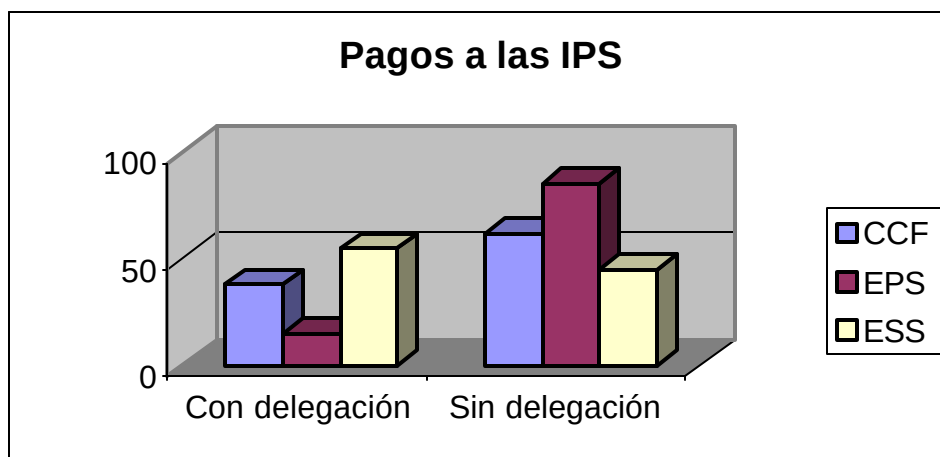
Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Estas gráficas resultan absolutamente demostrativas sobre el proceso centralista que manejan las EPS y las Cajas (éstas últimas en menor medida) frente al proceso local que manejan las Solidarias. La autorización de servicios y la referencia de pacientes son dos de los aspectos más relevantes en la oportunidad para la buena atención de los usuarios y realmente dado que el contacto del afiliado con su ARS se produce en su lugar de residencia, lo razonable es que esa instancia pudiera resolverle, sin requerir consultas o autorizaciones de niveles superiores de la organización, sus necesidades en relación con la demanda de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

En cualquier caso para todas las ARS hay porcentajes importantes de falta de delegación en estos aspectos tan trascendentales para el buen funcionamiento del régimen a nivel local.

Finalmente en los pagos a las IPS la situación es esta.

**Grafico 19.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

A diferencia de lo que sucede a nivel departamental, en las sedes municipales de las ARS no existe autonomía o delegación para el pago a los prestadores, lo cual ciertamente puede influir en el flujo ágil de los recursos del régimen. Siguiendo la tendencia de los anteriores aspectos las EPS se presentan como las más centralistas y las ESS como las que manejan más procesos a nivel local de manera autónoma.

### 1.2.3 EVOLUCION DE LAS ARS

De la muestra nacional, la mayoría de las ARS tuvieron su origen en los años 95 y 96 con una participación sobre el total del 30.56% y 25% respectivamente. El año 94 registro el tercer lugar con un 11.11%. Los años 97, 98 y 99 presentan porcentajes relativamente bajos del 8.33%, 2.78% y 5.56% en su orden.

La fecha de autorización para funcionar registra su momento más alto en el año 96 con el 78.38% seguido del año 95 con el 10.81%. Ya en menor grado están los años 97 y 98 con participaciones del 5.41% cada uno.

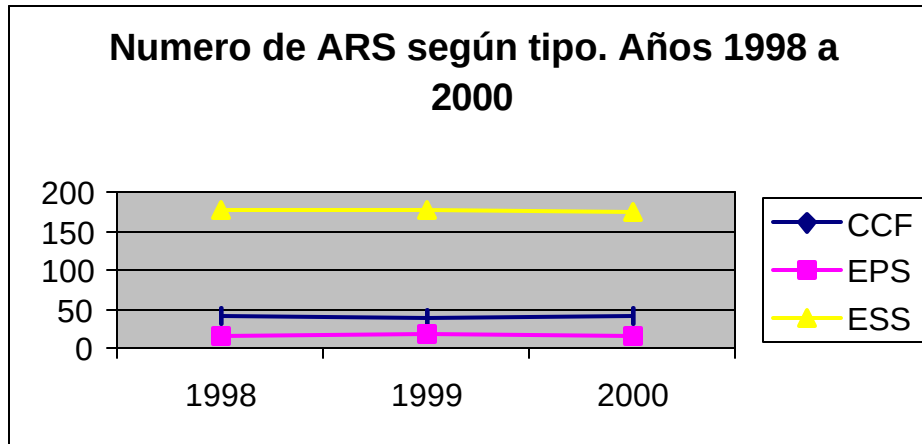
Se puede observar que el año de mayor repunte para el surgimiento de las ARS es el de 1996, ya que si bien muchas de ellas estaban organizadas ya desde 1995, no fue sino hasta 1996 cuando obtienen su autorización de funcionamiento.

Esto coincide plenamente con el inicio real del régimen subsidiado que precisamente se originó en el año 96, ya que con anterioridad a esta fecha se utilizó la figura de las EPS transitorias que en síntesis correspondía a la actuación de las Direcciones Territoriales de Salud como ARS y el consecuente giro de los recursos del subsidio a la demanda a estas direcciones para que efectuaran la prestación de servicios de salud. Por ende a pesar de que la reforma se aprobó a finales del año 93 solo hasta 1996 despegó el régimen subsidiado en la forma como lo había previsto la ley 100 de 1993.

Después del año 96 el crecimiento de las ARS autorizadas ha sido poco representativo y dentro de la muestra se observa que para 1997 sólo entraron con autorización una Caja y una Solidaria al igual que ocurrió en el año 99.

En ese mismo sentido si se observan los años 1998, 1999 y 2000 del universo total de las ARS se encuentran los siguientes resultados:

**Grafico 20.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

De alguna manera esto marca una tendencia en cuanto el surgimiento de nuevas ARS que hace pensar que es poco probable que entren nuevas entidades a participar del sector, lo cual puede ser visto desde dos ópticas diferentes. La primera es que este hecho puede interpretarse como una depuración del mercado, en el sentido de que se presentará la consolidación de unas entidades frente al decaimiento de otras menos exitosas, debido a que el número de ARS comparado con el volumen de afiliados no soporta tantas instituciones que

logren un punto de equilibrio en la administración del riesgo<sup>10</sup>. Otra visión puede obedecer a una lógica empresarial que este indicando que actualmente resulta muy riesgoso o por lo menos poco atractivo entrar a participar del régimen subsidiado, especialmente por las decisiones que ha tomado el Gobierno Nacional y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en el sentido de ejercer más presión sobre las finanzas de las ARS a través de mecanismos como el no aumento de la UPC-S para el año de 1999 y el aumento en el gasto mínimo en salud de la UPC-S del 80 al 85%.

En cualquier caso es necesario tener en cuenta que las expectativas de crecimiento del número de afiliados al régimen subsidiado es muy reducida debido a que las fuentes principales<sup>11</sup> se han llevado a su límite, por lo que las posibilidades se centran en la transformación del situado fiscal de oferta a demanda, lo cual podría generar muchos traumatismos en los hospitales públicos. En este escenario resulta poco atractivo para cualquier nuevo actor entrar a participar en el régimen subsidiado por cuanto tendrá que centrar sus esfuerzos en conseguir afiliados que se trasladen de las ARS existentes a una nueva ARS, lo cual representa una mayor dificultad y esfuerzo que conseguir afiliados que ingresen por primera vez al Sistema.

Puede decirse que el mercado esta apuntalado en el nivel local y que es predecible que las ARS que lograron una fuerte presencia en los municipio donde funcionan, mantengan esta presencia hacia el futuro sin que se observe la posibilidad de que otras Administradoras entren a participar del mercado en porcentajes importantes.

En concordancia con lo expresado en relación con el despegue del régimen subsidiado se encuentra que para la mayoría de las ARS (67.57%) el primer contrato del régimen subsidiado se realizó en el año 1996 con alguna participación importante del año 1995 (16.22%) especialmente de las Cajas y las Solidarias que reportaron suscribir contratos a finales del año 95, pese a la resistencia de muchas de las entidades territoriales en abandonar el esquema de la EPS transitoria<sup>12</sup>. Los años 97 y 99 reflejan una participación menor del 10.81% y 5.41% respectivamente.

Al finalizar diciembre del primer año en que las ARS administraron el régimen subsidiado, según la muestra 9 Cajas contaban con 96.990 afiliados, 1 Entidades Promotoras de Salud con 167.457 afiliados y 15 Empresas Solidarias con 225.796, (grafico 21) lo cual demuestra que el impacto fuerte en afiliación se produjo durante el primer año de funcionamiento del régimen es decir en su inicio, lo cual se refleja en la cobertura alcanzada a 31 de diciembre de 1997 de 7.030.391 afiliados<sup>13</sup> frente a la cobertura actual cercana a los 9.500.000 afiliados.

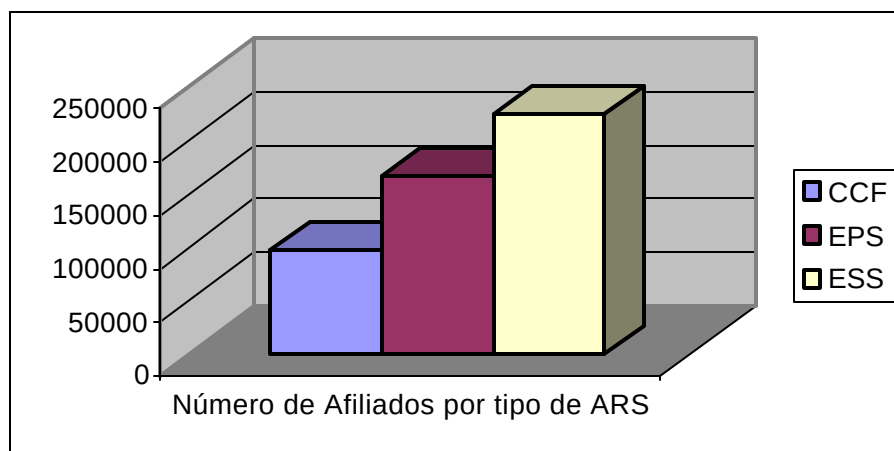
<sup>10</sup> La pretensión implícita del Decreto 1804 del Gobierno Nacional es reducir el número de ARS

<sup>11</sup> Como fuentes principales podemos citar los ICN, el Fosyga, El Situado Fiscal de demanda, las rentas cedidas y el esfuerzo propio de las entidades territoriales.

<sup>12</sup> De esta resistencia da cuenta Eduardo Alvarado Santander en "El Régimen Subsidiado de Salud" Op.Cit.

<sup>13</sup> Fuente. Ministerio de Salud. Subdirección de régimen subsidiado. 1998.

**Grafico 21.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Es interesante observar la evolución de las Empresas Solidarias de Salud en la participación de sus afiliados como asociados. Para la fecha de constitución de las Empresas, éstas contaban con 64.791 asociados y para la fecha de aplicación de la encuesta ya contaban con 282.374 asociados lo que demuestra un crecimiento superior al 300%. Esto se traduce en que el crecimiento en afiliados ha venido acompañado de un crecimiento de la participación de las personas como asociadas a las empresas, lo cual les otorga un carácter mucho más democrático y realiza la pretensión inicial del programa en el sentido de que en efecto fuera la propia comunidad beneficiaria la que definiera los destinos de las organizaciones encargadas de administrar los recursos en salud destinados a sus beneficiarios.

En este aspecto es importante establecer la diferencia que existe entre el afiliado a la empresa y el asociado a la misma. Mientras que el afiliado goza de todos los derechos que le otorga el régimen subsidiado y en esa medida sus derechos son iguales sin importar al tipo de ARS a la cual se encuentre afiliado, el asociado tiene adicionalmente la capacidad de tomar parte en las decisiones que adopte la empresa al participar en la asamblea general, y por ende también tiene la posibilidad de elegir el cuerpo directivo que estará a cargo de la institución. Esto permite un verdadero empoderamiento de la comunidad frente al régimen subsidiado ya que no solo posibilita el acceso a los subsidios en salud sino que crea las condiciones necesarias para que la propia población beneficiaria tenga un efectivo control sobre los recursos que se han destinado para su propio beneficio.

Tal y conforme se explicó en la introducción, las Cajas de Compensación Familiar participan financieramente del régimen subsidiado en virtud de lo dispuesto en el artículo 217 de la ley 100 de 1993. Su porcentaje de participación varía entre un 5% o un 10% de acuerdo a la aplicación del cuociente de que trata el artículo 67 de la ley 49 de 1990. Las Cajas que obtengan un cuociente superior al 100% deberán destinar el 10% del recaudo al régimen subsidiado y las Cajas que obtengan un cuociente inferior destinarán el 5%.

De conformidad con la muestra, para el año 1996 una Caja destinaba el 10% de sus ingresos y 8 el 5%, para el año 1997 una Caja destinaba el 10% de sus ingresos y 9 el 5%, para el año 1998 esta proporción se mantuvo igual, para el año 1999 una Caja destinaba el 10% de

sus ingresos y 10 el 5% y para el año 2000 se mantuvo igual. Si bien la muestra denota una cierta estabilidad en el porcentaje de destinación de los recursos al régimen subsidiado, como quiera que las Cajas que han ingresado paulatinamente al régimen lo han hecho con una destinación del 5%, la verdad es que esta línea entre el 10% o el 5% es muy fácil de traspasar de un año a otro por la variación el cociente, lo cual sucede en relación directa con el comportamiento de los ingresos de las personas afiliadas a las Cajas, que determina el número de personas con derecho al subsidio dinerario y por ende el cociente nacional y el particular para cada Caja. Sin embargo, no habría inconveniente cuando una Caja pasa del 5% al 10% porque en últimas ello se traduciría en mayores recursos para el Sistema y mejor cobertura, el inconveniente se presenta cuando una Caja pasa del 10% al 5% porque en ese evento deja desfinanciada gran parte de la población que está a su cargo, como en efecto ha ocurrido en varias oportunidades<sup>14</sup>. Esto representa un gran inconveniente financiero para el régimen por la falta de estabilidad en las fuentes que lo nutren y la necesidad de destinar recursos adicionales para mantener la cobertura cuando pudiesen utilizarse en ampliarla.

#### 1.2.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El 97.22% de las ARS afirmó que contaba con un organigrama aprobado por la instancia competente y sólo una Caja de Compensación Familiar manifestó que no contaba con dicho documento. Sin embargo cuando se solicitó copia del organigrama al encuestador sólo el 70.59% lo suministró frente a un 26.47% que no lo hizo representado en el 14.71% de Empresas Solidarias de Salud y 11.76% de Cajas de Compensación Familiar, lo cual en el mejor de los casos demuestra que dicho documento no tiene la debida difusión al interior de la organización y no hace parte de los elementos principales para el desarrollo de la labor del recurso humano.

Las Cajas de Compensación cuentan con un total de 96 oficinas en los diferentes niveles. De estas 2 son nacionales, 7 departamentales, 56 provinciales (varios municipios) y 31 municipales. Las EPS cuentan con un total de 170 oficinas con 2 nacionales, 15 regionales (varios departamentos) 1 departamental y 141 municipales. Las Empresas Solidarias de Salud cuentan con 179 oficinas con 11 nacionales, 3 regionales, 16 departamentales, 103 provinciales y 46 municipales.

Todas las ARS cuentan con Dirección, área administrativa, área financiera, área jurídica, área de contratación, área de auditoría de cuentas, área de afiliación y mercadeo, área de sistemas de información, área de planeación, área de contratación con los entes territoriales, área de atención al usuario, área de promoción y prevención, área de atención médica o servicios y área de participación social o asociación de usuarios, entre otras, salvo una Empresa Solidaria que manifestó no tener área de contratación con los entes territoriales.

Lo anterior denota que en términos generales las ARS cuentan con estructuras completas para atender las diferentes tareas y obligaciones que les son propias. De igual manera indica

<sup>14</sup> El Consejo Nacional de Seguridad Social ha tenido que expedir acuerdos específicos para financiar con recursos del FOSYGA aquellos afiliados que han quedado desfinanciados por las Cajas de Compensación Familiar

la relevancia que se le otorgan a los procesos descritos, los cuales son esenciales para el buen funcionamiento de cualquier ARS.

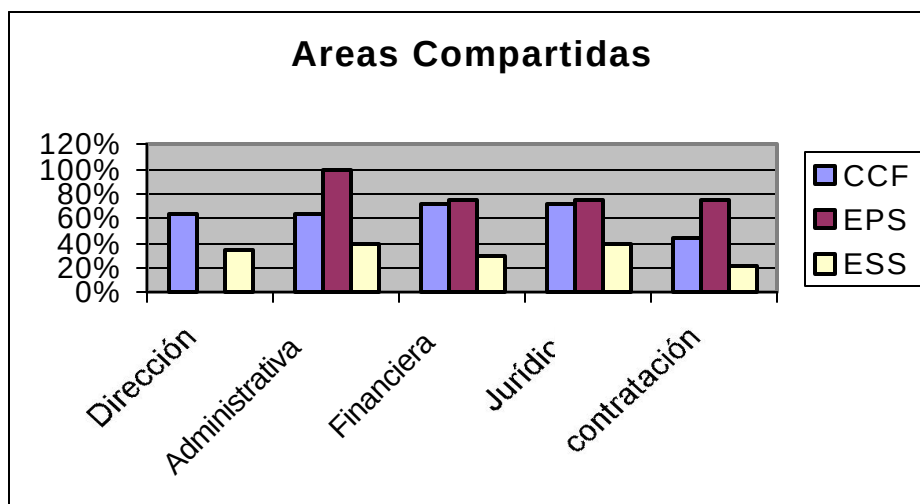
En algunos casos estas áreas son compartidas con los otros negocios de la empresa. Así, el 63.6% de las Cajas comparte la dirección, el área administrativa y el área de planeación, el 72% comparte las áreas financiera y jurídica, el 45.5% comparte el área de contratación, el 36.4% comparte las áreas de auditoría de cuentas y de contratación con los entes territoriales, el 54.5% comparte el área de sistemas, el 27.3% comparte el área de afiliación y mercadeo, el 18.2% comparte el área de atención al usuario y el 20% comparte el área de atención médica. Ninguna Caja comparte las áreas de promoción y prevención y de participación social.

De las Entidades Promotoras de Salud el 100% comparten el área administrativa, el 75% comparten las áreas de financiera, jurídica, contratación, y afiliación y mercadeo, el 50% comparten las áreas de auditoría de cuentas, sistemas de información, planeación, promoción y prevención, y atención médica, el 25% comparten las áreas de atención al usuario y participación social. Ninguna Entidad Promotora de Salud comparte la dirección, ni el área de contratación con los entes territoriales.

Las Empresas Solidarias de Salud comparten en un 35% la dirección, en un 40% el área administrativa, en un 30% el área financiera, en un 38.9% el área jurídica, en un 21.1% el área de contratación, en un 31.6% el área de auditoría de cuentas, en un 26.3% el área de afiliación y mercadeo, en un 36.8% el área de sistemas de información, en un 33.3% el área de planeación, en un 21.1% el área de contratación con los entes territoriales, en un 31.6% el área de atención al usuario, en un 26.3% el área de promoción y prevención, en un 27.8% el área de atención médica, en un 22.2% el área de participación social.

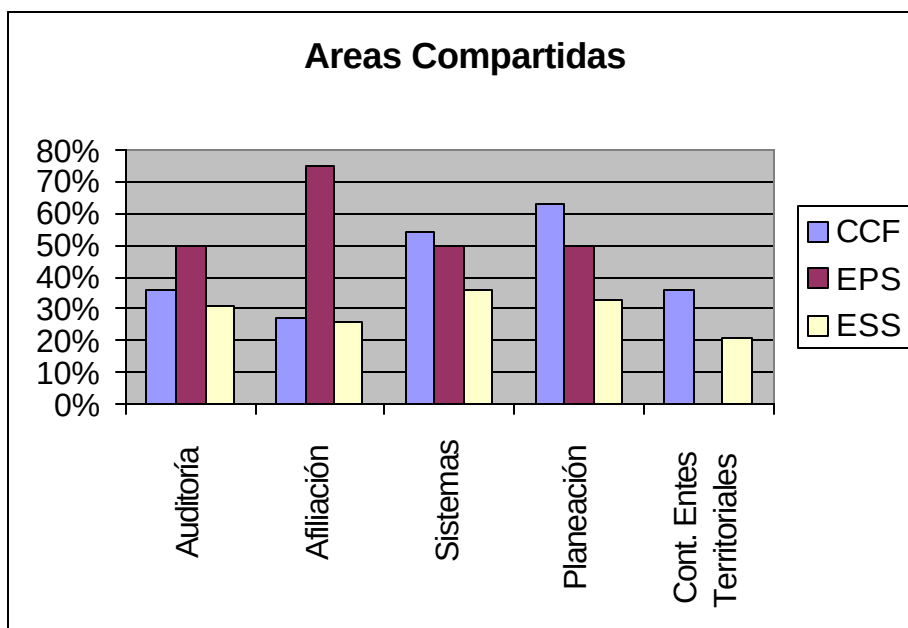
En los siguientes gráficos se aprecian las áreas compartidas según tipo de ARS:

**Gráfico 22.**



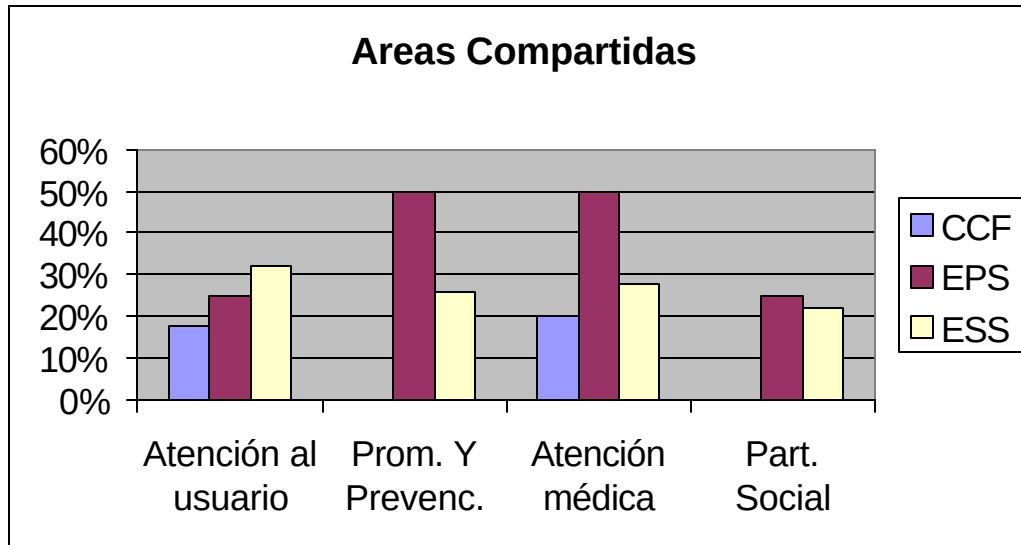
Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

**Grafico 23.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

**Grafico 24.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Las Cajas y las Entidades Promotoras de Salud muestran unos porcentajes mayores en determinadas áreas que comparten, especialmente en las áreas administrativa, financiera, de contratación, sistemas, jurídica y planeación, pero contrariamente a lo que sucede con las Empresas Solidarias de Salud tienen unas áreas que no comparten con los otros negocios de la empresa, como las de promoción y prevención y de participación social, para el caso de las



Cajas y las de dirección y contratación con los entes territoriales para el caso de las Entidades Promotoras de Salud.

Las Solidarias tienen bajos porcentajes en las áreas compartidas, pero en general todas ellas comparten casi todas las áreas, lo cual de por sí resulta bastante llamativo por cuanto en la gran mayoría de los casos la razón de ser de las Empresas Solidarias es precisamente la de administrar los recursos del régimen subsidiado por cuanto su origen se basa en la administración de los recursos de salud para la población más pobre y su vinculación al nuevo sistema se efectuó precisamente a través del reconocimiento como ARS. Las Cajas y EPS por el contrario en esencia se dedican a otros negocios, de manera especial las Cajas cuya razón principal de ser es la administración de los recursos del subsidio familiar más no la administración de los recursos del régimen subsidiado.

En ese escenario es razonable que las entidades compartan algunas de las áreas que pueden ser consideradas como de apoyo para la institución como es el caso de las áreas jurídica y administrativa, al igual que las áreas de sistemas y financiera en razón a que para estos casos deben llevarse procesos centralizados que agrupen toda la información disponible ya que las entidades se constituyen como una sola persona jurídica y por ende deben tener unos estados financieros consolidados y una información general de la institución.

Debe resaltarse el hecho de que en general las ARS muestran un desarrollo organizacional que abarca los diferentes aspectos requeridos para un correcto funcionamiento y que tienen previstas las áreas necesarias para adelantar sus labores.

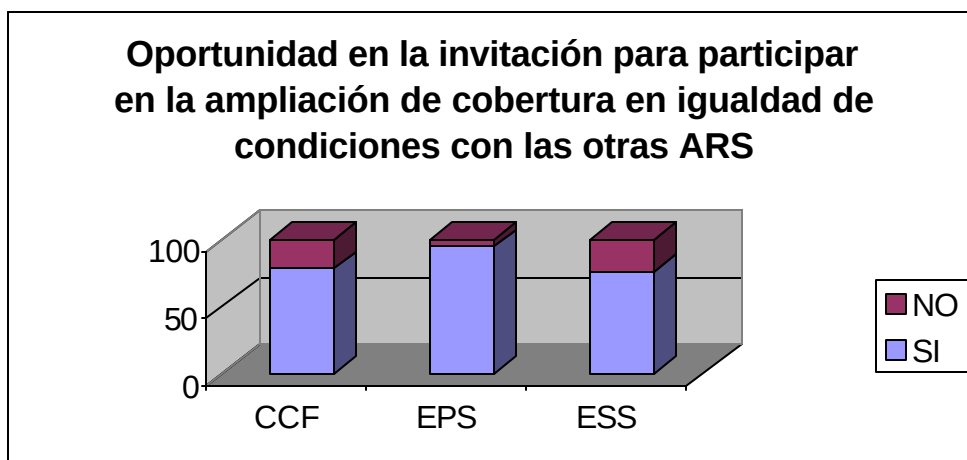
## **1.3 DESEMPEÑO POR PROCESOS**

### **1.3.1 AFILIACION**

Para analizar el proceso de afiliación respecto de las ARS se tomó como muestra las encuestas realizadas en las sedes municipales de las ARS, como quiera que el proceso de afiliación al régimen subsidiado está circunscrito a los municipios quienes tienen esta responsabilidad.

En primera instancia se averiguó sobre la oportunidad con que las ARS recibieron invitación por parte de los municipios para participar en la última ampliación de cobertura en igualdad de condiciones con las otras ARS, con los siguientes resultados:

**Grafico 25.**

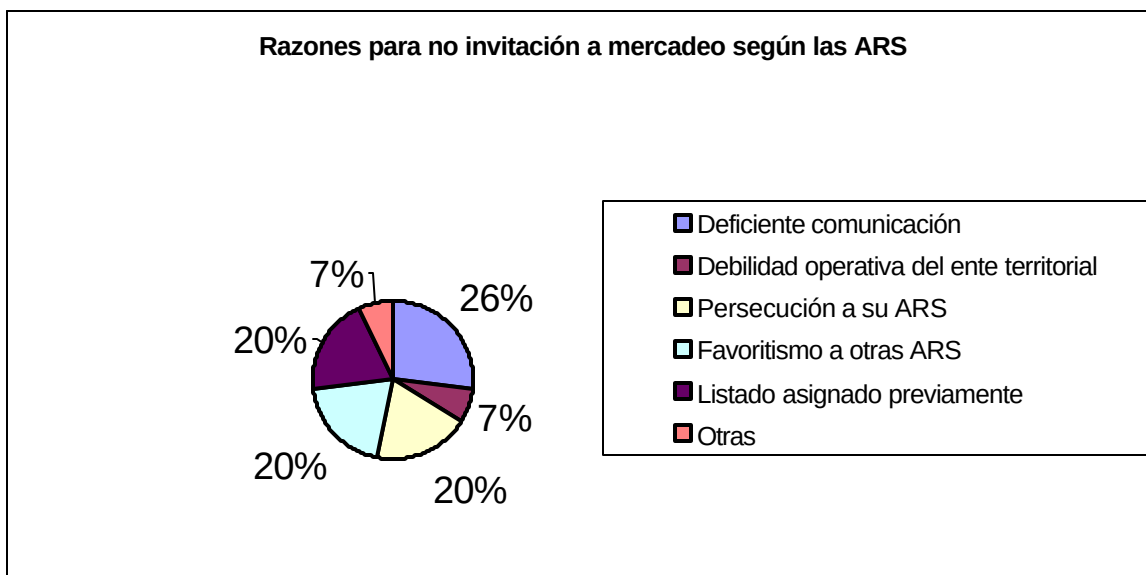


Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Se observa que en general las ARS consideran que se les otorgó un trato igualitario, pero las Cajas y las Solidarias son las que más consideran que no se dio igualdad de condiciones con porcentajes del 22% y 24% respectivamente.

Los que respondieron negativamente adujeron las siguientes razones:

**Grafico 26.**



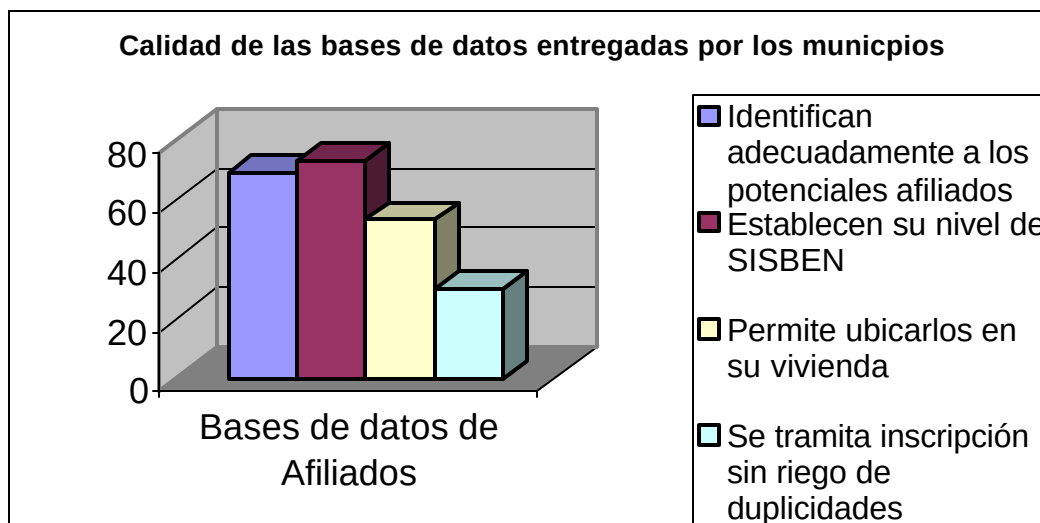
Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

El mayor porcentaje de las ARS considera que se presentó una deficiente comunicación, lo cual no indica una actitud mal intencionada del municipio, pero en porcentajes importantes del 20% cada uno consideran que hay persecución, favoritismo y listados asignados

previamente, circunstancias todas estas que implican una conducta por fuera de la normatividad en los municipios según la percepción que tienen las ARS.

Ya en el proceso mismo de mercadeo, en relación con la calidad de las bases de datos que les fueron suministradas a las ARS se encontró lo siguiente:

**Grafico 27.**

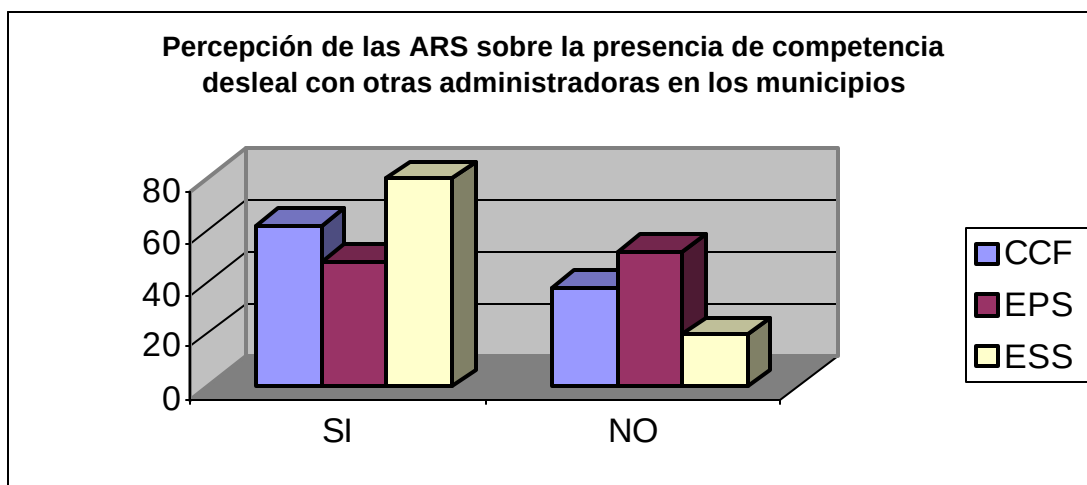


Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Se aprecia que en general no existe una buena calidad de las bases de datos según lo reportan las ARS en la medida en que ninguno de los aspectos señalados supera en un 80% en cuanto a la capacidad que tienen las bases de datos para llevar a cabo estos procesos de manera satisfactoria. El principal problema que se señala en las bases de datos es que existe un alto riesgo de duplicidades como quiera que solo el 30% de las ARS afirmó que las bases permiten tramitar inscripciones sin este riesgo. Esto concuerda con el señalamiento de los principales problemas identificados en el régimen subsidiado y que se reseña en otro capítulo del trabajo. Obviamente es necesario precisar que en este aspecto las duplicidades no solamente obedecen a la calidad de las bases de datos suministradas por la entidad territorial, sino que también pueden presentarse duplicidades por la labor de mercadeo de las ARS, en donde se tramitan varios formularios y por ende la persona se afilie a más de una ARS. En este caso el proceso de depuración debe hacerlo la entidad territorial al momento de realizar los contratos.

De igual forma se indagó sobre la existencia de competencia desleal en los municipios de conformidad con la percepción de las ARS, con los siguientes datos:

**Grafico 28.**

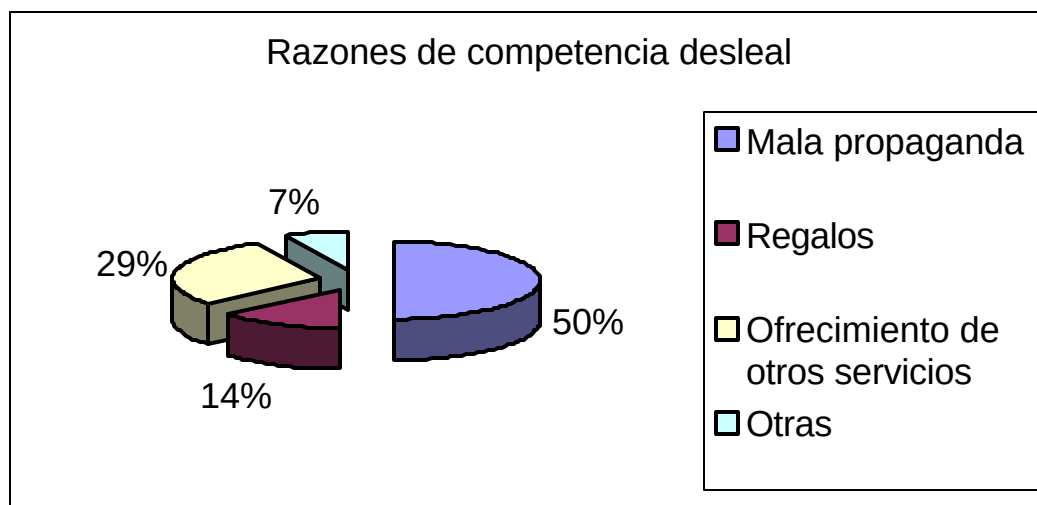


Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

En porcentajes significativos las ARS consideran que se han presentado fenómenos de competencia desleal en el funcionamiento del régimen subsidiado. Las que menos perciben esta situación son las EPS y las que más las ESS, pero en conjunto no cabe la menor duda de que existe un problema de competencia desleal en el régimen subsidiado ya que en mayor o menor grado los diferentes tipos de ARS así lo reportan.

Las razones por las cuales se presenta competencia desleal según lo reportan las ARS son las siguientes:

**Grafico 29.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Dentro de estas prima la mala propaganda como factor principal seguida del ofrecimiento de otros servicios. Ello hace pensar que las ARS no están compitiendo con calidad en la prestación de los servicios o que por lo menos están utilizando otras estrategias diferentes a la buena prestación del servicio o al ofrecimiento de servicios con calidad, para atraer a los potenciales afiliados. Es bien sabido que la relación afiliado - administradora es asimétrica, y que el afiliado en la mayoría de los casos no posee ni la información ni los suficientes elementos de juicio para seleccionar una determinada ARS, lo que estaría potencializando el empleo de estrategias de este tipo, por parte de las ARS como un mecanismo efectivo para captar afiliados.

### 1.3.2 CONTRATACION DEL ASEGURAMIENTO

Uno de los aspectos más importantes para evaluar respecto del comportamiento de las ARS es el de determinar con base en que criterios operan en un departamento determinado, ya que precisamente una de las pretensiones de la ley 100 de 1993 fue la de generar una libre competencia entre los diferentes aseguradores que a su vez permitiera que los usuarios hicieran una libre elección que posibilitará el mejoramiento de la calidad de los servicios y una especie de selección de las mejores ARS.

Pese a lo anterior los afiliados no perciben que exista una verdadera libre elección que permita seleccionar la ARS de su conveniencia. En los datos reportados para el estudio realizado por el CID para Bogotá, la mayor cantidad de afiliados manifestó que le habían asignado la ARS en la Alcaldía o que lo visitó un promotor y un mínimo porcentaje manifestó que era la mejor alternativa.

En la contratación, el 60% de las Cajas de Compensación Familiar lo hace en razón de su origen y el 50% por cercanía geográfica al origen o al domicilio principal, lo cual denota la importancia de su área de influencia. Por oposición el 40% de las cajas lo hace en razón del volumen de afiliación potencial en los departamentos y tan solo el 30% lo hace en razón de la rentabilidad, lo que ratifica que las Cajas prefieren asegurar un mercado más viable que aventurarse en otros mercados que pudiesen otorgar una rentabilidad interesante.

El 20% de las Cajas toma la decisión basadas en invitaciones que les hacen o bien la Dirección Local de Salud o la Dirección Seccional de Salud, y tan solo el 10% lo hace por debilidad de la competencia, lo que se traduce en que no existe un interés específico por entrar a competir en aquellos lugares que podrían ser favorables, asumiendo más bien una actitud conservadora. El criterio de afinidad no prima para nada en la toma de esta decisión. El 60% lo hacen movidas por su plan estratégico de expansión, el 20% por cumplir el requisito del número mínimo de afiliados y el 10% por otras consideraciones. En cuanto al número mínimo de afiliados, si bien su porcentaje es bajo para la toma de la decisión, la verdad es que una exigencia de tipo administrativo no debería impulsar una decisión de esta clase por cuanto aquí se evidencia un efecto perverso de la norma al obligar a las entidades a tomar decisiones que no obedecen a una racionalidad empresarial o de desarrollo social de acuerdo a decisiones estratégicas sino el mero cumplimiento de requisitos numéricos, aunque es necesario precisar que las entidades de aseguramiento no están en posibilidad de rechazar afiliaciones y por ende si alguna persona desea afiliarse en un territorio donde funcione la entidad, debe ser aceptado.

Ninguna de las Cajas toma la decisión basada en el perfil epidemiológico del departamento, lo que es indicativo de que no hay una pretensión específica por segmentar el mercado entre la población más rentable y la menos rentable desde el punto de vista del riesgo de enfermar y morir de sus afiliados. Esto puede verse como un síntoma positivo en la medida en que no se evidencia una intención de “descremar” el mercado.

Las Entidades Promotoras de Salud son movidas en un 66.7% por razones del origen y de la cercanía geográfica al domicilio principal, pero a diferencia de las Cajas los criterios de volumen de afiliación potencial y de rentabilidad también tienen un peso del 66.7%, lo que demuestra un espíritu empresarial mayor y una disposición más considerable a analizar el criterio de rentabilidad del negocio.

Con un porcentaje igual del 66.7% está el criterio de afinidad. Con menor relevancia en porcentajes del 33.3% están los criterios de invitación, debilidad de la competencia, cumplimiento del requisito de número mínimo de afiliados y perfil epidemiológico del departamento. Contrasta que las Entidades Promotoras de Salud consideren la rentabilidad como un criterio fundamental pero no así la debilidad de la competencia, lo cual puede obedecer a la prioridad que se le otorgue a las capacidades propias de la organización que a la debilidad de la competencia. Sin embargo, estos dos factores van unidos por cuanto en una zona rentable y con una competencia débil no habría razón para que las EPS no entraran a participar.

El requisito del número mínimo de afiliados sigue teniendo algún peso para las EPS con las connotaciones anteriormente anotadas. En materia de racionalidad económica las Empresas Promotoras sí le dan énfasis al perfil epidemiológico de la población aunque en un porcentaje menor, lo cual indica que existe preocupación respecto del equilibrio financiero de la operación por razón de la potencial demanda de servicios de sus afiliados.

Para todas las Entidades Promotoras de Salud el plan estratégico de expansión tiene un peso del 100%, es decir que se demuestra un interés decidido en crecer en número de afiliados y que para ello han elaborado planes estratégicos, lo cual contrasta con el porcentaje del 60% de las Cajas que indicaría que muchas de ellas no están interesadas en crecer o no tienen planes específicos en ese sentido.

Para las Empresas Solidarias de Salud los criterios que más priman para determinar su ámbito de operación son el del origen y la cercanía geográfica al domicilio principal, con un porcentaje del 58.8%, lo que se explica por su vocación local. Si bien estos porcentajes parecen no ser muy importantes si constituyen en conjunto el criterio más utilizado por las empresas ya que los otros criterios representan porcentajes inferiores. En segundo lugar de importancia están el volumen de afiliación potencial y el plan estratégico de expansión con una participación del 47.1%, lo cual demuestra que a pesar de su vocación local muestran algún interés por crecer en aquellas zonas que tengan un mercado importante y que en ese sentido se están realizando esfuerzos mediante la elaboración de planes.

Con un peso del 35.3% se presenta el criterio de invitación y con porcentajes reducidos del 11.8% están los criterios de rentabilidad, afinidad, número mínimo de afiliados y debilidad de la competencia. Ello significa que en efecto las Solidarias están otorgándole un mayor énfasis a su labor desde el punto de vista social y de la comunidad frente a la que deben

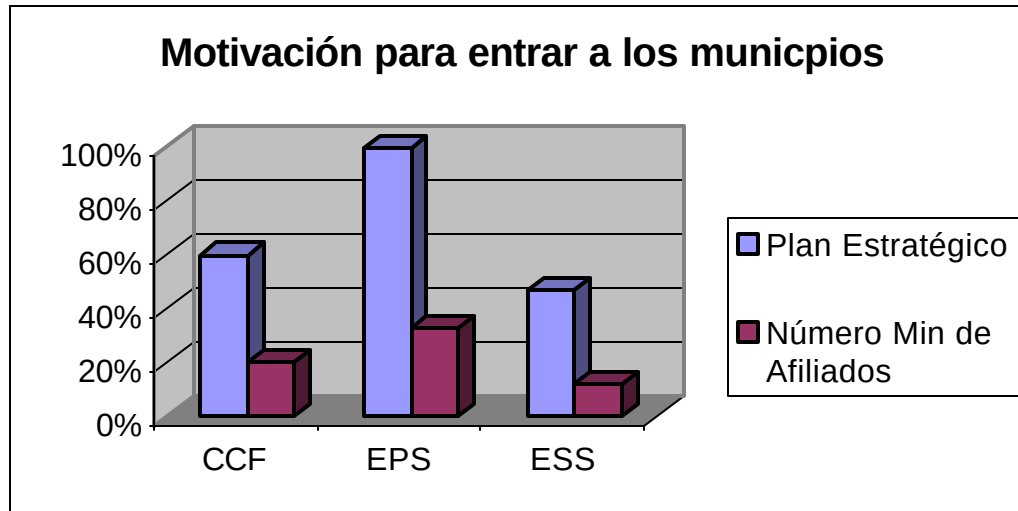
responder, que a los elementos de rentabilidad o de competencia con sus similares, lo cual tiene aspectos positivos en el sentido de que han conservado su finalidad comunitaria por encima de criterios meramente empresariales, pero a su vez se puede constituir dicha actitud, en una verdadera amenaza para su supervivencia, como quiera que la normatividad<sup>15</sup> ha forzado al crecimiento de estas empresas o a la búsqueda de formas asociativas, como las fusiones, para que puedan subsistir.

Ya con una participación muy reducida del 5.9% está el criterio del perfil epidemiológico de la población, lo cual indica de igual manera que el criterio de rentabilidad no prima y tampoco el del análisis de los mercados con el fin de seleccionar aquellos más convenientes.

Revisado el panorama anterior puede observarse que las Entidades Promotoras de Salud son las entidades que tienen mayor vocación de crecimiento y que el criterio de rentabilidad juega un papel primordial en la toma de las decisiones estratégicas. Por su parte las Cajas de Compensación Familiar no parecen tener una vocación de crecimiento o planes en ese sentido y prima para ellas un criterio social y de afianzamiento en el lugar en donde realizan sus operaciones. Las Empresas Solidarias de Salud tampoco tienen como criterio determinante de su actuar la rentabilidad aunque muestran una mayor vocación por expandirse que las Cajas.

En el cuadro siguiente se comparan por tipo de ARS los criterios del plan estratégico de expansión frente y el criterio de número mínimo de afiliados.

**Grafico 30.**



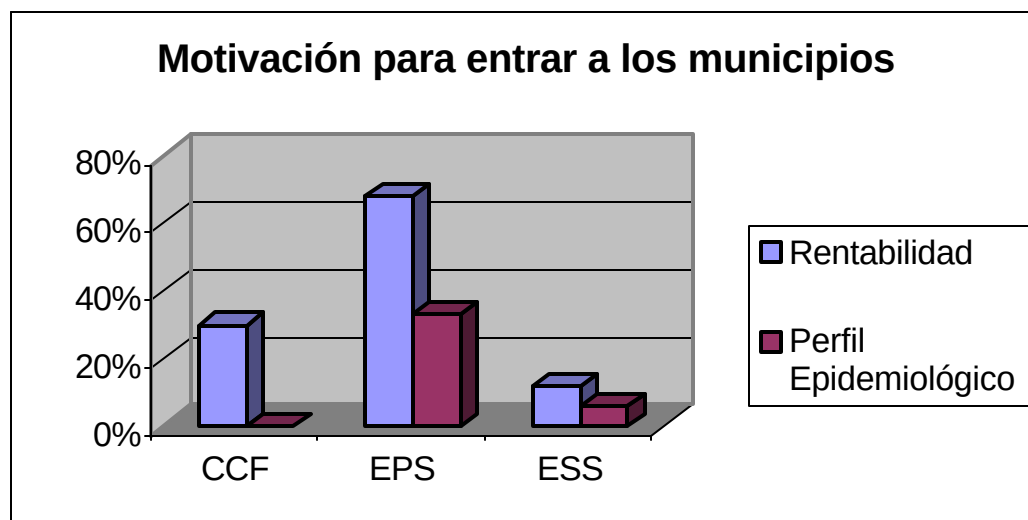
Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

El plan estratégico es el más importante pero no es despreciable el peso que tiene el factor de número mínimo de afiliados.

<sup>15</sup> Específicamente el Decreto 1804 de 1999

Seguidamente se muestra el peso que tienen los criterios de rentabilidad y perfil epidemiológico de la población según ARS.

**Grafico 31.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Este gráfico es demostrativo de que el interés económico prima en las EPS frente a las Cajas y las ESS y que estas últimas son las que menos interés económico demuestran para definir su participación en los municipios.

### 1.3.3 LAS ARS Y SU DESEMPEÑO EN LOS CONTRATOS DE REGIMEN SUBSDIADO

De conformidad con la muestra en el periodo de abril del año 2000 a marzo del año 2001 las Cajas de Compensación Familiar contaban con 99 contratos del régimen subsidiado en un total de 71 municipios con una población afiliada de 279.792 personas.

Para el mismo periodo las Entidades Promotoras de Salud contaban con 207 contratos en un total de 176 municipios con una población afiliada de 260.735 personas

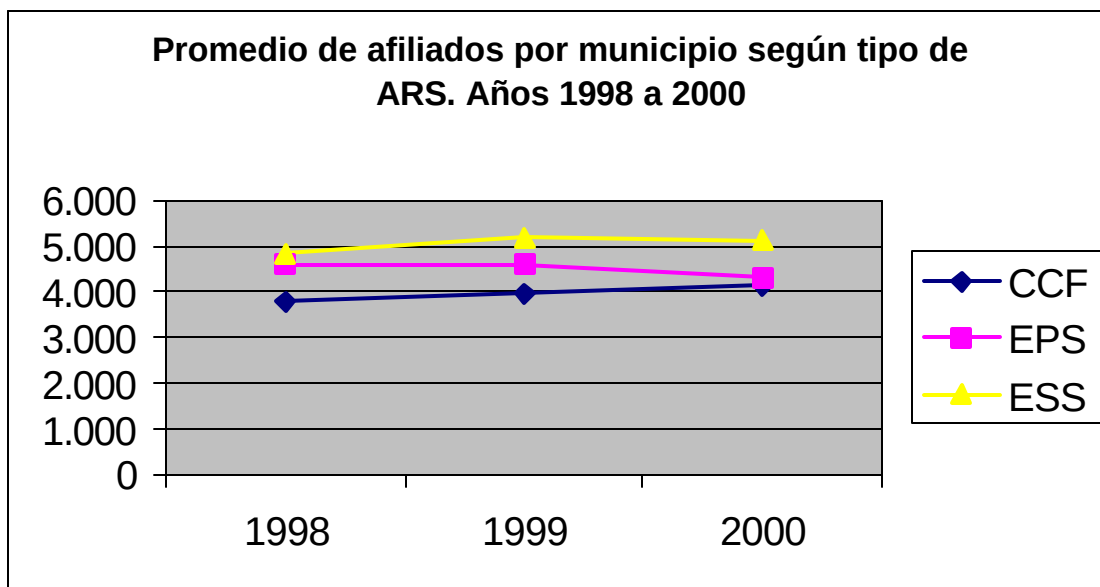
Las Empresas Solidarias de Salud contaban con 109 contratos en un total 76 municipios con una población afiliada de 287.837 personas.

Sin embargo, estos datos no son muy representativos para analizar la concentración de afiliados por municipio, por lo que es necesario hacer referencia al universo de las ARS para los años 1998, 1999 y 2000.

El comportamiento es como sigue en relación con el promedio de afiliados por municipio según tipo de ARS.



**Grafico 32.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

El promedio de afiliados por municipio para todas las ARS oscila entre 4.000 y 5.000 afiliados, lo que de alguna manera denota una importante dispersión para las EPS, CCF y ESS. De igual manera mientras que las Cajas han subido su promedio, concentrando mas afiliados por municipio, las EPS tienen un comportamiento a la inversa, es decir, han reducido su promedio de afiliados por municipio, lo que indica que el crecimiento geográfico no ha ido de la mano con el crecimiento en número de afiliados frente a la situación inicial que presentaban.

Si se analiza el número promedio de afiliados por municipio se encontrará que en términos generales es bastante bajo y que en consecuencia es poco probable que en promedio se logre el equilibrio financiero de las ARS al interior de cada municipio individualmente considerado.

Lo anterior puede ser subsanado a través de un sistema de subsidios cruzados entre los municipios en la medida en que finalmente la entidad de aseguramiento es una sola y por ende los recursos de los municipios más “rentables” podrían subsidiar a los menos “rentables” en el entendido de que a todos los habitantes se les garantice en igualdad de condiciones el acceso a los servicios de salud.

Sobre éste punto el Gobierno Nacional no ha tenido una posición unificada, ya que en aras de defender la oferta de servicios pública ha creado normas para que los recursos del aseguramiento retornen, aunque sea en forma parcial, a este tipo de prestadores.<sup>16</sup> De especial consideración era el contenido del artículo 2 del Decreto 1804 de 1999 que prohibía

<sup>16</sup> La Ley 344 obligó a la contratación del 40% de la UPC-S con la red pública

los subsidios cruzados entre los departamentos y que sólo rigió por espacio de cinco meses ya que el decreto 046 de 2000 entro a modificar esta disposición eliminando la prohibición y estableciendo un derecho de preferencia.

De esta forma la dispersión según el número de municipios tiene la ventaja de que aumenta la competencia en las diferentes entidades territoriales y por ende las opciones disponibles para los ciudadanos, pero por otro lado puede generar la imposibilidad de que las ARS logren su punto de equilibrio en las diferentes zonas donde participan con el eventual detrimento en la calidad y accesibilidad a los servicios.

- **- Carnetización.**

La carnetización ha sido concebida como el mecanismo por excelencia para la acreditación de los derechos de los afiliados y por ello para hablar de afiliación real es necesario utilizar el concepto de afiliados que hayan recibido su carnet. Si bien éste mecanismo puede ser sustituido hacia el futuro por otros como el diseño de un sistema de información en línea que permita identificar a los usuarios al momento de la prestación de los servicios, lo cierto es que hasta la fecha se ha considerado como indispensable para corroborar la afiliación efectiva al sistema.

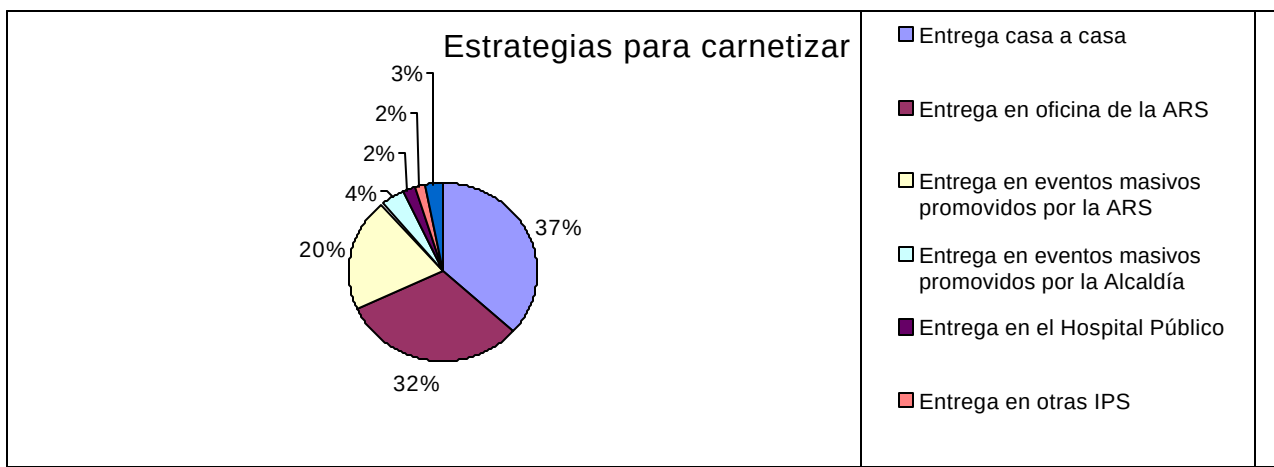
Existen diversos problemas identificados para la entrega del carnet, tal y conforme aparece en el análisis de los principales problemas del régimen. Dentro de estos inconvenientes puede presentarse un problema de capacidad técnica de las ARS, la dispersión de la población, fundamentalmente rural, un rezago del pasado, en el que las demoras en la carnetización fueron usadas por las ARS para atesorar los recursos del régimen subsidiado sin incurrir en desembolsos a las IPS para la atención de beneficiarios o incluso la retención de carnés durante los períodos electorales con el fin de forzar la adhesión a ciertos candidatos a corporaciones públicas.

De igual manera debe precisarse que la no entrega del carnet no implica que los afiliados se encuentren descubiertos en la prestación de los servicios, por cuanto las ARS tienen la obligación de suministrar a su red prestadora de servicios las bases de datos de afiliados, con el fin de que se pueda identificar a las personas y a que ARS pertenecen.

Para efectos de la carnetización se analizó este procedimiento a nivel de las sedes municipales de las ARS.

Se preguntó sobre las tres estrategias utilizadas con mayor frecuencia para realizar la carnetización, lo que arrojó estos datos:

**Grafico 33.**

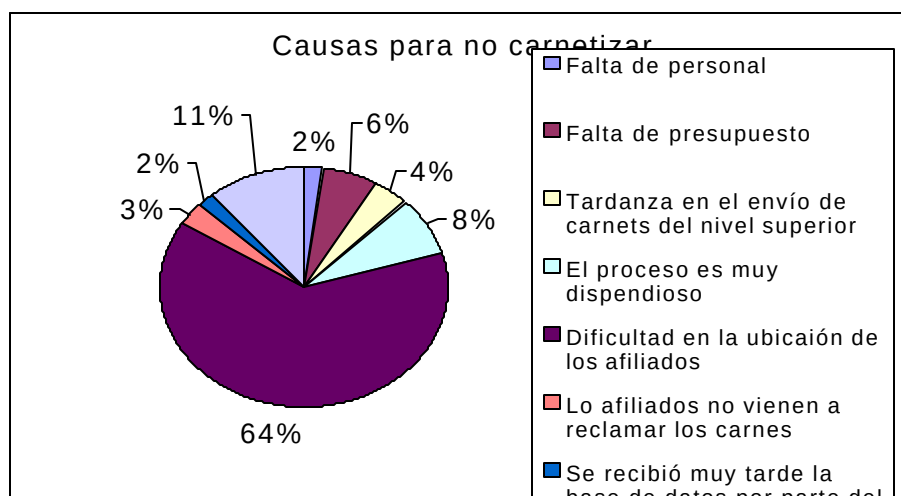


Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

La entrega casa a casa prima como estrategia para carnetizar seguida de la entrega en la oficina de la ARS y los eventos masivos promovidos por la ARS. En este aspecto es importante anotar que la carnetización es una obligación a cargo de la ARS por lo que es la ARS la que debe buscar al usuario para carnetizarlo y no al contrario como aparentemente sucede en ocasiones. Así, las estrategias de entrega del carnet en la oficina de la ARS o de eventos masivos de la ARS van encaminadas a que el usuario tenga que acercarse por su carnet, cuando realmente éste último al ser seleccionado como beneficiario por el municipio y afiliarse a una ARS ya adquirió el derecho de recibir un carnet, cuya obligación de entregar es de la ARS.

El proceso de carnetización genera una serie de dificultades que se relacionan en el siguiente gráfico.

**Grafico 34.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

La más representativa de estas dificultades es la ubicación de los afiliados, lo que de alguna manera indica que en efecto las ARS están haciendo esfuerzos importantes por ubicar a sus afiliados. De hecho si se miran las otras causas todas ellas tienen un bajo porcentaje y en gran medida obedecen a falencias de las ARS o de la entidad territorial.

La no ubicación de los afiliados parece ser un problema significativo en este caso, lo cual puede obedecer por un lado a una movilidad de la población, que se ocasiona por la situación de violencia en que vive el país y los fenómenos masivos de desplazamiento que se han producido, y de otro lado a la desactualización de la información sobre los potenciales beneficiarios, especialmente cuando la información del SISBEN tiene mucha antigüedad.

En relación con el comportamiento de los recién nacidos se encontró que en la mayoría de los casos (50%) se le presta servicios con el carné de la madre durante un año, en el 20% de los casos durante un mes y en el 30% durante otros periodos de tiempo. Esto implica una protección para el recién nacido pero a su vez indica que la información no se está actualizando de forma oportuna ante las entidades territoriales para la inclusión de esta población, ya que este reporte debe ser bimestral.

El 59% de las ARS reportó que en la entidad territorial existían cupos para la afiliación de los recién nacidos y por oposición el 49% reportó que estos no existían. Ello significa que muchas de las entidades territoriales no están cumpliendo con su función de garantizar de manera automática la afiliación de los recién nacidos, aunque para hacer honor a la verdad en los contratos de régimen subsidiado no existe un margen para afiliar a esta población, por lo que su afiliación debe producirse con los cupos que son liberados por fallecimientos u otras circunstancias como duplicidades en la afiliación, los cuales se presumen mayores en número que los nacimientos, razón por la cual el Ministerio de Salud eliminó la costumbre que se implantó al inicio del régimen, de dejar un “colchón” de recursos en los contratos para la afiliación de esta población.

De todas maneras los cupos liberados por los fallecimientos están siendo reemplazados en un gran porcentaje (82%) por nacimientos, tal y conforme lo establecen las normas<sup>17</sup>. Con menor proporción se asignan estos cupos para menores de un año (6%), mujeres gestantes (3%), personas de la tercera edad (3%) entre otros.

## • - Traslados de ARS

Los traslados de ARS, de conformidad con la muestra nacional se comportaron de la siguiente manera finalizando el mes de diciembre de 1999.

Las Cajas de Compensación Familiar tuvieron 17.901 traslados a favor y 2.397 en contra, las Entidades Promotoras de Salud 4.264 a favor y 2.409 en contra y las Empresas Solidarias de Salud 11.907 a favor y 2.804 en contra, anotando que de las EPS sólo una reportó información.

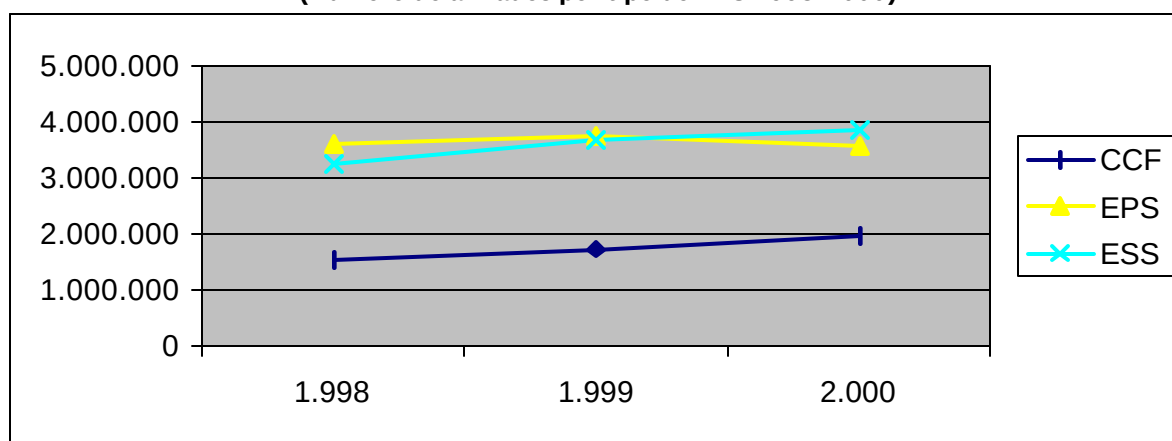
<sup>17</sup> Acuerdo 77 del CNSSS y circular conjunta MS 018- SNS 074

Esta información de la muestra implicaría que los traslados a favor se produjeron de ARS no incluidas en la muestra por cuanto todas registraron más traslados a favor que en contra. De igual manera debe tenerse presente que a raíz de la pérdida de autorización de varias ARS es posible que los traslados a favor sean como consecuencia de la afiliación de las personas que pertenecían a dichas ARS.

Por esta razón para hacerse a una idea mas exacta del comportamiento de la afiliación y los traslados se tomará el universo de ARS para los años 1998,1999 y 2000, haciendo la salvedad de que esta información involucra tanto los traslados como la afiliación de personas nuevas, pero ilustra sobre que tipo de ARS está captando más afiliados.

**Grafico 35.**

**(Número de afiliados por tipo de ARS 1998-2000)**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Estas líneas muestran como las CCF y las ESS han venido en ascenso durante los tres últimos años, llegando las primeras a contar con 2.000.000 de afiliados y las segundas con cerca de 4.000.000. Por su parte las EPS presentaron un leve aumento de 1998 a 1999 pero un descenso importante de 1999 a 2000. Se observa como la tendencia inversa entre EPS y ESS hizo que las primeras perdieran frente a las últimas el liderato en número de afiliados.

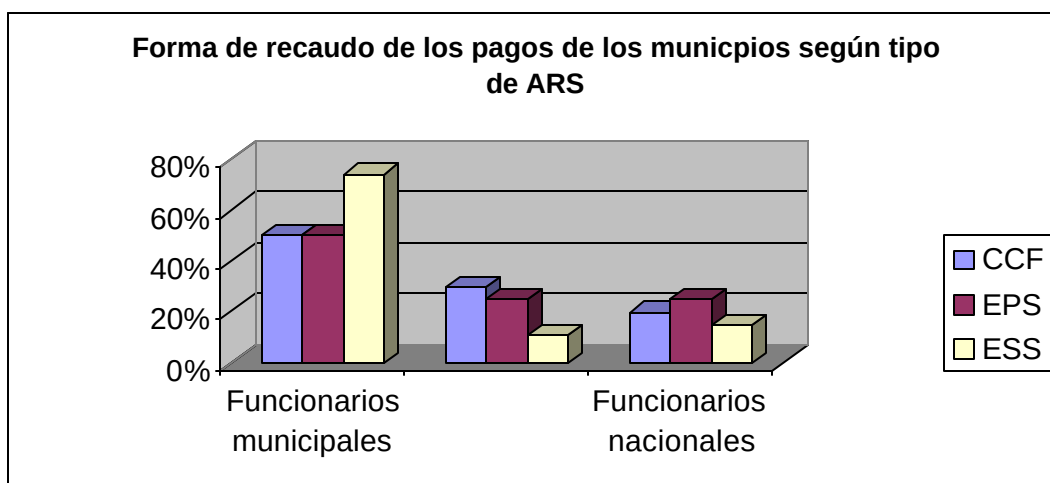
El traslado a favor de los afiliados puede indicar la calidad y reconocimiento de los servicios que presta la ARS y por ende un buen síntoma en cuanto al cumplimiento de sus obligaciones para con sus afiliados. Sin embargo no necesariamente los traslados tienen relación directa con la calidad de los servicios que presta la ARS en la medida en que existe la posibilidad de que muchos de los traslados hayan sido provocados por acciones directas de las Administradoras mediante el suministro de información no ajustada a la verdad y la realización de prácticas que no estén sujetas a una sana competencia, ya que como se señaló anteriormente existe un grave problema de competencia desleal en criterio de todas las ARS. Estos factores, sin embargo, son muy difíciles de cuantificar y detectar porque en muchas ocasiones obedecen a la íntima relación verbal que puede sostener cualquier promotor de las Administradoras con los afiliados que busca captar.

Paradójicamente, las Entidades Promotoras de Salud que han manifestado su mayor intención en ampliar su cobertura a otras zonas y generar un crecimiento son el tipo de ARS que menores afiliados han captado en promedio. Por el contrario el comportamiento de las Solidarias y de las Cajas muestra un incremento en la afiliación.

- **Recaudo ante los entes territoriales.**

El recaudo de los pagos de los municipios se lleva a cabo por parte de las Cajas de la siguiente manera: Por funcionarios del nivel municipal en un 50%, por funcionarios del nivel departamental en un 30% y por funcionarios del nivel nacional en un 20%. Para las EPS por funcionarios del nivel municipal en un 50%, por funcionarios del nivel departamental en un 25% y por funcionarios del nivel nacional en un 25%. Para las Solidarias por funcionarios del nivel municipal en un 73.68%, por funcionarios del nivel departamental en un 10.53% y por funcionarios del nivel nacional en un 15.79%.

**Grafico 36.**



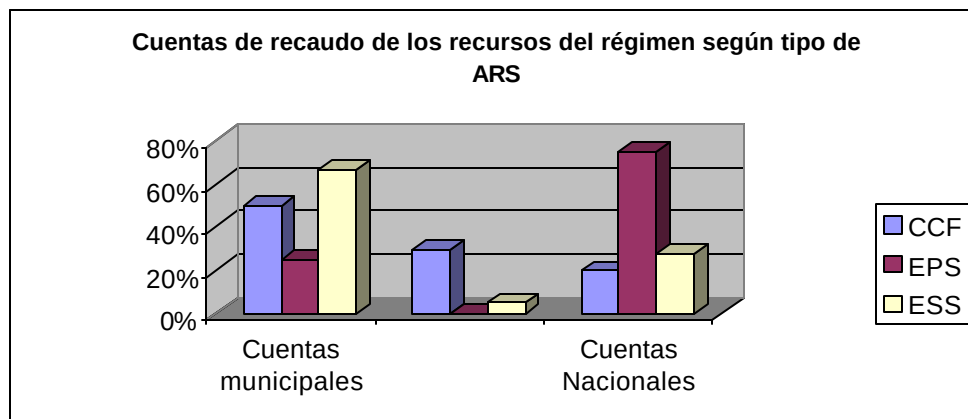
Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Todas las ARS muestran algún grado de descentralización en el recaudo de los recursos pero en esta materia las solidarias son las que muestran una mayor presencia al nivel de los municipios, lo cual demuestra una fuerte presencia local en sus procesos administrativos y un control en el lugar donde se produce la afiliación. Las Cajas y EPS muestran una actividad más centralizada en este proceso, en especial las Entidades Promotoras que efectúan su recaudo en un 25% desde el nivel nacional. Debido a que la afiliación y en general los procesos del régimen subsidiado se desarrollan a nivel de los municipios es importante resaltar la presencia local como uno de los factores que mayormente inciden en la buena prestación de los servicios a cargo de las ARS.

La consignación se efectúa para las Cajas en cuentas bancarias municipales en un 50%, en cuentas departamentales en un 30% y en cuentas nacionales en un 20%. Para las Entidades Promotoras de Salud en cuentas municipales en un 25% y en cuentas nacionales en un

75%. Para las Empresas Solidarias de Salud en cuentas municipales en un 66.67% en cuentas departamentales en un 5.56% y en cuentas nacionales en un 27.78%.

**Grafico 37.**



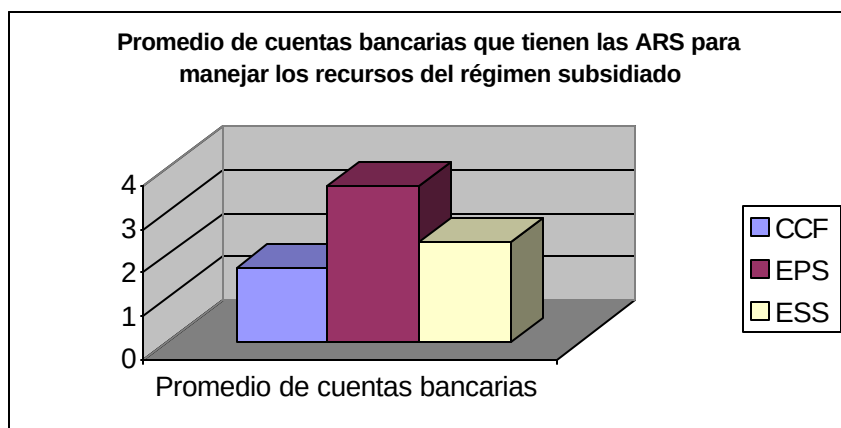
=Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Esto ratifica la mayor descentralización de los procesos por parte de las Solidarias, seguidas de las Cajas y el proceso centralizado que manejan las Entidades Promotoras de Salud. Si bien las cuentas bancarias del orden nacional o departamental no implican por si solas un manejo centralizado del área administrativa sí implican un manejo centralizado de los recursos que puede tener repercusiones en el mismo flujo hacia los prestadores como quiera que finalmente un porcentaje de los recursos recaudados por UPC-S deben retornar al municipios para pagar los servicios de salud de los afiliados.

El 90% de las Cajas no tiene una cuenta independiente para el manejo de cada contrato de aseguramiento, para el caso de las Entidades Promotoras de Salud ninguna posee cuenta independiente por contrato y de las Solidarias el 76.19 por ciento no posee cuenta independiente. En general las ARS no tienen cuenta bancaria para manejar los recursos de cada contrato, lo cual puede resultar conveniente desde el punto de vista financiero para maximizar los recursos y adicionalmente podría resultar muy engorroso tener una cuenta por cada contrato debido al volumen de contratos que se maneja. Lo anterior debe ser sin perjuicio de que se lleve un control financiero de cada contrato en términos de los ingresos por concepto de cada uno y los gastos con cargo a cada uno, ya que de esta forma se lleva un control sobre la operación en cada localidad y se puede analizar si se está logrando el punto de equilibrio en cada uno de los casos.

Las Cajas de Compensación Familiar manejan un total de 19 cuentas bancarias para el régimen subsidiado y la que menos tiene, posee 1 y la que más tiene, posee 4. Las Entidades Promotoras de Salud manejan un total de 11 cuentas bancarias siendo la que menos tiene 3 y la que más tiene 5. Las Empresas Solidarias de Salud manejan un total de 37 cuentas bancarias siendo la que más tiene 10. En promedio las Cajas manejan 1.7 cuentas bancarias, las EPS 3.6 y las Solidarias 2.3.

**Grafico 38.**



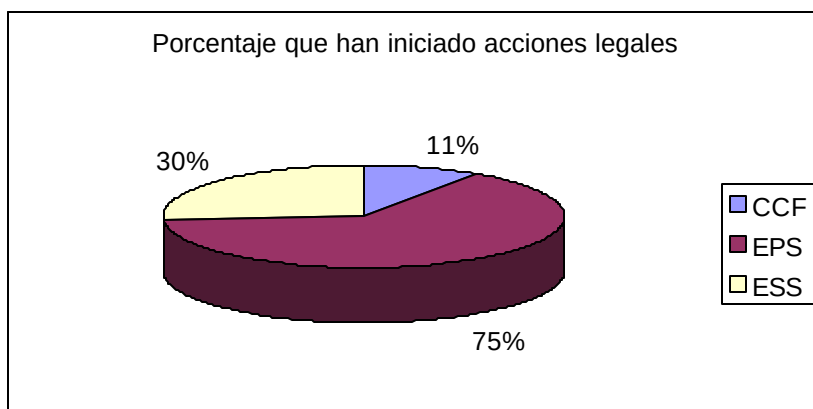
Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Esto denota una mayor diversificación por parte de las EPS en el manejo de los recursos frente a la menor diversificación de las Cajas.

En relación con la contabilidad independiente para cada contrato muy pocas de las ARS dieron una respuesta al respecto. Para el caso de las Solidarias una de ellas manifestó que no llevaba contabilidad independiente por contrato. La contabilidad independiente por contrato se convierte en un instrumento fundamental para el control de la ejecución de cada uno de los contratos y para la aplicación de normas como el Decreto 46 de 2000 en lo relacionado con el giro directo de los recursos por parte de las entidades territoriales a la red de prestadores de la ARS.

El 70% de las ARS no ha entablado demanda o cobro jurídico por las deudas de las entidades territoriales. El 11.11% de las Cajas y el 29.41% de las Solidarias ha iniciado acciones en tal sentido. Por oposición el 75% de las EPS ha iniciado estas acciones.

**Grafico 39.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000



Se evidencia que la mayor tendencia ha iniciar acciones legales está en las EPS. Ordinariamente la iniciación de este tipo de procedimientos es visto por quien es demandado o a quien se le cobra como una acción en su contra y en ocasiones se traduce en conflictos personales y en el deterioro de las relaciones entre las partes. Por ello es posible que muchas de las entidades se abstengan de iniciar procesos legales, y particularmente para aquellas que tienen concentrada su operación en pocos municipios, ya que el funcionamiento del régimen subsidiado implica relaciones a largo plazo entre los diferentes actores involucrados y se presenta el temor de que el deterioro de las relaciones pueda ser más perjudicial que los efectos de un proceso judicial. Para las ARS que tienen una diversidad de municipios en su operación puede resultar más fácil el inicio de tales acciones en la medida en que dicho temor se diluye entre el número de entidades territoriales, de tal manera que las eventuales malas relaciones con una entidad territorial no son tan graves puesto que en esencia el negocio no depende de esa entidad territorial.

Desafortunadamente en esta materia y cuando están de por medio acciones legales, se ha generado una cultura de la confrontación que es necesario sustituir por una cultura de mutua colaboración entre las partes involucradas para la solución de los conflictos<sup>18</sup>.

De igual manera estos datos se correlacionan con el estudio realizado sobre las cuentas por cobrar y cuentas por pagar de las ARS donde se demuestra que las Administradoras están trasladando la carga financiera por la mora en el flujo de los recursos, a los prestadores de servicios de salud, en especial las Empresas Solidarias de Salud. De tal suerte que no existe un fuerte interés en adelantar acciones contra las entidades territoriales porque finalmente quien soporta este efecto es la IPS. A lo anterior se suma que las disposiciones normativas (Decreto 882 de 1998) exoneran a las ARS de la aplicación de las normas relativas al margen de solvencia cuando la entidad territorial se encuentre en mora con sus obligaciones.

### 1.3.4 MANEJO DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

El artículo 162 de la ley 100 de 1993 estableció la obligatoriedad de constituir por parte de las entidades de aseguramiento una póliza para reasegurar los riesgos derivados de las enfermedades de alto costo definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Se consideró por parte del legislador que este tipo de enfermedades podían afectar la estructura financiera del comportamiento de las entidades de aseguramiento y por ende era necesario la participación de terceros para diluir estos riesgos.

Sobre este aspecto se encontraron los siguientes datos:

<sup>18</sup> El Estado, ya de tiempo atrás, ha promovido la resolución alternativa de conflictos mediante el impulso a figuras como la conciliación y la transacción, entre otras.

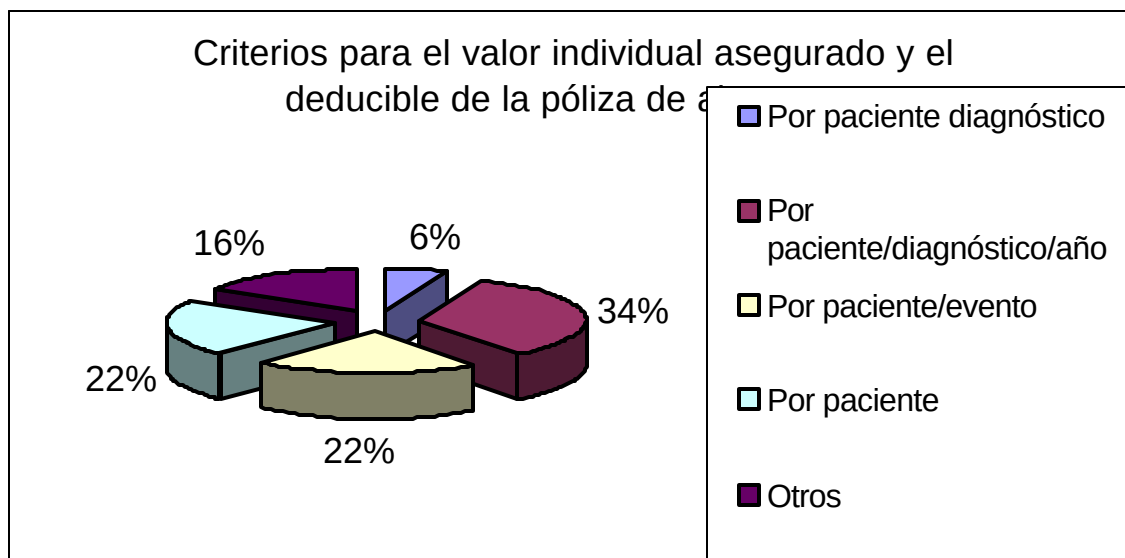
| <b>Nombre de la Aseguradora</b> | <b>1996</b> | <b>1997</b> | <b>1998</b> | <b>1999</b> | <b>2000</b> |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| ATLAS                           | 6           | 3           | 3           | 3           | 0           |
| GANADERA                        | 3           | 3           | 0           | 0           | 0           |
| GRANCOLOMBIANA                  | 3           | 0           | 1           | 4           | 0           |
| PREVISORA                       | 3           | 0           | 4           | 8           | 1           |
| LIBERTY                         | 0           | 0           | 0           | 1           | 0           |
| COLMENA                         | 0           | 4           | 3           | 1           | 0           |
| LATINOAMERICANA                 | 1           | 0           | 0           | 0           | 0           |
| SKANDIA                         | 0           | 8           | 1           | 0           | 0           |
| COLSEGUROS                      | 1           | 3           | 0           | 0           | 7           |
| CENTRAL DE SEGUROS              | 0           | 1           | 0           | 0           | 13          |
| MUNDIAL DE SEGUROS              | 1           | 0           | 0           | 14          | 3           |
| AURORA                          | 4           | 1           | 0           | 9           | 3           |
| CAJA AGRARIA                    | 1           | 0           | 0           | 0           | 0           |
| COLPATRIA                       | 0           | 0           | 2           | 1           | 3           |
| SEGURIOS DEL ESTADO             | 0           | 0           | 7           | 3           | 0           |
| AGRICOLA                        | 8           | 0           | 9           | 0           | 1           |
| OTRAS                           | 10          | 0           | 0           | 0           | 4           |

Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

El cuadro anterior muestra por cada año las compañías aseguradoras que utilizaron las ARS para el manejo de las pólizas de alto costo. De la información reportada puede observarse una importante variación en cuanto a las compañías que han contratado este tipo de pólizas. Si se analizan todos los años se puede observar que ninguna compañía mostró continuidad respecto de sus clientes o visto de otra forma, hubo entre las ARS frecuentes cambios en cuanto a la compañía aseguradora. Esto de por sí resulta ser de alguna forma atípico en el comportamiento de los seguros donde precisamente la fidelidad se premia a través de descuentos en las futuras primas. Se trata entonces de un mercado inestable cuyas causas pueden encontrarse en cualquiera de los extremos de la relación contractual, pero que de todos modos representa una ausencia de continuidad que puede tener su origen en el hecho de que es un mercado que está en pleno surgimiento.

Dentro de los criterios que se efectuaron para la aplicación del valor individual de la póliza y el valor del deducible en la póliza contratada para el año 2000 se encontró que en el 34.38% de los casos se utilizó el criterio por paciente/diagnóstico/año, en el 21.88% el criterio por paciente/evento y en el mismo porcentaje el criterio por paciente. El criterio por paciente/diagnóstico se utilizó en el 6.25% y otros criterios en el 15.63%.

**Grafico 40.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Se observa la primacía del criterio por paciente/diagnóstico/año, el cual posibilita que se cubran desde el punto de vista económico todas las atenciones asociadas a un diagnóstico de enfermedad de alto costo durante la vigencia de la póliza. Esta modalidad, de hecho, facilita la relación entre las ARS y la aseguradora en consonancia con la forma en que se encuentra construido el POS-S<sup>19</sup>.

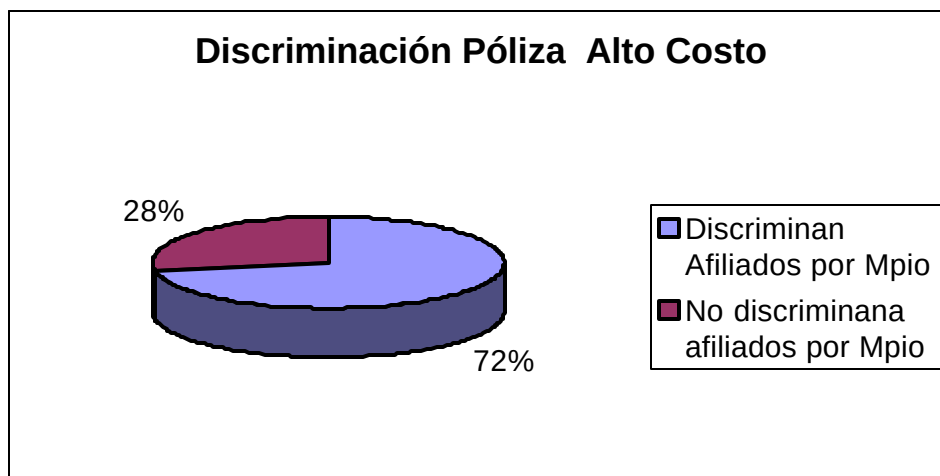
El 94.59% de las ARS tienen una póliza global para el manejo de estas enfermedades, donde se incluyen todas las EPS. El 2.7% de las Cajas y el 2.7% de las Solidarias no cuentan con póliza global. Obviamente las ARS han entendido que el volumen es esencial en el negocio del aseguramiento y muy seguramente la misma presión del mercado relacionada con el valor de las primas ha hecho que se imponga esta modalidad de contratación.

Pero al mirar si dentro de esta modalidad se discriminan los afiliados amparados por municipio se encontró que solo en el 71.53% de los casos se hace. El 28.57% que no discrimina los afiliados por municipio se representa en un 8.57% de CCF y un 20% de ESS. La no discriminación de afiliados por municipio constituye un incumplimiento contractual<sup>20</sup>, cuya principal consecuencia consiste en la imposibilidad de verificar en forma efectiva si los afiliados de un determinado contrato se encuentran cubiertos o no.

<sup>19</sup> El acuerdo 72 del CNSSS sobre los contenidos del POS-S optó por la fórmula de definir los contenidos del alto costo asociados a diagnósticos que incluyen la atención integral de los pacientes.

<sup>20</sup> En la Minuta modelo del contrato del régimen subsidiado elaborada por el Ministerio de Salud se establece que cuando la póliza sea global deberá discriminar los afiliados del municipio.

**Grafico 41.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

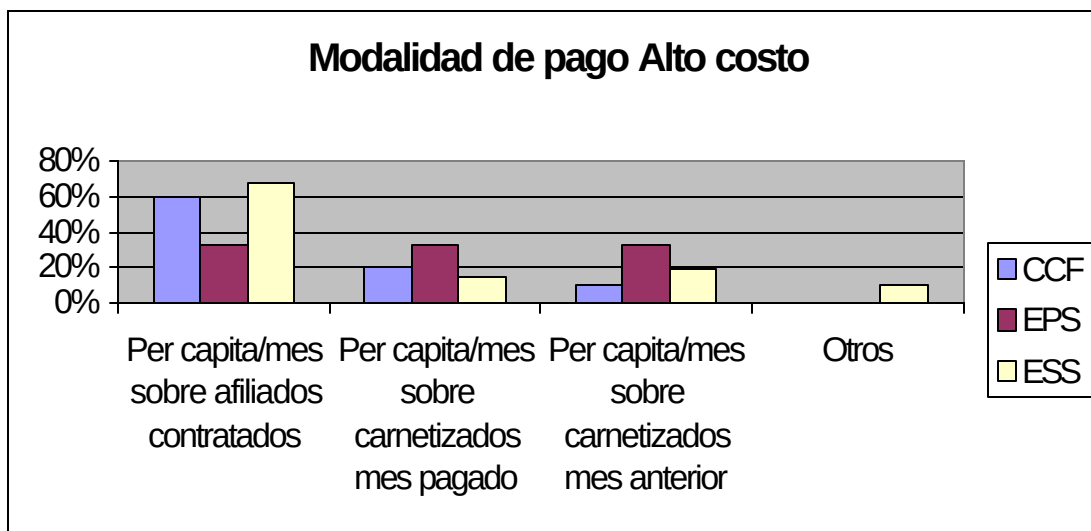
Las pólizas globales presentan un inconveniente para los municipios debido a que estos últimos no tienen la información sobre el número de afiliados totales de la ARS, por lo que en determinado momento un póliza puede ser utilizada para amparar diferentes contratos, sin que exista un cubrimiento total de los afiliados a la ARS. Sin embargo, en este caso las que más pueden verse afectadas son las compañías aseguradoras ya que si por cada póliza no se presenta un anexo de afiliados, discriminado por municipio, la póliza permitiría la inclusión de cualquier afiliado siempre y cuando no se supere el número de personas contratadas, lo cual por supuesto es de prácticamente imposible ocurrencia.

En cualquier caso dentro de las negociaciones, las aseguradoras deben tener esto presente y para el caso de los municipios es esencial que se solicite a la ARS el anexo discriminando los afiliados cubiertos por la póliza, lo que al parecer no se está haciendo en muchos de los casos.

Sobre el criterio utilizado para el pago de la póliza se encontraron los siguientes resultados: El 61.76% de las ARS lo hace per capita/mes sobre el total de los afiliados contratados, el 17.65% lo hace per capita/mes sobre el total de carnetizados hasta el mes pagado, el 17.65% lo hace per capita/ mes sobre el total de carnetizados hasta el mes anterior y el 2.94% sobre otros criterios.

Por tipo de ARS se comportan de la siguiente manera: el 60% de las Cajas, 33.33% de las EPS y 66.67% de las ESS con el primer criterio, el 20% de las Cajas, 33.33% de las EPS y 14.29% de las ESS con el segundo criterio, el 10% de las Cajas, 33.33% de las EPS y 19.05% de las ESS con el tercer criterio. El 10% de las Cajas utiliza otro criterio.

Grafico 42.



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Estos datos denotan una distorsión en la contratación de alto costo como quiera que en la mayoría de los casos las ARS están pagando a la compañía aseguradora el valor del aseguramiento de unas personas por las cuales no reciben la UPC-S por parte de la entidad territorial. El pago de la UPC-S a la ARS esta condicionado a la carnetización de los afiliados de tal suerte que afiliado no carnetizado es afiliado que debe descontarse del valor del contrato<sup>21</sup>. Este menor valor del aseguramiento debería transferirse a la compañía aseguradora por cuanto la ARS está pagando el alto costo de unos afiliados por los que no recibe UPC-S. Obviamente esto hace parte de las negociaciones entre las ARS y las compañías de seguros.

De igual manera se observa que las CCF y las ESS son las que en mayor proporción pagan por afiliado contratado mientras que las EPS lo hacen en menor proporción.

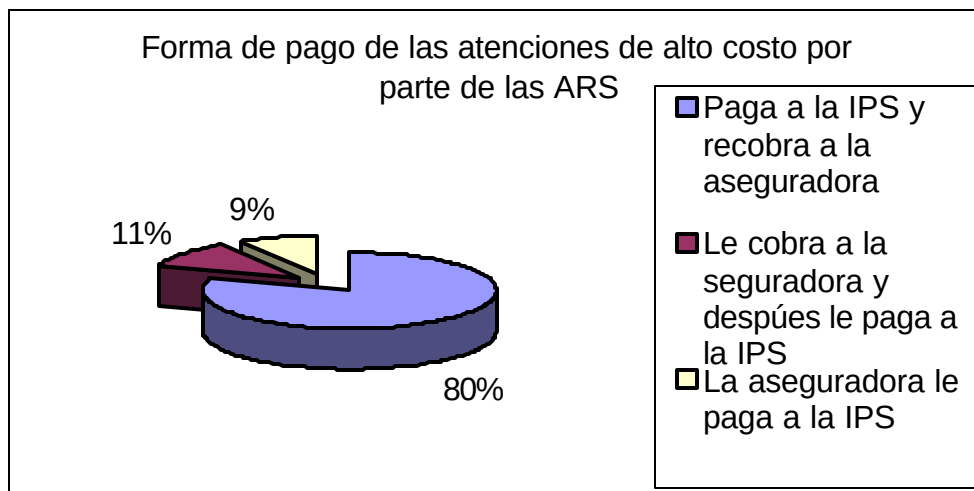
A pesar de lo anterior debe tenerse en cuenta que la no carnetización de los afiliados, no exime a las ARS de la obligación de prestar los servicios cuando algún afiliado incluido en el contrato los demande<sup>22</sup>. Esto representa una especie de sanción para la ARS. En esa medida el pago de la póliza por los afiliados contratados también puede verse como un mecanismo de protección de la ARS para los eventos en que se presenten atenciones de alto costo para los afiliados no carnetizados, aunque obviamente ello les representa un mayor valor que deben cubrir con las UPC-S disponibles.

<sup>21</sup> El primer mes del contrato se paga pleno independientemente de la carnetización de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 77 del CNSSS y la circular conjunta 018-074 del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

<sup>22</sup> Acuerdo 77 del CNSSS, art.18.

Indagando sobre los procedimientos empleados para el pago de los siniestros de alto costo se encontraron los siguientes resultados: El 80.56% de las ARS le paga a la IPS y recobra a la aseguradora, el 11.11% de las ARS le cobra a la aseguradora y posteriormente le paga a la IPS y en el 8.33% de las ARS, el pago se hace directamente de la aseguradora a la IPS. En este ultimo caso solo se encuentran Empresas Solidarias.

**Grafico 43.**

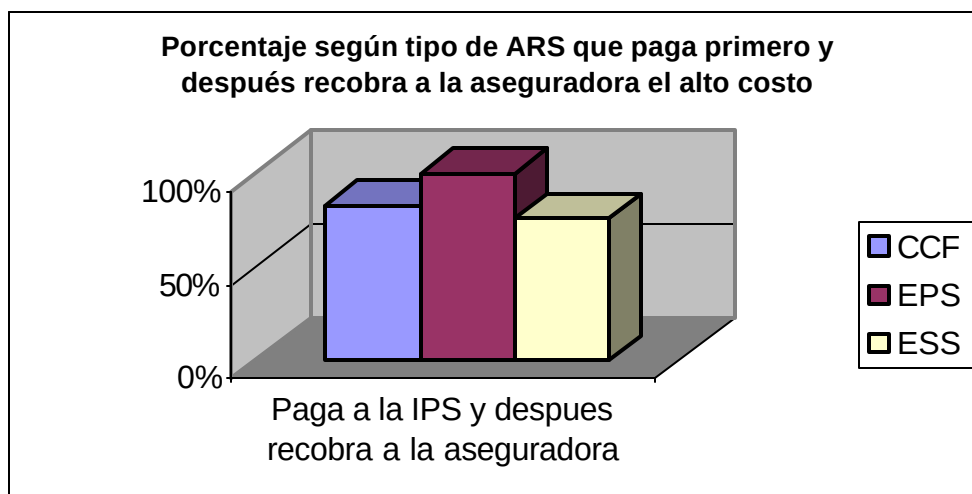


Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

En general se observa que en la mayoría de los casos el procedimiento se surte conforme debe ser, de acuerdo a la naturaleza de las obligaciones pactadas entre la ARS y las IPS y entre las ARS y las aseguradoras. Es así que entre la ARS e IPS existe un contrato de prestación de servicios y en la medida en que el servicio haya sido prestado debe ser pagado a la IPS. Lo que le corresponde a la ARS es verificar si en efecto el servicio fue prestado y si el afiliado tenía derecho, por estar la atención dentro de los contenidos del POS-S. Esta obligación no puede delegarse en la compañía aseguradora por cuanto entre esta y la IPS no existe relación alguna o mejor, no existe ningún contrato de por medio. Quien suscribe la póliza de alto costo y asegura estos eventos es la ARS y no la IPS y en consecuencia si la IPS prestó los servicios no puede verse afectada por las diferencias o dificultades que se presenten entre la ARS y la aseguradora.

Por esta razón los otros dos procedimientos diferentes al mayoritario no deberían presentarse, aunque al respecto no existe una normatividad específica. Finalmente hay que anotar que sólo el 83.33% de las Cajas y el 76.19% de las solidarias aplica el procedimiento que se considera aquí como correcto, entre tanto que las EPS lo aplican en un 100%.

Grafico 44.



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

El comportamiento de la siniestralidad y los pagos se produjo de la manera como se expresa en los cuadros que siguen a continuación, anotando que las EPS no reportaron información.

Comportamiento de las CCF para los años 1997-2000.

|                                 | 1997          | 1998            | 1999            | 2000            |
|---------------------------------|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Número de siniestros avisados   | 248           | 609             | 768             | 290             |
| Número de siniestros reclamados | 124           | 294             | 470             | 177             |
| Valor de siniestros reclamados  | \$772.200343  | \$1.795.524.624 | \$2.382.398.087 | \$1.521.287.311 |
| Valor en trámite                | \$30.273873   | \$64.355.957    | \$248.902.391   | \$1.057.966.035 |
| Valor pagado                    | \$562.087540  | \$1.093.821.247 | \$1.706.146.158 | \$351.164.857   |
| Valor negado                    | \$131.345.777 | \$243.326.254   | \$206.566.559   | \$42.840.006    |
| Valor pendiente de pago         | \$12.273.873  | \$380.355.957   | \$195.470.552   | \$1.023.113.590 |

Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Comportamiento de las ESS para los años 1997-2000

|                                 | 1997          | 1998            | 1999            | 2000            |
|---------------------------------|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Número de siniestros avisados   | 86            | 1.760           | 1.390           | 1.736           |
| Número de siniestros reclamados | 78            | 1.561           | 1.390           | 886             |
| Valor de siniestros reclamados  | \$341.291.112 | \$1.788.072.685 | \$3.015.887.388 | \$3.742.087.254 |
| Valor en trámite                | \$11.869.727  | \$796.615.746   | \$742.977.712   | \$1.333.493.247 |
| Valor pagado                    | \$84.526.666  | \$734.956.789   | \$1.300.339.520 | \$1.116.270.469 |
| Valor negado                    | \$10.000.000  | \$156.168.663   | \$163.756.910   | \$258.445.791   |
| Valor pendiente de pago         | \$246.764.443 | \$745.534.199   | \$553.846.493   | \$876.652213    |

Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Esta información ofrece las siguientes conclusiones.

Se evidencia para el caso de las CCF y ESS, en términos generales, un incremento sostenido anual en cuanto al número de avisos y reclamaciones, por concepto de las enfermedades de alto costo. Es importante anotar en relación con los datos del año 2000 que las encuestas se

practicaron durante el segundo semestre del año 2000 y por consiguiente los datos reportados pueden ser considerados como del primer semestre del 2000, lo cual si se analiza con el comportamiento de los otros años y se estima que el primer semestre equivale al 50%, se notará el incremento anual.

Este incremento también se ve reflejado en el valor de las reclamaciones, las que crecieron en términos reales, descontado el factor inflacionario.

Estos datos de por sí solos resultan indicadores de muchas circunstancias. En primer lugar los índices de morbi-mortalidad ni indican variaciones importante en el perfil epidemiológico de la población, por lo que el comportamiento de las enfermedades de alto costo y por consiguiente el de las reclamaciones ante las aseguradoras debería tener en comportamiento más o menos estable en los diferentes años, sin embargo lo que se aprecia es un crecimiento significativo de año a año. Ello presupone entonces que las reclamaciones y avisos en los primeros años de funcionamiento del régimen subsidiado fueron bastante bajos, lo que a su vez puede ser un indicador de la demanda de servicios de la población afiliada y del verdadero acceso a los mismos. Los datos evidencian un crecimiento de la demanda o por lo menos un crecimiento en la atención de este tipo de patologías.

De otro lado, es posible que la afinación de los diferentes procesos haya implicado que al inicio las reclamaciones hayan sido tan bajas y por ende resulta bastante probable que las compañías aseguradoras hayan hecho un muy buen negocio en los primeros años al vender este tipo de pólizas. En la actualidad la demanda parece haber llegado a un volumen importante, lo cual entre otras circunstancias puede obedecer a lo que se ha mencionado en otro de los apartes de ésta investigación sobre la selección adversa de afiliados que hacen las entidades territoriales, al no aplicar los criterios de selección de afiliados establecidos en el Acuerdo 77 del CNSSS relativos al tipo de población, sino priorizando la inclusión de los más enfermos frente a los sanos. Esto por supuesto es nefasto para cualquier modelo de aseguramiento que no haya llegado a su cobertura total, por cuanto implica una desviación en las frecuencias de uso de los servicios. Las frecuencias utilizadas para la construcción del valor de la UPC-S presuponían las condiciones medias de la población colombiana en relación con su perfil epidemiológico.

Obviamente las decisiones de las entidades territoriales en tal sentido implican cargar una serie de atenciones al subsidio a la demanda y liberar al subsidio a la oferta de esta prestación de servicios.

Otra de las relaciones que llama la atención por la diferencia entre las cifras es la relativa a los siniestros reclamados frente a los efectivamente pagados ya que los últimos siempre están significativamente por debajo de los primeros. Así por ejemplo para el año 99 las CCF presentaron reclamaciones por \$2.382.398.087 y obtuvieron pagos por \$1.706.146.158, y las ESS para el año 99 hicieron reclamos por \$3.015.887.388 y obtuvieron pagos por \$1.300.339.520. Esta diferencia implica una falta de correspondencia importante entre lo que se reclama y lo que finalmente se paga lo que puede obedecer a diversas causas, como la presentación de reclamaciones no pertinentes o la negativa sostenida de las aseguradoras para efectuar los reconocimientos. Sin importar las causas, que pueden ser conjuntas, la verdad es que ello implica por lo menos unos elevados costos de transacción para las partes involucradas, en la realización de procesos finalmente infructuosos. Este costo administrativo



representa una verdadera pérdida económica y en disponibilidad del recurso humano, que finalmente soporta el sistema, por lo que resulta necesario que dichas cifras se acerquen mucho más, sin pensar que necesariamente deben ser iguales, porque siempre habrán diferencias entre las ARS y las compañías aseguradoras, pero estas deben ser mucho menores.

Las cifras también evidencian un lento flujo de los recursos en esta materia, ya que el concepto de valores pendientes de pago para cada año tiene valores no despreciables. Por ejemplo para el año 98 las Cajas reportan valores pendientes de pago por \$380.355.957 y las ESS por \$745.534.199. Si bien para el año 2000 estos valores son mucho mayores, no pueden ser tomados en cuenta como parámetro de comparación porque a la fecha de las encuestas el año no había terminado y por ende las cifras eventualmente sufrieron modificaciones. Pero el año 98 si es bastante representativo, precisamente por el tiempo transcurrido hasta la fecha. Esto implica un costo financiero que va en detrimento de las ARS y favorece a las aseguradoras y que finalmente puede repercutir en las IPS que son las últimas en la cadena de pagos y que en muchos de los casos sufren el costo financiero por la inoportunidad en el flujo de los recursos, que le transmiten los otros actores del Sistema.

Los valores en trámite que también son importantes, (\$248.902.391 para las Cajas en el 99 y \$742.977.712 para las ESS en el 99) denotan una lentitud en los trámites administrativos necesarios para efectuar los recobros, que viene a sumarse a los otros factores anotados y que implican un flujo de recursos bastante lento en el tema del reconocimiento y pago de las enfermedades de alto costo.

### 1.3.5 MANEJO DE LOS ENCARGOS FIDUCIARIOS PARA LAS ESS

El artículo 45 del Acuerdo 77 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud dispuso que para el manejo de los recursos del régimen subsidiado las Empresas Solidarias de Salud, deberán constituir un encargo fiduciario.

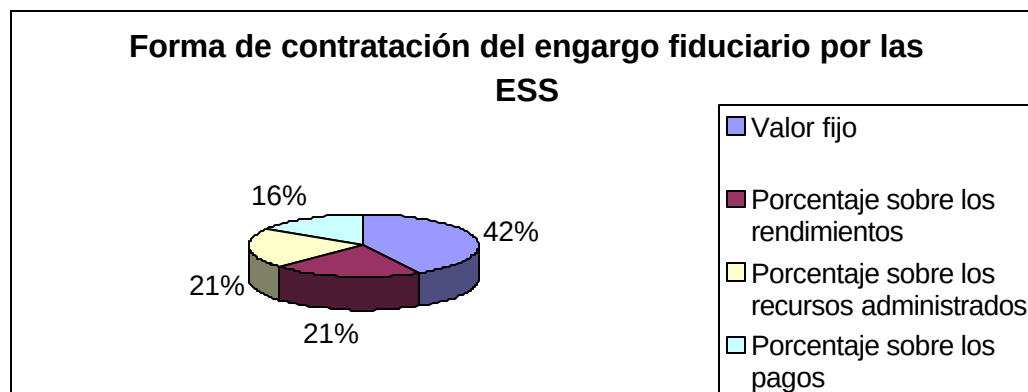
Este artículo fue objeto de un amplio debate en los proyectos previos a la expedición del Acuerdo 77. Al inicio del programa empresas solidarias se había previsto que para el manejo de los recursos, estas empresas deberían constituir un encargo fiduciario, como quiera que se trataba de un programa de empresas comunitarias impulsado por el gobierno donde la comunidad participante no contaba con todos los elementos gerenciales para administrar los recursos. Sin embargo, una vez las empresas surgieron y se consolidaron, muchas de ellas alegaron<sup>23</sup> que este requisito debía ser suprimido, ya que consideraban que habían logrado una “mayoría de edad” que no justificaba la participación de otro tipo de entidades en el manejo de los recursos. Adicionalmente manifestaron que en muchos de los casos el conocimiento técnico sobre la operación del régimen subsidiado era superior en las ESS que en las Fiduciarias. En ese orden de ideas consideraban la disposición como una discriminación frente a los otros dos tipos de ARS ya que ni a las EPS ni a las CCF se les exigía la constitución del encargo fiduciario.

<sup>23</sup> En los encuentros en la Casa del Molino para discutir el proyecto de Acuerdo que posteriormente se expidió con el número 77 los representantes de las ESS manifestaron esta inquietud.

Finalmente, la norma se mantuvo con el propósito de que fuera una discriminación a favor de las empresas, que les permitiera consolidarse aún más y mejorar todos sus procesos administrativos y de manejo de los recursos.

Como modalidades de contratación y pago a las sociedades fiduciarias encontramos las siguientes: El 42.11% de las ESS lo hacen por un valor fijo mensual, el 21.05% como un porcentaje sobre los rendimientos, el 21.05% como un porcentaje sobre los recursos administrados y el 15.79% como un porcentaje sobre los pagos.

**Grafico 45.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Debe anotarse que la norma en cuestión establece la constitución de un encargo fiduciario, figura que se diferencia de la constitución de una fiducia en la medida en que el primero constituye una especie de mandato donde la sociedad fiduciaria recibe ordenes de la ESS para la ejecución de los recursos y realización de los pagos, mientras que el segundo sí representa la constitución de un patrimonio autónomo que maneja la fiduciaria con el fin de invertir los recursos recibidos y maximizar su rendimiento.

Por ello, las fiduciarias en este caso, no pueden convertirse como otro agente intermediario dentro del Sistema, sino que sus obligaciones deben limitarse al manejo de los recursos con el mayor aprovechamiento financiero que pudieran obtener, dado precisamente el conocimiento profesional que tienen este tipo de entidades en el manejo de recursos.

De esta forma llama la atención que el mayor porcentaje de las ESS contraten por un valor fijo mensual, lo que de alguna manera no estimula a las fiduciarias a maximizar la inversión de los recursos. La forma de pago predominante debería ser un porcentaje sobre los rendimientos financieros de tal suerte que finalmente el costo de administrar los recursos a través de encargo fiduciario no representara un mayor valor dentro de los costos propios de administración que tienen las ESS. Si los rendimientos son importantes y la fiduciaria recibe un porcentaje de los mismos, se hace un uso eficiente de los recursos, pero si se paga por el monto de los recursos administrados o sobre el volumen de pagos, puede resultar un mayor costo administrativo.

Durante 1999, según la muestra, se hicieron pagos a las fiduciarias por valor de \$77.290.947 y administraron un promedio mensual de recursos equivalente a \$2.535.633.609, generando rendimientos para el último año por valor de \$96.987.442. Esto demuestra que el valor agregado de las fiduciarias no está representado un costo para el Sistema toda vez que los rendimientos financieros han sido superiores a los pagos. En cualquier caso debe considerarse que estos rendimientos pueden obedecer al retraso en el flujo de los recursos hacia los prestadores, en especial de las ESS, como se evidencia en la parte correspondiente al análisis financiero comparativo, por lo que no tendría mucho sentido que los rendimientos se originasen como consecuencia de la permanencia de dichos recursos en manos de la fiduciaria cuando se requiere que fluyan con mayor rapidez hacia los prestadores.

Adicional al manejo puramente financiero de los recursos, las fiduciarias suplen el área jurídica de las ESS en un 16.7%, el área contable en un 44.4%, el área de tesorería en un 33.3% y otras en un 12.%. Pese a lo bajo que puedan resultar estos porcentajes, ellos sí implican un apoyo administrativo considerable al desarrollo de las Empresas Solidarias.

### 1.3.6 SISTEMAS DE INFORMACION

El Sistema de Información de las ARS se constituye en la principal herramienta que les permite operar adecuadamente el régimen subsidiado, dada la complejidad de los procesos y el número de variables que se deben manejar.

En consecuencia se indagó sobre la existencia de sistemas integrales de información que permitiera el manejo de los procesos cruciales o críticos del régimen subsidiado.

En las Cajas se encontró la siguiente información:

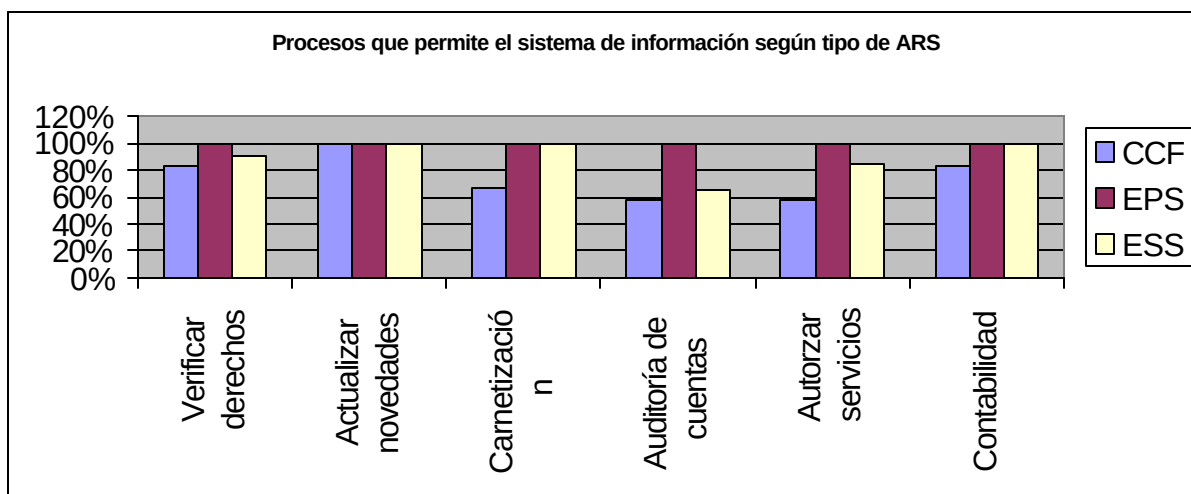
Para el 83.3% el sistema permite la verificación de los derechos de los afiliados, para el 100% permite la actualización de novedades, para el 66.7% permite el seguimiento a la carnetización, para el 58.3% permite la auditoría de cuentas médicas, para el 58.3% permite la autorización de servicios, para el 83.3% permite la contabilidad y para el 16.7% permite otras actividades.

Para el 100% de las EPS el sistema de información permite el manejo de todos los procesos descritos.

En las ESS se encontró la siguiente información:

Para el 90% permite la verificación de derechos de los afiliados, para el 100% la actualización de novedades, para el 100% el seguimiento a la carnetización, para el 65% la auditoría de cuentas médicas, para el 85% la autorización de servicios, para el 100% la contabilidad y para el 15% otras actividades.

**Grafico 46.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Estos resultados indican que el mejor desarrollo en sistemas de información lo poseen las EPS, quienes manejan todos sus procesos en forma sistematizada.

Por el lado de las Cajas se presentan las deficiencias más significativas en las áreas de auditoría de cuentas médicas y de autorización de servicios. Respecto de la primera de las áreas debe tenerse en cuenta que si bien es un proceso importante, la sistematización no es vital y su falencia implica un arduo trabajo manual y de costos laborales, pero que puede ser suplido con personal capacitado. La segunda de las áreas sí puede generar mayores tropiezos en el funcionamiento de la entidad e inexactitud en la información que se maneje, ya que la autorización de servicios en esencia va ligada a la base de datos de afiliados, por lo que la no sistematización de este proceso implica la utilización de herramientas como las autorizaciones vía telefónica u otras que además de tener un importante margen de error hacen más dispendiosa la labor y menos ágil la prestación al usuario, cuando no se traduce en mayores trámites administrativos para el afiliado y desplazamientos para obtener autorizaciones que en otros casos se pudiesen expedir en forma automática.

En menor porcentaje presentan falencias en las áreas de verificación de derechos de los afiliados, de seguimiento a la carnetización y de contabilidad, pero no por ello de menos trascendencia que las citadas anteriormente, sino por el contrario, tal vez de mayor impacto para el buen funcionamiento de la entidad. Sin un buen control sistematizado de la comprobación de derechos y de la carnetización, se afecta el “corazón” mismo del funcionamiento de la entidad que es sin duda el afiliado. Cuando no existe control del afiliado no existe control del negocio, de manera que se pueden estar prestando servicios sin que haya lugar a ello o negando servicios en detrimento de los afiliados que sí tienen derecho, adicionalmente a que la carnetización determina el cobro de las UPC-S a la entidad territorial por lo que cualquier deficiencia en ese sentido afecta directamente las finanzas de la institución.

Las Empresas Solidarias al igual que las CCF muestran sus mayores deficiencias en las áreas de auditoría de cuentas médicas y de autorización de servicios, por lo que se hacen

extensibles los mismos comentarios que se aplican a las ARS. A diferencia de las Cajas las ESS presentan mayores desarrollos en las otras áreas y solo un 10% reporta no tener un sistema de información integral para la verificación de derechos de los afiliados, por lo que en estos procesos críticos se encuentran en mejor situación.

Definitivamente las EPS reportan el mejor desarrollo en sistemas de información, seguidas por las ESS. El menor desarrollo en esta materia es reportado por las Cajas de Compensación Familiar.

El 100% de las EPS cuentan con un sistema de auditoría a los sistemas de información, mientras que dicha auditoría solo la tienen el 72.73% de las Cajas y el 57.14 de las Solidarias. Esto corrobora la afirmación anterior, pero en contraposición las Cajas tienen un mayor porcentaje en este aspecto que las ESS.

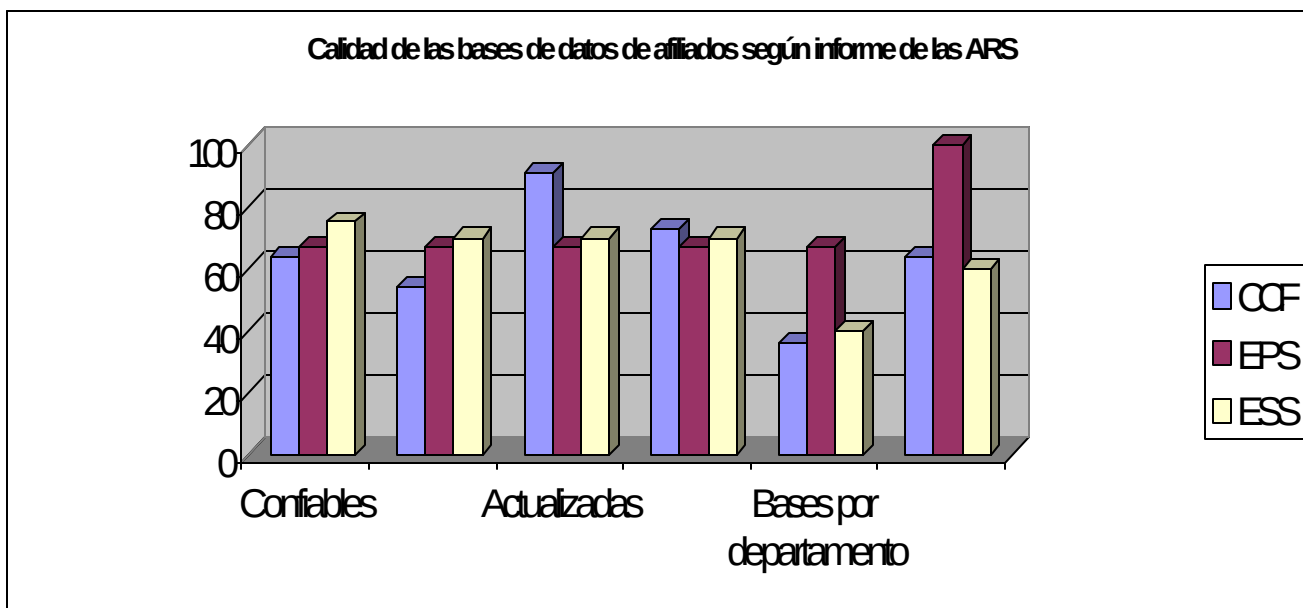
También se indagó sobre las bases de datos de los afiliados que como se mencionó son esenciales para el buen funcionamiento de cualquier ARS.

Por parte de las Cajas, el 63.6% reportó contar con bases de datos confiables, el 54.5% manifestó que están depuradas, el 90.9% que están actualizadas, el 72.7% que cuentan con una sola base de datos centralizada, el 36.4% que cuentan con una base de datos por departamento y el 63.6% que las bases de datos están a disposición del nivel local.

El 66.7% de las EPS reportó que las bases de datos son confiables, están depuradas, están actualizadas, cuentan con una sola base de datos centralizada, y cuentan con una base de datos por departamento. El 100% de las EPS reportó que las bases de datos están a disposición del nivel local.

Para las ESS el 75% reportó que son confiables, el 70% que están depuradas, que están actualizadas y que manejan una sola base de datos centralizada. El 40% manifestó que manejan bases de datos por departamento y el 65% que están a disposición del nivel local.

**Grafico 47.**



**Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000**

En términos generales, sobre los aspectos indagados de la base de datos de afiliados, se observan porcentajes importantes sobre la confiabilidad, depuración y actualización. Pero si tenemos en cuenta la importancia de una base de datos de óptima calidad para el correcto funcionamiento de las ARS, podremos concluir que estos porcentajes no son satisfactorios. En este aspecto debe tenerse en cuenta que la calidad de la base de datos de afiliados no es un aspecto que en forma exclusiva dependa de la ARS, ya que la información primaria de potenciales beneficiarios y el listado anexo de afiliados por contrato son insumos que suministran las entidades territoriales, las cuales en ocasiones no manejan una información confiable o suministran información con errores que se traducen a la información manejada por las ARS.

De todas formas las ARS deben realizar al interior de sus organizaciones la depuración y actualización de la base de datos, porque finalmente todos los procesos adelantados por la organización (prestación de servicios, contabilidad, promoción y prevención, reporte de novedades, etc) están ligados a la base de datos de afiliados. Por estas razones no se consideran alagadores los porcentajes relacionados con la calidad de las bases de datos, los cuales deberían ser superiores al 90% y ello puede obedecer a la carencia de un sistema de información único del Sistema de Seguridad Social en Salud en el país.

El Gobierno Nacional ha adelantado esfuerzos<sup>24</sup> en este campo, pero han sido insuficientes por cuanto en la actualidad no existe el Sistema de Información del Sistema de Seguridad

<sup>24</sup> Las Resoluciones 2390 y 2546 proferidas por el Ministerio de Salud en 1998 (cuatro años después de la reforma) fueron los primeros esfuerzos por organizar una información unificada para el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud.

Social, y por ende para lograr que la calidad de la información que manejen las ARS sea la deseada debe impulsarse desde el nivel central la creación de un sistema único donde todos los actores sean usuarios de una misma información.

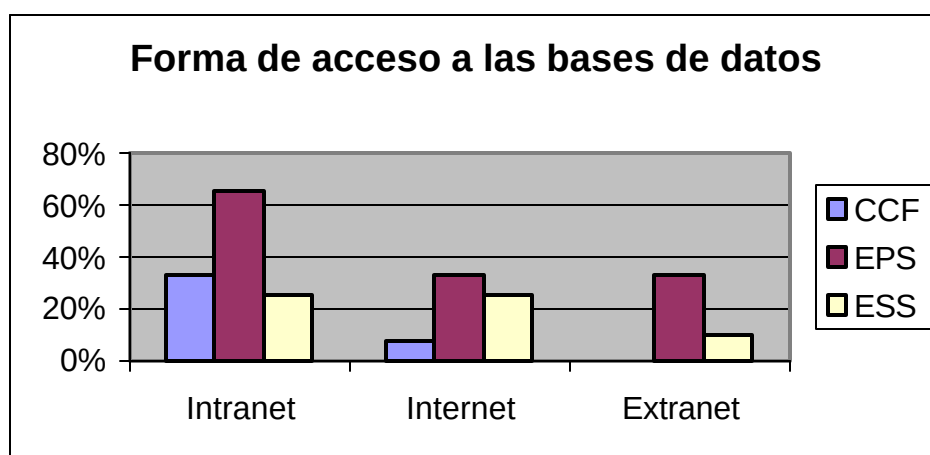
La accesibilidad a las bases de datos se realiza para las CCF a través de intranet en un 33.3%, de internet en un 8.3% de diskette o CD en un 50%, por listado impreso en un 41.7% , por llamada telefónica en un 50% y por ninguno de estos en un 20%.

Para las EPS la accesibilidad se realiza por intranet en un 66.7%, por internet en un 33.3%, por extranet en un 33.3%, por diskette o CD en un 100%, por listado impreso en un 66.7% y por llamada telefónica en un 66.7%.

Las ESS tienen accesibilidad por intranet en un 25%, por internet en un 25%, por extranet en un 10%, por diskette o CD en un 55%, por listado impreso en un 65%, por llamada telefónica en un 50% y por ninguno de estos en un 30.8%.

Las principales formas de acceso en red a las bases de datos se comportan así:

**Grafico 48.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

En una primera mirada esta información implica el menor desarrollo de las Solidarias y de las Cajas frente a las EPS en el tema de del uso de medios tecnológicos de comunicación para acceder las bases de datos de afiliados, en la medida en que el intranet, el internet y el extranet, tienen una baja participación en estos dos tipos de entidades.

Al margen de ello, lo más representativo de la información es que todas las ARS emplean diversos medios al interior de sus organizaciones para acceder a las bases de datos de afiliados. Esto es fiel reflejo de la ausencia de un sistema de información unificado para el régimen subsidiado y de manera especial, de un sistema unificado de comunicación de la información entre los diferentes actores del sistema.

El uso dado a las conexiones de internet por tipo de ARS se presenta de la siguiente manera: El 100% de las Cajas los usa para correo electrónico, el 33.3% para autorización de servicios,



el 44.4% para manejo de base de datos y el 12.5% para otros usos. El 100% de las EPS usan el internet para correo electrónico y para red de autorización de servicios; el 50% para manejo de base de datos. Las Solidarias usan el internet en un 80% para correo electrónico, en un 5% para autorizaciones de servicios, en un 30% para manejo de base de datos y en un 27.8% para otros usos.

El uso de internet representa mayores ventajas para las EPS que para los otros tipos de ARS, en aspectos diferentes a las ventajas comunes que posee la herramienta para todos los usuarios, como el caso del correo electrónico. El uso de internet para las solidarias es bastante bajo especialmente para el manejo de autorizaciones de servicios, mientras que las EPS reportan que par este proceso usan el internet en un 100%. Este aspecto mantiene la tendencia en cuanto al desarrollo y utilización de medios tecnológicos por parte de las ARS, mostrando a las EPS como líderes en este campo con importantes diferencias sobre las CCF y las ESS.

### 1.3.7 PLANEACION

La planeación es un instrumento moderno de todas las organizaciones para avanzar exitosamente en el logro de sus objetivos. Por esta razón se indagó sobre estos aspectos al interior de las ARS obteniendo los siguientes resultados:

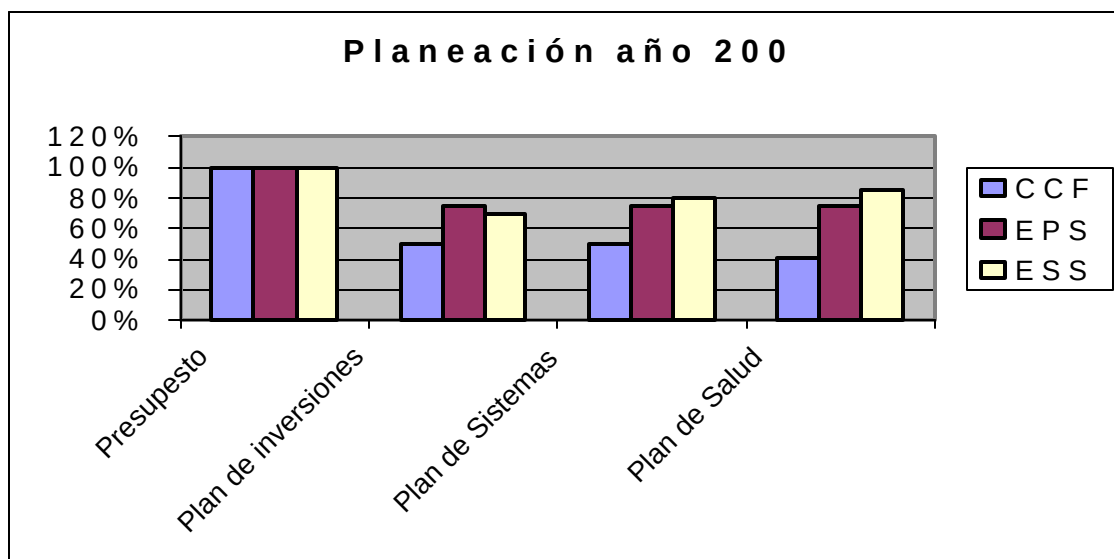
Para el año 2000 el 100% de las Cajas cuenta con presupuesto anual, el 50% con plan operativo de inversiones, el 50% con plan estratégico de sistemas de información, el 41.7% con plan de salud y en el 33.3 % de los casos los planes están articulados al PAB y al Plan Local e Salud.

Para el mismo año el 100% de las EPS cuenta con presupuesto anual, el 75% con plan operativo de inversiones, plan estratégico de sistemas de información y plan de salud. En el 100% de los casos los planes están articulados al PAB y al plan local de salud.

Para el 2000 el 100% de las ESS cuenta con presupuesto anual, el 70% con plan operativo de inversiones, el 80% con plan estratégico de sistemas de información, el 85% con planes de salud y en el 65% de los casos los planes están articulados al PAB y al plan local de Salud.



**Grafico 49.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

En efecto, el presupuesto es tradicionalmente una de las principales herramientas de la planeación y así lo han entendido todas las ARS ya que cuentan con un presupuesto para el año 2000. En los otros aspectos las participaciones son mucho menores aunque las EPS y las Solidarias muestran mayor preocupación por la planeación que las Cajas. No mucha importancia parece dársele al plan de salud frente a la importancia que se le otorga al presupuesto, lo cual puede traducirse en la preeminencia de un enfoque económico en el manejo de la institución frente al tema fundamental de la prestación de servicios a sus afiliados. El Plan de salud permite organizar la forma en que se van a satisfacer los derechos de los usuarios, es decir, la forma en que se prestará el POS-S, lo cual parece estar en un segundo plano y posiblemente implique que la visión del afiliado no sea la visión de un cliente que debe estar satisfecho.

De especial consideración es el hecho de que el 100% de las EPS manifiestan que los planes están articulados con el municipio, cuando este porcentaje es del 65% para las solidarias y tan solo del 33% para las Cajas. Uno de los principales inconvenientes que parece tener el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud es la desarticulación de los planes de beneficios a cargo de los diferentes actores y en materia específica del régimen subsidiado la desarticulación entre los planes de la ARS y los del municipio. Por esta razón el reporte de las EPS resulta sorprendente por cuanto ello implica en un trabajo articulado en los diferentes municipios donde participan lo que sin lugar a dudas redundará en beneficios para la población afiliada. Las Cajas por su parte muestran una muy pobre coordinación en esta materia, que hace pensar que están actuando en forma aislada del contexto dentro del cual deben moverse. Contrario a lo que expresan las ARS la percepción de las entidades territoriales en esta materia es que no están adelantando las acciones de promoción y prevención, por lo que sí esta es la percepción no parece razonable que en efecto los planes estén articulados con las entidades territoriales.

## • El Decreto 1804

Con la expedición del Decreto 1804 se introdujeron unos nuevos requisitos para el funcionamiento de las ARS. El mencionado decreto ha generado no pocas polémicas en cuanto a su contenido y la interpretación de los diferentes artículos<sup>25</sup>. Pero dejando de un lado las bondades o errores que pueda tener este Decreto, lo cierto es que se constituyó en una ruptura frente a los planes de las diferentes ARS, en la medida en que estableció una serie de requisitos significativos a los que deben acogerse estas entidades si desean continuar operando el régimen subsidiado. En ese orden de ideas ninguna Administradora del Régimen Subsidiado puede ser ajena a esta norma que determinará la permanencia o no de muchas de ellas.

Por estas razones se indagó sobre las acciones adelantadas por las ARS frente al Decreto 1804.

Sobre la presentación del plan de ajuste estipulado en el Decreto ante la Superintendencia Nacional de Salud se encontraron los siguientes resultados:

El 100% de las EPS y el 100% de las ESS presentaron el plan de ajuste. Tan solo el 55.6% de las Cajas lo presentó.

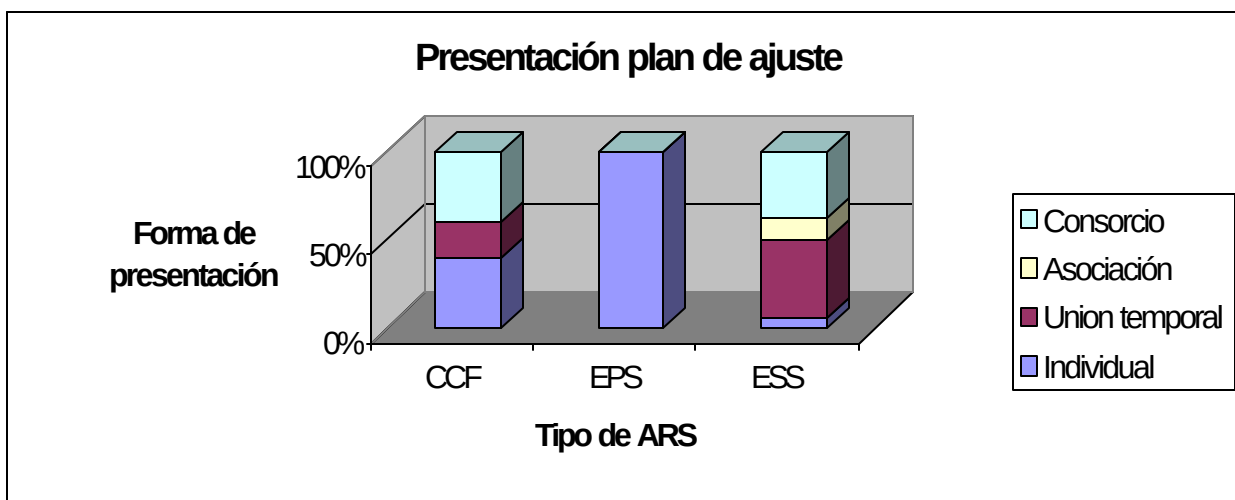
Teniendo en cuenta que ha transcurrido más de un año desde el momento en que se venció el plazo establecido en el Decreto para presentar el plan de ajuste<sup>26</sup> pudiera ser llamativo el bajo porcentaje de Cajas que lo presentaron. Sin embargo, debe tenerse presente que este plan estaba circunscrito al contenido del mencionado artículo y solo aplicaba a las entidades que no cumplieran con el mismo. De todas formas la Superintendencia Nacional de Salud instruyó a las ARS en el sentido de que el plan de ajuste debería contener todos los aspectos contemplados en el Decreto.

En lo relativo a la forma de presentación el 40% de las Cajas lo hizo en forma individual, el 20% como miembro de unión temporal y el 40% como miembro de consorcio. El 100% de las EPS lo presentó en forma individual y las Solidarias en un 6.3% en forma individual, 43.8% como unión temporal, 12.5% como asociación y 37.5% como consorcio.

<sup>25</sup> Como hecho indicativo debe anotarse que la Superintendencia Nacional de Salud le formuló consulta al Ministerio sobre la interpretación del Decreto, donde se formularon más de veinte interrogantes.

<sup>26</sup> El artículo 5° parágrafo 2° del decreto 1804 estableció que el plan de ajuste debería presentarse dentro de los dos meses siguientes a la vigencia del decreto. El Decreto entró en vigencia el 17 de septiembre de 1999.

**Grafico 50.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Estos datos para nada son sorprendentes, por cuanto el contenido del Decreto “afecta” (si se permite esta expresión) más a las Solidarias y a las Cajas que a las EPS en la medida en que estas últimas cuentan en su mayoría con el patrimonio mínimo que ya les había sido exigido para la constitución como EPS y adicionalmente en cuanto al número de afiliados tienen la posibilidad de computar hasta en un 20% el número de afiliados que tengan en el régimen contributivo para efectos de acreditar los 200.000 afiliados.

Por estas razones las Cajas y las Solidarias, especialmente éstas últimas deben propender por unirse entre sí para efectos de acreditar el patrimonio y el número mínimo de afiliados que exige el Decreto 1804.

Muchas de las Empresas Solidarias presentaron el plan de ajuste como parte de uniones temporales y consorcios cuando el decreto sólo hace mención para estas entidades de las posibilidades de fusionarse o asociarse.

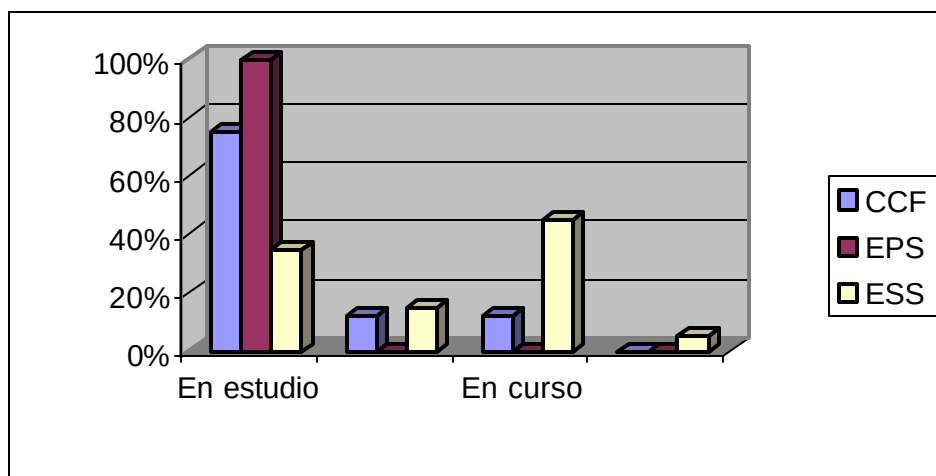
La posibilidad de asociación por su parte ha generado muchos conflictos por la ambigüedad del término, dentro del cual caben muchas figuras. A este respecto la Superintendencia Nacional de Salud ha asumido una posición más bien restrictiva que permisiva especialmente en el planteamiento efectuado por muchas de las ESS para asociarse en organizaciones de segundo grado a la luz de la ley cooperativa. Hasta la fecha parece que la Superintendencia continúa fijando su posición en el sentido de que prácticamente la única figura viable para las Solidarias es la de la fusión a pesar de que ciertamente el decreto otorga otra posibilidad.

De igual forma se indagó sobre el avance de la transformación para ajustarse al Decreto 1804 con los siguientes resultados:

El 75% de las Cajas afirmó que estaba en estudio, el 12.5% que estaba en aprobación y el 12.5% que estaba en curso. El 100% de las EPS manifestó que estaba en estudio. El 35% de

las ESS manifestó que estaba en estudio, el 15% en aprobación, el 45% en curso y el 5% como aprobada. (grafica 51)

**Grafico 51.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Tan solo el 5% de las ARS, representadas exclusivamente en Empresas Solidarias se ha ajustado al Decreto 1804. Es posible que para las EPS no haya necesidad de hacer ajustes y por tanto no figuran aquí como realizados. Pero para las Cajas y las Solidarias sí es indispensable ajustarse al Decreto por lo que el mínimo grado de avance en el proceso hace presumir que se va a presentar una situación caótica al vencimiento del plazo previsto en el Decreto que es el día 1° de abril del 2001. Por lo pronto no se ve la intención del Gobierno Nacional en Modificar la norma pero tampoco de las ARS en adaptarse lo que sin lugar a dudas afectará el normal funcionamiento del régimen subsidiado en el evento de persistir esta situación.

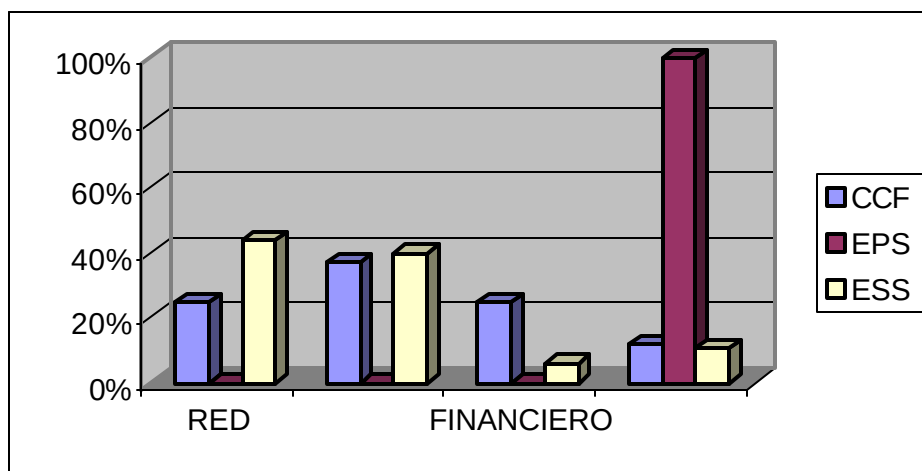
Las ARS también manifestaron el efecto esperado de la transformación con los siguientes resultados:

Para las Cajas de Compensación Familiar: 25% piensa que se ampliará la red, 37.5% que se ampliará la afiliación, 25% que habrá un incremento en la solvencia financiera y 12.5% que es un cumplimiento normal.

Para las EPS: 100% piensa que es un cumplimiento normal

Para las ESS: 44.4% piensa que se ampliará la red, 38.9% que se ampliará la afiliación, 5.6% que incrementará la solvencia financiera y 11.1% lo ve como un cumplimiento normal.

**Grafico 52.**



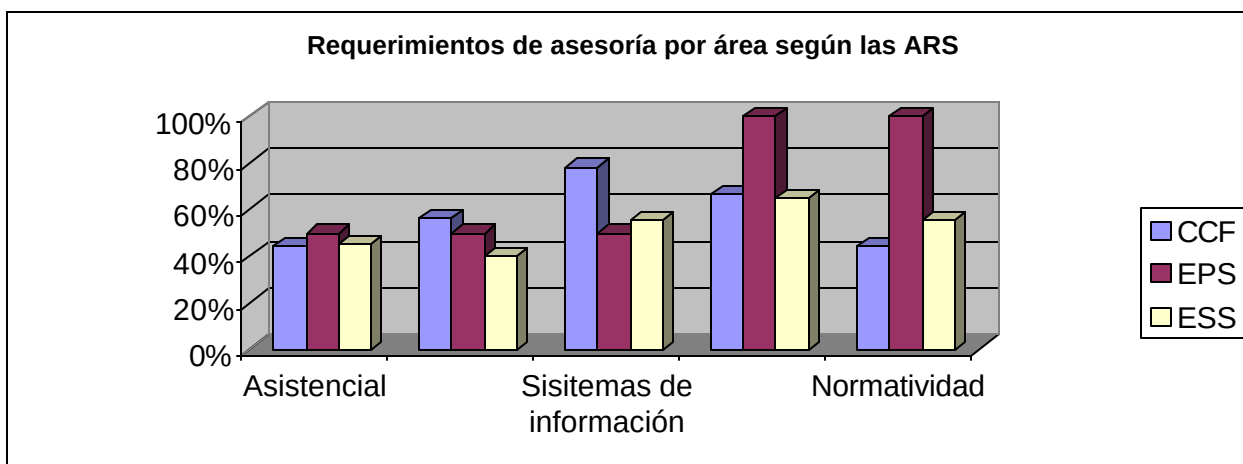
Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Curiosamente, uno de los mayores efectos pretendidos por el Decreto y que se hace explícito en la exigencia patrimonial de las ARS, es el de la solvencia financiera el cual es percibido por estas como el menor efecto. La ampliación de la red y de la afiliación son consecuencias normales de un proceso de unión por lo que deben ser representativas. Las EPS por su parte no le ven efectos importantes al proceso de transformación que genera el Decreto, probablemente porque como se mencionó, no sienten que la norma las obligue a efectuar transformaciones o ajustes en su funcionamiento.

La fusión por absorción prima sobre la fusión por integración con el 57% de los casos, lo que hace presumir que muchas de las empresas más fuertes o más consolidadas absorberán a las más pequeñas y menos desarrolladas, mientras que posiblemente sean menores los casos donde se presenten uniones de empresas de similar tamaño, aunque la diferencia entre las dos figuras no es muy amplia.

De otro lado se preguntó a las ARS si requerían asesoría en los diferentes campos de su actividad. El 44.4% de las Cajas requiere asesoría en el área asistencial, el 55.6% en el área de promoción y prevención, el 77.8% en el área de sistemas de información, el 66.7% en el área jurídica y el 44.4% en el área normativa. El 50% de las Entidades Promotoras de Salud manifestó requerir asesoría en las áreas asistencial, de promoción y prevención y de sistemas de información. El 100% de las EPS manifestó requerir asesoría del área jurídica y del área normativa. El 45% de las Empresas Solidarias informaron requerir asesoría en el área asistencial, el 40% en el área de promoción y prevención, el 55% en el área de sistemas de información, el 65% en el área jurídica y el 55% en el área normativa.

**Grafico 53.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

El área jurídica predomina en los requerimientos de asesoría de las ARS, al igual que el área normativa, lo que de alguna manera demuestra que la legislación e instructivos relacionados con el régimen subsidiado son bastante complejos. No puede negarse que la reglamentación de la ley 100 ha sido profusa y que adicionalmente ha sufrido cambios frecuentes. Igual sucede con las decisiones que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ha tomado con el fin de ir realizando los ajustes necesarios al sistema. Sin embargo, esta continua expedición de normas hace que se pierda el contexto de la reglamentación vigente y que se empiecen a generar problemas de interpretación entre las diferentes normas, y hasta en ocasiones que se generen contradicciones expresas en la misma normatividad.

Las otras áreas participan de un menor porcentaje en los requerimientos de asesoría pero con participaciones considerables. Si bien los requerimientos de asesorías en lo jurídico o normativo pueden tener alguna explicación por la complejidad de las normas, en las áreas asistencial y de promoción y prevención debería existir un fuerte conocimiento al interior de las ARS, en la medida en que dichas áreas son trascendentales para el correcto funcionamiento del régimen subsidiado, sin restarle importancia a las otras. Pero por ejemplo para el caso de la promoción y prevención todo pareciera indicar que las ARS no han entronizado el hecho de que esta área resulta un factor fundamental para el sostenimiento del Sistema y particularmente para el sostenimiento de las ARS, por cuanto en la medida en que se efectúen acciones efectivas y de impacto en ésta área, se reducirán los índices de morbilidad lo cual permitirá un uso más eficiente de los recursos de la seguridad social y una mayor viabilidad financiera de las ARS.

Como ya se ha dicho con anterioridad el punto de los sistemas de información resulta crítico, y el hecho de que también se requiera asesoría en porcentajes importantes en éste campo viene a ratificar el hecho de que es necesario aumentar los esfuerzos en dicha área.

Frente a la opinión o percepción que tienen las ARS de la normatividad, se preguntó específicamente sobre los decreto los Decretos 1804 y 046 y 047.

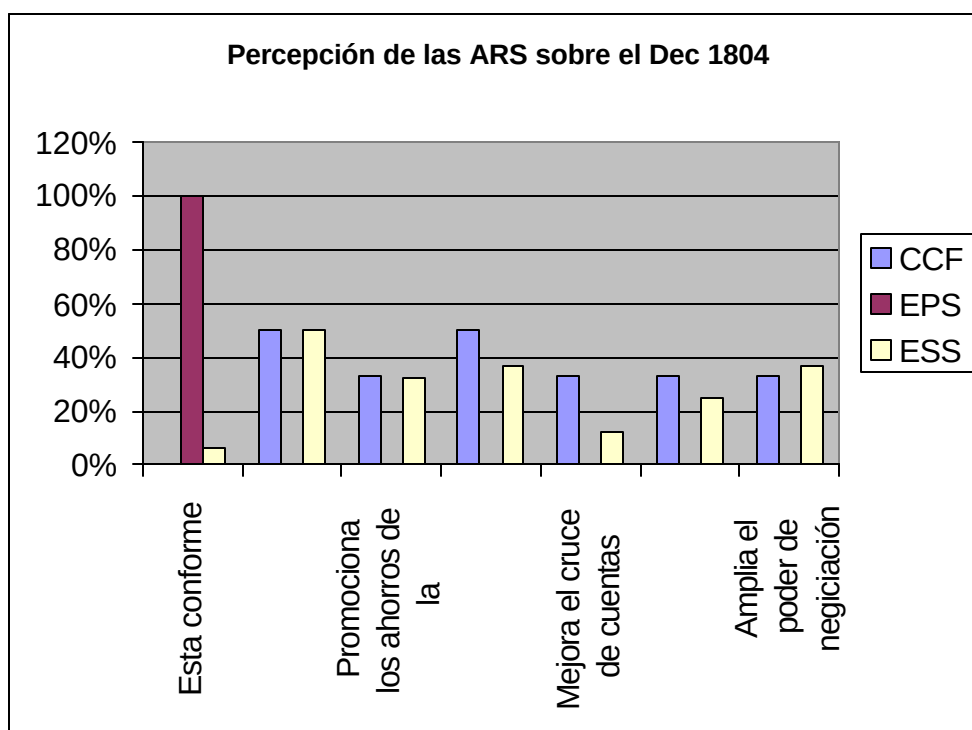
Sobre el Decreto 1804 las CCF opinaron los siguiente:

El 100% manifestó no estar conforme con la norma, el 50% que era necesario, el 33.3% que promueve los ahorros en la administración, el 50% que mejora la capacidad técnica, el 33.3% que permite mejorar el cruce de cuentas, el 33.3% que permite agilizar el pago de cuentas y el 33.3% que amplía el poder de negociación.

De las EPS sólo se pudo obtener una opinión que afirmó estar conforme, pero que no le atribuyó ninguno de los efectos señalados.

Las Empresas Solidarias manifestaron una inconformidad del 93.8%, el 50% manifestó que era necesario, el 32.3% que promueve los ahorros en la administración, 37.5% que mejora la capacidad técnica, el 12.5% que permite mejorar el cruce de cuentas, el 25% que agiliza el pago de cuentas y el 37.5% que amplía el poder de negociación.

**Grafico 54.**

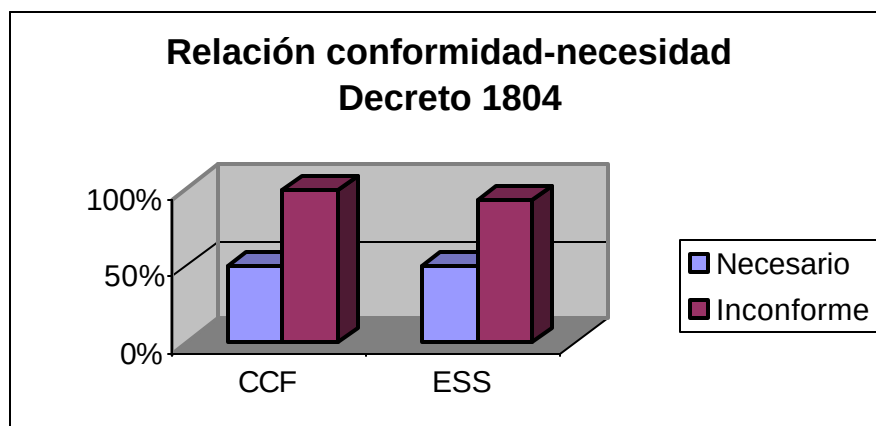


Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Las CCF y las ESS definitivamente no están conformes con el Decreto 1804 y por el lado de las EPS, la muestra no permite hacer una inferencia al respecto aunque la EPS que manifestó la conformidad hace presumir una tendencia en tal sentido porque según se explicó atrás, las entidades que requieren hacer mayores ajustes para adaptarse al Decreto son las CCF y las Empresas Solidarias de Salud. En ese mismo sentido las ARS en general no le atribuyen mayores efectos al Decreto lo que implica un rechazo a la norma. Pero a pesar de este rechazo si debe llamarse la atención sobre el hecho de que en el 50% de los casos tanto las CCF, como las Solidarias consideraron que era necesario, de lo cual puede deducirse que en parte su actitud de rechazo e inconformidad obedece a que el Decreto se constituye en una amenaza para ellos y que lo aceptan con recelo.

La grafica siguiente muestra la relación conformidad necesidad para las CCF y las ESS.

**Grafico 55.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

De todas formas el hecho de que una norma como ésta genere un alto rechazo<sup>27</sup> entre sus destinatarios, por lo menos se traduce en que su origen no fue democrático o concertado con los actores a los que iba dirigida, y ello genera conflictos muchas veces innecesarios.

Sobre los Decreto 046 y 047% el 88.9% de las CCF manifestó conocerlos y el 100% de las EPS y de las ESS mencionó que los conocía. Siendo estos unos decretos tan trascendentales resulta llamativo que para el caso de las Cajas un porcentaje del 11.1% informe que no los conoce.

Las opiniones fueron las siguientes:

El 33.3% de las CCF esta conforme, consideran que eran necesarios y espera un efecto positivo. El 16.7% los consideran una amenaza, el 50% piensa que estabilizan el Sistema, el 33.3% que agilizan el pago de cuentas y ninguna considera que mejoran el poder de negociación.

De las EPS sólo se obtuvo una opinión que manifestó estar conforme, pero que consideró que era innecesario y no le atribuyó ninguno de los efectos antes descritos.

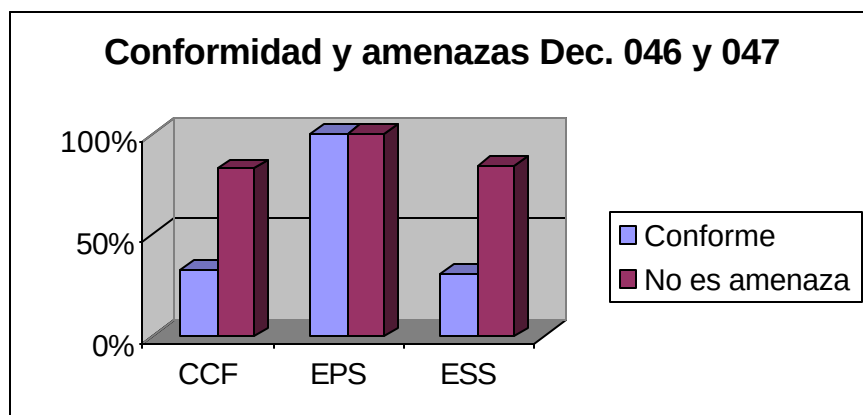
El 31.6% de las ESS dijeron estar conformes, el 36.8% que eran necesarios, el 57.9% esperan un efecto positivo, el 15.8% los consideran una amenaza, el 36.8% que estabilizan el sistema, el 57.9% que agilizan los pagos y el 26.3% que mejoran el poder de negociación.

Paradójicamente, para el caso de las ESS y las CCF un bajo porcentaje de ellas está conforme con el Decreto pero de igual manera no piensan que se constituya en una amenaza.

<sup>27</sup> Como elementos que se suman a la actitud de rechazo, están las manifestaciones que se han efectuado al frente del Ministerio de Salud por muchas de las Empresas Solidarias para solicitar la derogatoria de la norma.



**Grafico 56.**

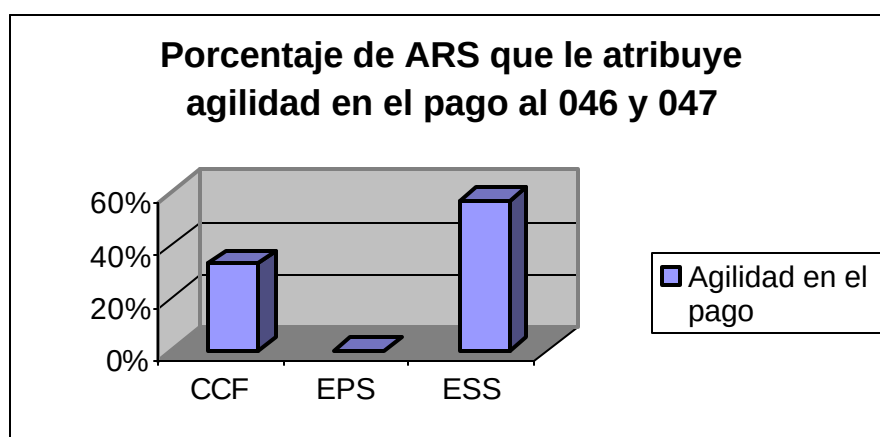


Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Esto lo que indica es que le atribuyen un efecto neutro a los decretos y que de alguna manera los consideran como inocuos. Las ESS son las que atribuyen mayores efectos positivos a los Decretos, en particular un 57.9% cree que agilizan los pagos.

Debe considerarse el hecho de que una de las mayores pretensiones del decreto 046 es la de agilizar los pagos en el régimen subsidiado, por lo que es, por decir lo menos, preocupante la percepción que se tiene de este efecto. Las ARS en general no creen que la norma agilizará el flujo de recursos cuando en esencia esa fue su motivación y dentro de los temas que con mayor preocupación y atención se han estudiado para el mejoramiento del régimen subsidiado se encuentra precisamente el de agilizar el flujo de los recursos entre los diferentes actores. Una percepción en tal sentido es nefasta para que realmente los efectos de la norma se produzcan, ya que los actores involucrados no creen en ella o estiman que las circunstancias particulares y los procedimientos administrativos impidan que lo escrito se convierta en realidad.

**Grafico 57.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Finalmente, en el tema de planeación se indagó sobre las perspectivas de las ARS para ampliar la red de atención.

El 70% de las Cajas ha ampliado la red de atención, el 80% espera ampliarla y el 50% tiene proyectos de ampliación. Las EPS no reportaron esta información. El 60% de las Solidarias ha ampliado su red de atención, el 75% espera ampliarla y el 60% tiene proyecto de ampliación.

En conjunto las ARS han ampliado su red de atención y esperan ampliarla en el futuro lo cual conlleva una tendencia hacia la integración vertical del negocio del aseguramiento con el de la prestación de servicios. Este aspecto ha sido muy debatido antes de la ley 100 y después de ella. Algunos han considerado que debe existir una especialización en el aseguramiento e impedir la integración vertical de las empresas con el fin de separar los roles y permitir el desarrollo de los dos tipos de institución. Otros contrariamente han señalado que no existe ninguna justificación para este impedimento y que precisamente debe establecerse la posibilidad de que a través de estas integraciones de negocio se consoliden las entidades. Lo cierto es que dicha integración ha generado algunos inconvenientes para el buen funcionamiento del Sistema, específicamente en cuanto a las condiciones de contratación con la red de servicios propia. Para entrar a corregir estas situaciones el Decreto 046 de 2000 dispuso la contratación con IPS propias en condiciones del mercado con el fin de evitar la desviación de los recursos de la seguridad social hacia los prestadores mediante pagos por encima de las condiciones contractuales normales.

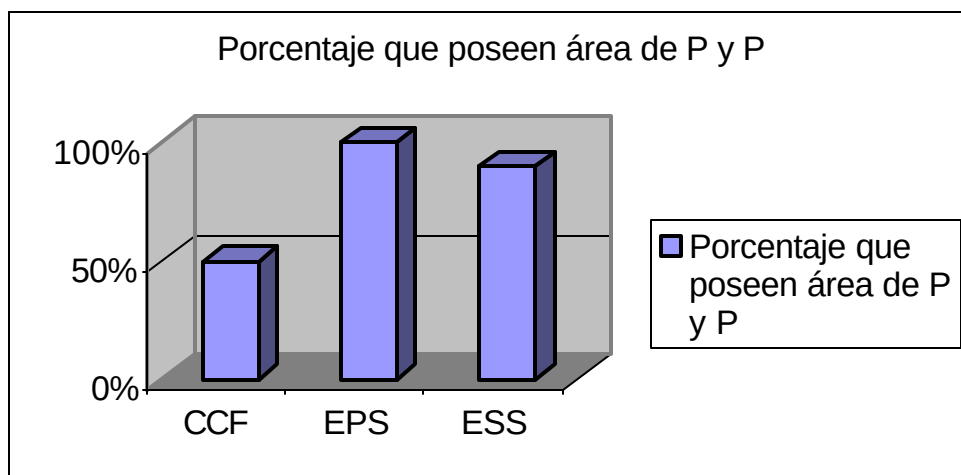
### 1.3.8 PROMOCION Y PREVENCIÓN

Esta área es una de las piedras angulares de la reforma del 93. Se ha insistido mucho en la importancia de incentivar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como una de las acciones más costo-efectivas, para reducir los índices de morbi-mortalidad. El tema específico de la promoción y prevención, que antes de la ley 100 estaba en cabeza del Estado a través de las localidades, fue entregado a las ARS bajo la premisa de que era necesario generar un estímulo económico en la función del aseguramiento a través de la realización de acciones en promoción y prevención que finalmente permitieran tener un mayor control del gasto en salud para las ARS. Se pensó en una racionalidad económica que llevara a las entidades a adelantar estos programas para poder maximizar sus utilidades.

Es así como el Estado directamente conservó el desarrollo de algunas actividades colectivas que se encuentran definidas en el PAB, pero dejó en cabeza de las ARS las atenciones relacionadas con sus afiliados, “desarticulando” el tema de la salud pública.

En estos aspectos se indago primeramente sobre la existencia de un área de promoción y prevención al interior de las ARS con los siguientes resultados: El 50% de las CCF posee área de promoción y prevención, el 100% de las EPS la posee, y el 90% de las Solidarias.

**Grafico 58.**

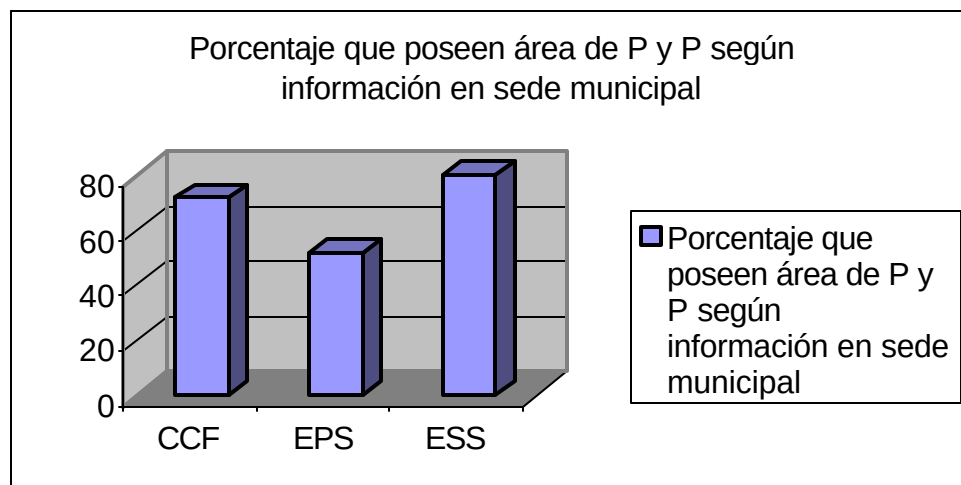


Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Se observa una importante diferencia entre el comportamiento de las EPS y las ESS frente a las Cajas de compensación que en un 50% reportan no tener área de promoción y prevención. Toda ARS debe tener un área de promoción y prevención como parte fundamental de su actividad. Para el caso de las Solidarias (donde el 10% reporta no tener ésta área) resulta ser un porcentaje no despreciable, máxime cuando una de las bases del programa Empresas Solidarias de Salud fue el énfasis en este tema, basados en la fortaleza de la participación comunitaria y la capacidad de la sociedad organizada de trabajar en pro de su beneficio e intereses. Las ESS que no poseen dicha área han desdibujado una de las razones que les dio origen a este tipo de organizaciones.

Esta misma información para las sedes municipales de las ARS se comporta así:

**Grafico 59.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Aquí, contrario a lo que se observa en el nivel nacional las Cajas tienen un mejor comportamiento y las EPS un comportamiento deficiente, mientras que las ESS mantienen su tendencia en este aspecto. Ello sigue ratificando la importante presencia de las ESS a nivel local y en éste caso también de las CCF por oposición a lo manifestado por las EPS.

El 100% de las EPS cuentan con plan de promoción y prevención, el 94.7 de las ESS y el 90% de las CCF, que corresponden a buenos indicadores con mayor deficiencia de las Cajas frente a los otros tipos de ARS.

Las características del plan de Promoción y Prevención, según el tipo de ARS se presentan así:

El 87.5% de las CCF tiene en cuenta la estructura etárea de los afiliados, el 62.5% el perfil epidemiológico, el 100% tiene metas por programa y el 87.5% tiene guías de atención.

El 100% de las EPS tiene en cuenta la estructura etárea, el perfil epidemiológico y cuentan con metas por programa y guías de atención.

El 66.7% de las ESS tiene en cuenta la estructura etárea de los afiliados, el 88.9% el perfil epidemiológico, el 83.3% cuenta con metas por programa y el 61.1% tiene guías de atención.

En materia organizacional los datos arrojan una mayor preparación de las EPS para asumir las actividades de Promoción y Prevención.

Un plan de promoción y prevención se encuentra bien estructurado cuando tiene en cuenta los aspectos que se han enunciado. La estructura etárea y el perfil epidemiológico permiten focalizar las acciones hacia la población donde se pretende generar mayor impacto. Las metas por programa indican la presencia de objetivos claros y la pretensión de aumentar la cobertura de las acciones. Finalmente las guías de atención denotan la existencia de un plan debidamente estructurado y formalizado, el cual se aplica en igualdad de condiciones para todos los niveles de la organización.

Las ESS y las CCF manejan unos porcentajes que necesariamente deben aumentar. Las variables estructura etárea y perfil epidemiológico deberían tenerse en cuenta siempre, y los porcentajes no llegan al 90%. Lo mismo sucede con las metas por programa y las guías de atención, donde salvo el caso de las metas de las Cajas, en los demás casos no se supera el 90%.

Las estrategias utilizadas para desarrollar los servicios de promoción de la salud se comportaron así:

El 88.9% de las CCF utiliza como estrategia la ubicación geográfica del afiliado, el 55.6% la visita domiciliaria, el 44.4% la ficha familiar, 66.7% la inducción de la demanda, el 55.6% la consejería individual, el 100% las actividades grupales, el 66.7% los talleres educativos con guía metodológica y el 77.8% la remisión a programas de protección específica.

Las EPS no reportaron información al respecto.

El 73.7% de las ESS utiliza como estrategia la ubicación geográfica de los afiliados, el 78.9% la visita domiciliaria, el 73.7% ficha familiar, el 57.9% la inducción a la demanda, el 52.6% la consejería individual, el 84.2% las actividades grupales, el 68.4%, los talleres educativos con ficha metodológica, y el 63.2% la remisión a programas de protección específica.

LAS ARS utilizan una diversidad de estrategias para adelantar los programas de promoción de la salud, en porcentajes que en todos los casos superan el 50%, indicando ello que este aspecto es abordado desde diferentes ángulos sin descartar ninguna de las estrategias posibles. Esta multiplicidad de estrategias posibilita el logro de los objetivos propuestos, en la medida en que para cada caso concreto existen estrategias más eficaces que otras. El porcentaje de la demanda inducida es de 66.7% para las Cajas y de 47.9% para las ESS, pero debería tener mayor participación en consonancia con las políticas desarrolladas por el Ministerio de Salud en el último tiempo que han direccionado los esfuerzos hacia el concepto de demanda inducida cuyo inicio se produjo con la expedición del Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, aunque su implementación en debida forma ha venido siendo dilatada.

Para los servicios de protección específica el 60% de las CCF utiliza atenciones extramurales y el 100% atención en IPS. Las EPS no reportaron esta información y de las ESS el 76.5% utiliza atención extramural y el 72.2% atención en IPS.

Se observa una importante participación de las actividades extramurales como estrategia para estas acciones, lo cual implica la asimilación de este concepto como un mecanismo idóneo para entender que las acciones en salud no se limitan a las prestaciones que se llevan a cabo en las instituciones que tienen este fin, sino que muchas de las acciones más costo efectivas, se realizan en forma extramural y con un alto impacto. Estos porcentajes representan un avance, pero deberían aumentar mucho más, porque la estrategia de llegarle a la persona siempre será mucho mejor que esperar a que ésta acuda a las instituciones, con mayor razón si tenemos en cuenta que por la naturaleza de estas acciones, las personas no acuden a las IPS en la medida en que no sienten dolor o no entienden la importancia de acudir.

Finalmente en el tema de promoción y prevención se preguntó sobre el conocimiento de la resolución 412 de 2000, respondiendo positivamente el 75% de las CCF y el 75% de las ESS. Las EPS no reportaron información.

La Resolución 412 se expidió el 25 de febrero del año 2000 por lo que para la fecha de las encuestas era razonable que todas las ARS tuvieran conocimiento de ella. Las políticas nacionales no siempre se traducen a los actores encargados de cumplirlas con la agilidad que se quisiera y prueba de ello es el conocimiento de esta norma, que de todos modos ha venido siendo pospuesta su vigencia por parte del gobierno nacional, lo que genera cierta cultura del incumplimiento, o deja la sensación de que muchas de las normas que se expiden se hacen sin consultar la realidad y finalmente no se traducen en hechos concretos según las previsiones de la misma norma. Esto, sin lugar a dudas, constituye un mensaje negativos del sector central hacia los diferentes actores del Sistema.

## 1.4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 1.4.1 TIPOLOGÍA ARS

1. Inicialmente se había observado que las ARS de mayor tamaño y de presencia nacional no tenían capacidad resolutive a nivel de los municipios o por lo menos no manejaban sus procesos de manera descentralizada en relación con las diferentes actividades que se deben desarrollar en el régimen subsidiado. Al mirar como se asocia el comportamiento de las ARS según el tamaño del municipio donde operan se encuentra que adicionalmente al tamaño de la ARS existe una relación frente a la capacidad resolutive dependiendo el tamaño de los municipios.

En los municipios grandes y en los medianos existe efectivamente capacidad del personal que administra el régimen, para definir el recurso humano con el que van a trabajar, adelantar los procesos de contratación con las entidades territoriales y las IPS, y realizar el pago a la red de prestadores. A nivel de los municipios pequeños se encuentra que no existe capacidad para adelantar las labores señaladas.

Para el proceso de referencia de pacientes existe capacidad decisoria en los municipios grandes y medianos pero no así en los pequeños.

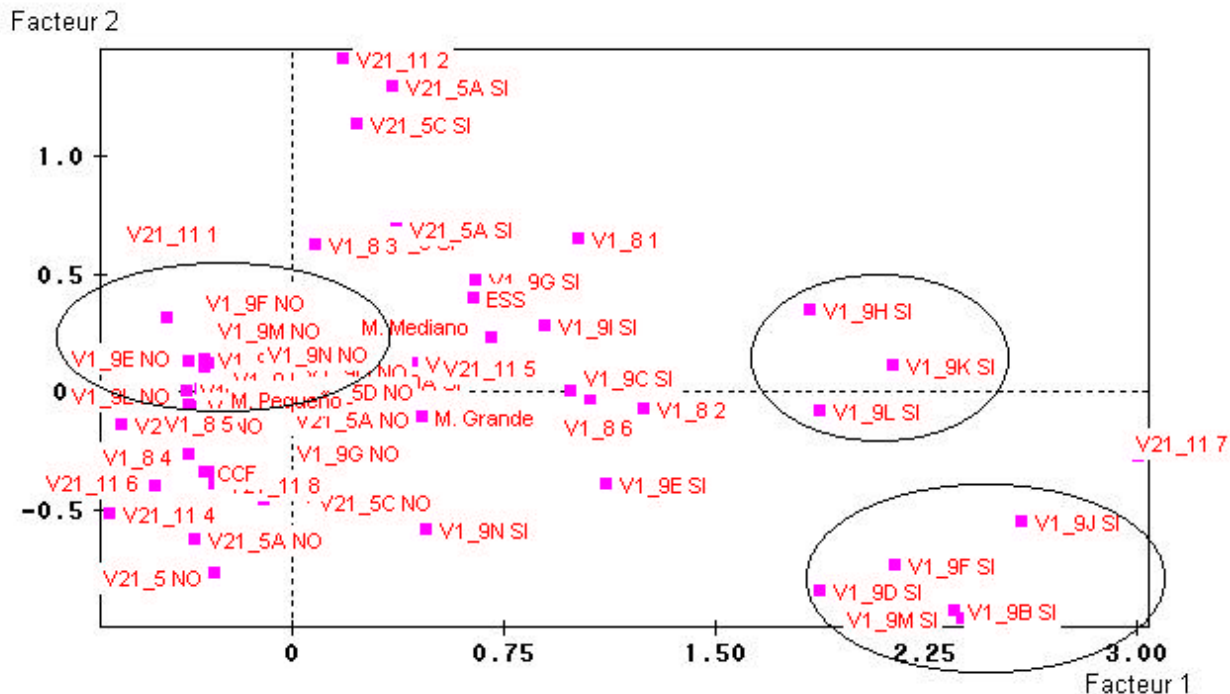
Para las ARS se observa que las ESS que tienen origen en un municipio determinado tienen capacidad resolutive en dicho municipio pero no así en otros donde participan. En las capitales de departamento existe la capacidad resolutive a ese nivel pero no así en los municipios más pequeños.

Por el lado de las delegaciones también puede apreciarse que los procesos de auditoría de cuentas, caja menor y compras se encuentran delegados en los municipios grandes y medianos lo que no sucede con los municipios pequeños.

### FORMULARIO DEL NIVEL MUNICIPAL

Preguntas      1.9 Capacidad del representante en el Municipio  
                     1.8 Nivel educativo  
                     2.1.5 Competencia desleal  
                     2.1.11 Razones para no carnetizar

### Figura 1



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

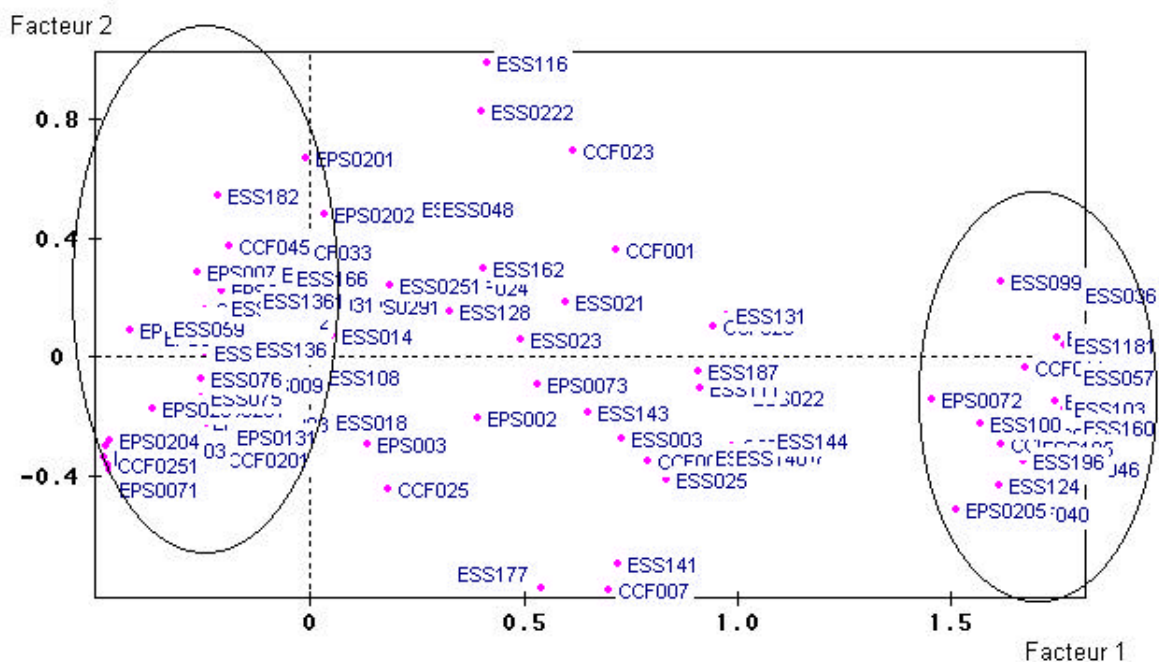
La figura 1 muestra las asociaciones que representan este fenómeno: La elipse de la parte inferior derecha y la de la derecha agrupan las categorías relacionadas con la pregunta sobre la capacidad del representante legal de la entidad para asumir los procesos antes descritos. Estas repuestas son positivas, es decir que sí tienen tal delegación o capacidad en los municipios.

La elipse de la izquierda agrupa las mismas categorías de preguntas pero con una respuesta negativa.

Al observar la misma figura pero relacionada con las ARS obtenemos lo siguiente:



**Figura 2**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Las ARS agrupadas a la derecha corresponden a las del siguiente cuadro en relación con el municipio respectivo donde se indagaron estos aspectos:

**Cuadro 1**

|         |           |                                                                        |
|---------|-----------|------------------------------------------------------------------------|
| ESS099  | MAICAO    | ASOCIACION E.S.S. DE MAICAO                                            |
| ESS100  | RIOHACHA  | ASOCIACION E.S.S. DE RIOHACHA                                          |
| ESS1181 | PASTO     | ASOCIACION MUTUAL E.S.S. DE NARINO                                     |
| EPS0072 | MONTERIA  | UNIMEC E.P.S. S.A.                                                     |
| ESS036  | TUNJA     | COOPCENTRO E.S.S.                                                      |
| ESS057  | POPAYAN   | ASOCIACION MUTUAL ACTIVA SALUD E.S.S. – ARS                            |
| EPS0205 | LETICIA   | CAPRECOM                                                               |
| ESS124  | ARMENIA   | AMESS                                                                  |
| ESS196  | CARTAGENA | COOPERATIVA INTEGRAL DE SALUD E.S.S. "COOINSALUD"                      |
| ESS160  | MEDELLIN  | COOPERATIVA MULTIACTIVA METROPOLITANA PARA LA SALUD "COOMSALUD E.S.S." |

Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Las ARS agrupadas a la izquierda corresponden a las del siguiente cuadro en relación con el municipio donde se indagaron estos aspectos:



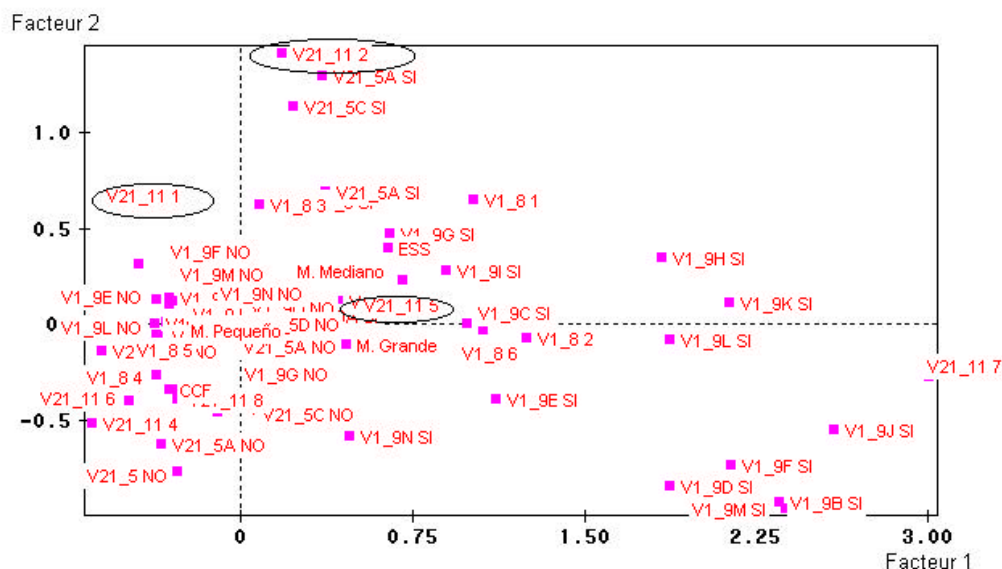
**Cuadro 2**

|         |                        |                                                                   |
|---------|------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| ESS182  | TOTORO                 | ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA "AIC"                               |
| EPS0201 | YARUMAL                | CAPRECOM EPS                                                      |
| EPS0202 | BELALCAZAR             | CAPRECOM EPS                                                      |
| CCF045  | SANTIAGO               | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER "COMFANORTE" |
| CCF033  | SINCELEJO              | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE                            |
| ESS166  | BARRANQUILLA           | COPORACION E.S.S. DEL CARIBE "SOLCARIBE"                          |
| ESS136  | OCAMONTE               | COESAN LTDA E.S.S.                                                |
| EPS0204 | HERVEO                 | CAPRECOM                                                          |
| EPS0071 | EBEJICO                | UNIMEC E.P.S. S.A.                                                |
| CCF0201 | LOS CORDOBAS           | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR. "CAMPESINA"                        |
| ESS1361 | SAN VICENTE DE CHUCURI | COESAN LTDA E.S.S.                                                |
| CCF0251 | CERRO SAN ANTONIO      | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE MAGDALENA                        |

Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Dentro de las ARS del segundo cuadro existe una aproximación al punto de intersección contrario a las ARS del primer cuadro. Es muy representativo que en el grupo de ARS que se concentran a la izquierda del gráfico, su origen sea precisamente ese municipio, mientras que las que se concentran más hacia el centro y a la derecha presentan un comportamiento más disímil. Puede observarse entonces una fortaleza en las ARS en su municipio de origen, pero no igual presencia en los otros municipios donde participan.

3. En los municipios medianos y pequeños existe una dificultad en el proceso de carnetización asociado a la dificultad en la ubicación de los afiliados, mientras que en los municipios más pequeños se asocia este problema a la falta de personal, a que el proceso es muy dispendioso y a que los afiliados no vienen a reclamar sus carnets. Lo cual se aprecia en la figura 1 en los siguientes puntos.



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

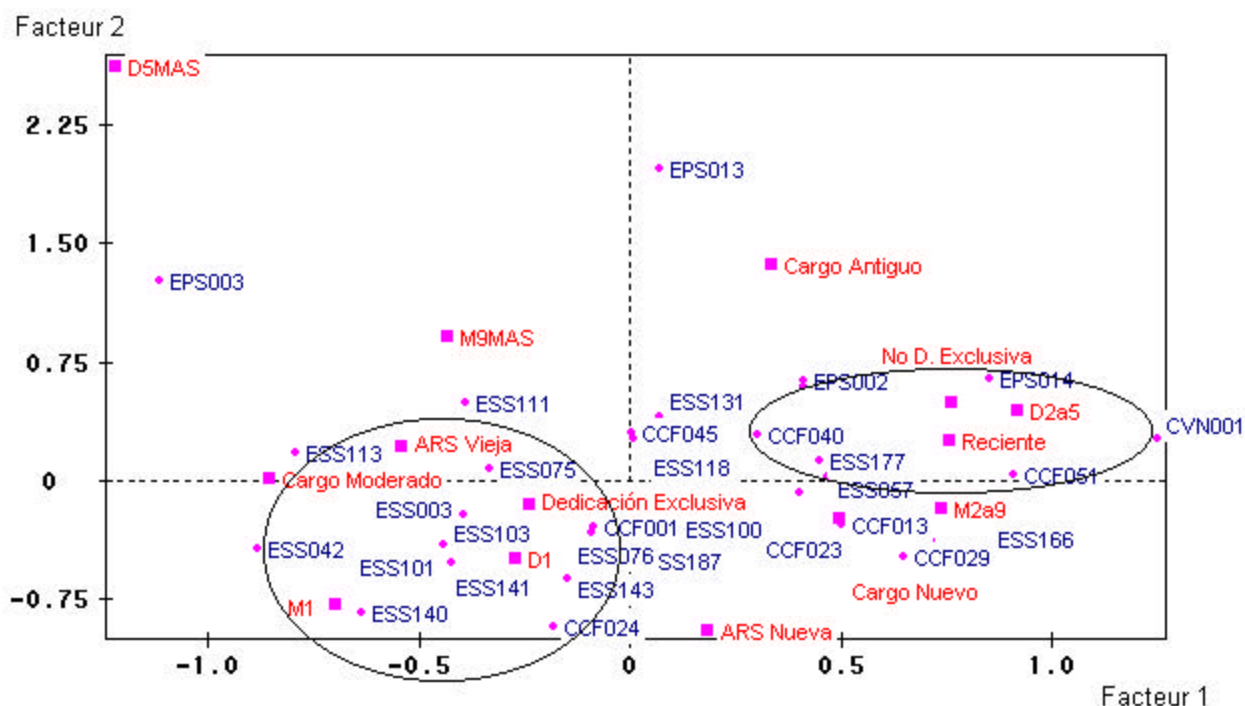


6. Existe una relación entre la antigüedad de la ARS y la dedicación exclusiva del representante legal de la ARS aunque esto se explica porque las ESS, son las ARS más antiguas y que adicionalmente se concentran esencialmente en el régimen subsidiado. Contrariamente la no dedicación exclusiva se asocia a las ARS más recientes en especial las Cajas y EPS. Al ser las ESS las de menor cobertura territorial, los factores de dedicación exclusiva y nacimiento de la ARS también se relacionan con su cobertura geográfica menor, pero ello tiene la misma explicación arriba reseñada.

Lo anterior se observa en la siguiente figura del formulario ARS nacional:

Formulario del nivel nacional

- Preguntas: 1.4 Cobertura territorial  
2.3 Antigüedad del Gerente  
2.4 Dedicación exclusiva del gerente  
3.1 Fecha de creación de la entidad



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

7. No hay otro tipo de asociaciones significativas entre la antigüedad de la ARS, la antigüedad del cargo y la dedicación del representante legal, relacionados con el tamaño de las ARS, según número de departamentos y municipios donde participan.

Dentro de la tipología de las ARS se evaluaron las diferentes aspectos de cada una de las organizaciones en relación con los procesos que llevan a cabo, con el fin de poder

caracterizarlas en los asuntos más relevantes.

Efectuado el análisis, se logra concluir que respecto de los tres tipos de ARS que actualmente existen (CCF, EPS, ESS) no puede afirmarse que algún tipo de entidad tenga un funcionamiento óptimo en relación con las demás o que puedan destacarse como mejores en términos generales frente a las otras.

Se observa, eso sí, que los tres tipos de entidades presentan unas fortalezas y debilidades en los diferentes aspectos y que el origen mismo de las organizaciones determina esas fortalezas y debilidades.

De otro lado en el conjunto de ARS pueden observarse aspectos positivos que son comunes a todas las entidades y algunas falencias que también las afectan por igual y que en muchos casos obedecen a situaciones extrínsecas.

El origen de las organizaciones que administran el régimen subsidiado es diametralmente opuesto en su concepción, organización, fines y recursos.

#### **1.4.2 ASPECTOS RELEVANTES**

Las EPS son organizaciones de gran tamaño y en poco número. Su vocación es la prestación de servicios en todo el territorio nacional por ello tienen una cobertura geográfica amplia. Las CCF en su negocio de ARS son organizaciones de tamaño mediano, en número mayor que las EPS y no tienen vocación nacional sino más bien regional. Las ESS son organizaciones de tamaño pequeño, que se concentran en grupos pequeños de municipios, sin vocación nacional y con presencia fuerte en lo local.

El funcionamiento de las organizaciones de las CCF y las EPS es más estable en su Dirección pero no existe una concentración o dedicación exclusiva al negocio de la ARS por parte del personal directivo de las instituciones. Las ESS presentan alta inestabilidad en su Dirección aunque mayor dedicación exclusiva al negocio de ARS.

Las EPS manejan el recurso humano más calificado y por ello son más técnicas en el desarrollo de sus procesos. Las cajas también manejan un recurso humano calificado aunque en menor grado que las EPS. Las Solidarias tienen el recurso humano menos calificado lo cual se ve reflejado en la deficiencia de algunos de los procesos. A nivel local el comportamiento es diametralmente opuesto y allí las ESS manejan el recurso humano más calificado y las EPS el menos calificado lo que implica que la presencia de las EPS a nivel municipal no es fuerte.

En los procesos centrales del régimen subsidiado a nivel local Las EPS y CCF manejan su negocio de manera centralizada, más las primeras que las segundas. Existe poca autonomía de los funcionarios locales de estas instituciones para la toma de decisiones trascendentales. Las ESS manejan un proceso local con capacidad de resolución a nivel del municipio.

La evolución en número de entidades para los tres tipos se ha mantenido estable en los últimos tres años y no se ven condiciones para el surgimiento de nuevas entidades. Ello implica que el mercado se encuentra saturado en la oferta de entidades y que las expectativas de crecimiento del sector son reducidas.

Todas las ARS reportan problemas con la información base para efectuar las afiliaciones. El problema más agudo es la duplicidad de afiliaciones.

Existe en los municipios una marcada situación de competencia desleal entre las ARS y la mala propaganda se ha convertido en una estrategia de mercadeo.

Todas las ARS manejan un promedio de afiliados por municipio relativamente bajo lo que en principio impediría lograr puntos de equilibrio en el funcionamiento a nivel municipal.

Todas las ARS reportan un problema importante en la carnetización para ubicar a sus afiliados indicando que la información no está actualizada y que existe una importante movilidad de los afiliados.

El comportamiento de las reclamaciones por enfermedades de alto costo ha tenido un incremento sostenido y significativo de año en año, relacionado con un proceso de selección adversa de los afiliados.

Todas las ARS reportan problemas con el sistema de información aunque las EPS son las más desarrolladas en este campo seguidas de las CCF y las ESS. El Sistema de información es vital para el buen funcionamiento del régimen como quiera que contiene los datos básicos e indispensables para desarrollar el negocio.

No existe credibilidad de parte de las ARS en relación con los efectos de la normatividad expedida por el gobierno nacional para el régimen subsidiado, lo que en el mejor de los casos denota una falta de legitimidad en la expedición de las normas o una lectura diferente de los problemas por parte de las ARS.

Estos aspectos permiten señalar que no puede hablarse de una ARS tipo, ideal en cuanto a su tamaño, campo de acción y características. Las ARS muy grandes tienen el inconveniente de manejar de manera centralizada sus asuntos y de descuidar la presencia a nivel de los municipios, aunque por su tamaño y los recursos económicos que manejan tienen la posibilidad de contar con profesionales de más alto nivel y con recursos tecnológicos más desarrollados que le faciliten su operación.

Las ARS pequeñas tienen la ventaja de que pueden concentrar sus esfuerzos y recursos tecnológicos y humanos en el lugar donde operan, pero debido a lo reducido de la organización no pueden contar con recursos de una buena calidad para desarrollar las tareas.

En relación con el análisis multivariado no existen cambios significativos respecto de las conclusiones preliminares efectuadas y por el contrario en gran parte se confirman las anteriores conclusiones.

Se evidencia que el régimen subsidiado no opera de igual forma para todos los municipios a pesar de que se este analizando una misma ARS. En los municipios de menor tamaño y por ende menor desarrollo las ARS no tienen una fuerte presencia y los procesos se siguen manejando de una manera centralizada. Dentro de la muestra que representa este fenómeno se encontraban dos de las ARS de cobertura nacional y de mayor tamaño como son UNIMEC y COMCAJA las que curiosamente les fue revocada la autorización por la Supersalud.

A pesar de que el municipio es la entidad político-administrativa básica del Estado

Colombiano, es claro que dadas las grandes diferencias existentes entre los diversos municipios, el régimen subsidiado no puede funcionar bajo las mismas características en todas las entidades territoriales.

Todo lo anterior también evidencia un crecimiento geográfico de las ARS sin ningún tipo de control y el hecho de que se considera la autorización general otorgada por las Superintendencia Nacional de Salud como requisito suficiente para operar en cualquier parte del país cuando la realidad demuestra que ya en los municipios la operación difiere del cumplimiento de unos requisitos generales que pudo haber obtenido como empresa pero en abstracto y no circunscritos a un territorio determinado.

## 1.5 RECOMENDACIONES.

LAS ARS deben constituirse como personas jurídicas autónomas y organizaciones independientes. Uno de los principales inconvenientes para el funcionamiento de algunas de las ARS es que al no constituirse como personas jurídicas autónomas comparten muchas de sus labores con otras áreas de la organización lo cual si bien en principio no es negativo, sí impide la verificación respecto de una entidad determinada en el cumplimiento de los requisitos que se consideren mínimos para el régimen subsidiado. Igualmente la función que cumplen las ARS es de tal trascendencia que amerita la creación de una persona jurídica autónoma que tenga como objeto social principal el aseguramiento de la población beneficiaria del régimen.

Promover la creación de un verdadero sistema de información público y unificado para todas las ARS y demás actores del Sistema que permita una operación más confiable. Actualmente se han hecho esfuerzos para la creación de un sistema de información del SGSSS pero esto no se ha cristalizado. Debe implementarse un sistema de información unificado que permita un trabajo en línea de los datos más importantes que son críticos para el buen funcionamiento del régimen. Ello permitirá la eliminación de las duplicidades y la posibilidad de acreditar derechos en diferentes instituciones prestadoras de servicios y municipios del país. El sistema de información es el corazón del régimen para garantizar su correcto funcionamiento, por lo que no basta con el Ministerio de Salud expida resoluciones en donde se indique como se maneja la información y como fluye, si estos datos no se integran un verdadero sistema.

Definir unas condiciones de operación en cada entidad territorial para el funcionamiento de las ARS. No basta con exigir a las ARS unas requisitos generales de su organización para autorizarles su funcionamiento. Es necesario que estos requisitos estén circunscritos a los municipios, que son las entidades territoriales donde desarrollan su labor. De esta forma la sola exigencia formal de una red de prestadores no garantiza el correcto agenciamiento de las entidades. Deben poseer en los municipios, de conformidad con su tamaño y complejidad, un personal mínimo con unos requerimientos mínimos, una infraestructura determinada y un autonomía en este nivel para el desarrollo de todas las acciones que impliquen relaciones con los otros actores del sistema, como las IPS y los usuarios. Para el buen funcionamiento de las ARS a nivel municipal debe exigirse un número mínimo de afiliados de conformidad con el tamaño del municipio.



Verificar el funcionamiento de las ARS a través de un mecanismo de certificación que tenga en cuenta elementos cualitativos sobre su función de aseguramiento y reemplazar los criterios cuantitativos que existen en la actualidad. Todas las ARS que actualmente estén funcionando deben someterse a un proceso de certificación donde se evalúe si realmente están generando el valor agregado del aseguramiento y el agenciamiento de los derechos de sus afiliados, con el fin de evitar que estas entidades se vean como simples intermediarios financieros del sistema. Este proceso implicaría un trabajo de campo por parte de la Superintendencia Nacional de Salud o delegado en las entidades territoriales, donde se evaluaría todo lo referente al sistema de información disponible, los procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes, los procesos de información a los usuarios, la organización de las actividades de promoción y prevención, la suficiencia del recurso humano y técnico para adelantar la labor, entre otros.

Impulsar el criterio de aseguramiento como función de las ARS y eliminar el criterio de administración de recursos. Ello permitiría la utilización clara del cruce de recursos entre las diferentes entidades territoriales haciendo viable el mecanismo del aseguramiento y fortaleciendo la necesaria solidaridad que debe existir en el sistema de los que no se enferman con los que se enferman, sin importar su ubicación geográfica. Para este propósito es necesario dejar de utilizar el régimen subsidiado como un mecanismo para proteger a la oferta pública de servicios, ya que las ESE deben iniciar acciones tendientes a lograr sus sostenibilidad con la venta de servicios, para lo cual deberían suscribirse convenios de desempeño para el mejoramiento de las condiciones estructurales de estos prestadores. Paralelamente y con el fin de que la oferta pública de servicios pueda competir en igualdad de condiciones con la privada debe aumentarse las acciones de vigilancia para el cumplimiento de los requisitos mínimo esenciales por parte de todas las IPS privadas.

Evitar la selección adversa de afiliados a las ARS para garantizar el equilibrio de la UPC-S frente al POS-S. Si bien este parece ser un aspecto inevitable debido precisamente a los pronunciamientos de la Corte Constitucional, si se debe por lo menos dejar de promover la priorización de la afiliación en razón de las condiciones de salud de las personas. Esta circunstancia desincentiva la a las ARS para participar en las ampliaciones de cobertura y presiona la UPC-S lo que finalmente se traduce en mala prestación de los servicios o en el mejor de los casos en un alza de la UPC-S, cuando las condiciones generales de frecuencia de uso de los servicios no justifican este incremento.

Eliminar el concepto de ARS y la discriminación por tipo de entidad. Unificar el nombre que podría ser EPS y unificar los requisitos para su funcionamiento. En la actualidad no se justifica la diferenciación de los tipos de ARS, lo cual obedece, como se explicó en la introducción a una forma de agrupar tres tipos de entidades distintas para cuando deseen participar del régimen subsidiado. Como primera medida ello permitiría que las entidades que estén en disposición de participar en el régimen subsidiado concentren sus esfuerzos en esta área y permitiría un mayor control sobre las personas jurídicas encargadas de esta labor. De otro lado sí bien el origen de las entidades es distinto sus obligaciones frente a los afiliados son las mismas y en ese sentido las exigencias deben equipararse. Esto es factible sin necesidad de modificar la ley 100 de 1993 porque como se mencionó igualmente el término ARS no se expresa en esta norma

Impulsar la creación de comités de ética municipal donde participen todas las ARS que se encuentran en el territorio, con el fin de fijar reglas del juego transparentes para el mercadeo de afiliados y evitar prácticas que puedan ser consideradas como competencia desleal.

Es necesario “regionalizar” el funcionamiento del régimen subsidiado y organizar el mercado que actualmente no tiene ningún control, generando eventualmente un manejo poco óptimo de los recursos disponibles. Las ARS deben concentrarse en regiones determinadas con el fin de garantizar en dichas regiones la presencia de una red prestadora de servicios y la capacidad técnica y operativa de agenciar los derechos de los afiliados con personal debidamente calificado y con capacidad de resolución de todos los aspectos atinentes al régimen subsidiado. Especialmente debe verificarse una fuerte presencia en dichas regiones con el fin de que puedan resolverse “in situ” las demandas de los afiliados, que en la mayoría de los casos hacen referencia al papel de la ARS como apoderado del usuario para garantizarle la atención en salud en los diferentes niveles de complejidad. Si no se logra cualificar y aportar este valor agregado a nivel municipal, no tiene sentido la existencia misma de las aseguradoras.

### **1.5.1 AJUSTE INSTITUCIONAL**

Modificación del Decreto 1804 y del Acuerdo 77 para permitir el ingreso de las ARS al mercado por zonas previamente definidas. La ARS deberá acreditar sus requisitos específicamente para la zona que solicita autorización. Si tiene la capacidad técnica y operativa podrá operar en varias zonas. Para la acreditación en una zona determinada deberá informar sobre el personal que dispone, su disponibilidad en los sitios y su preparación académica. Así mismo informará sobre el sistema de información a utilizar y la red prestadora de servicios garantizando una adecuada referencia y contrarreferencia.

Los requisitos deben ser verificados sobre terreno o condicionar la autorización a la existencia real y material de las condiciones técnicas y humanas necesarias para el funcionamiento. Los departamentos pueden realizar esta labor, dado la imposibilidad material de la Supersalud de hacer presencia en todo el país.

El Decreto de requisitos debe contemplar una evaluación periódica del funcionamiento de las ARS, no sólo una acreditación inicial. No basta con las facultades generales de la Supersalud para ejercer inspección, vigilancia y control sobre las ARS, sino que debe establecerse mecanismos para que las entidades territoriales de nivel Distrital y Departamental tengan mayor autonomía en la decisión de las ARS que asegurarán a

## **1.6 EFECTOS DEL DECRETO 1804 DE 1999 FRENTE A LA TIPOLOGÍA DE LAS ARS.**

### **Los antecedentes.**

El Decreto 1804 de 1999 estableció los nuevos requisitos para la operación de las ARS en todo el territorio nacional reemplazando los requisitos que anteriormente había definido el



Gobierno Nacional en el Decreto 2357 de 1995. Durante la existencia del régimen subsidiado estas son las dos normas que han definido los requerimientos que debe tener en cuenta la Superintendencia Nacional de Salud para autorizar a las ARS.

Como se mencionó en la introducción, el Decreto 2357 fue la primera norma que definió los tres tipos de entidades que podían administrar los recursos del régimen subsidiado, y más que definir, lo que realmente el decreto hizo fue concretar en una solo cuerpo normativo las diferentes menciones hechas en la ley 100 de 1993, sobre las entidades que estarían en capacidad de administrar dicho régimen. En ese sentido el decreto fue acertado.

El Decreto 2357 fijó condiciones diferentes para cada tipo de entidad que quisiera obtener autorización para administrar los recursos del régimen subsidiado. Generó unas condiciones relativamente favorables para las Empresas Solidarias de Salud en el entendido que eran organizaciones comunitarias que apenas estaban en proceso de consolidación. Para las Cajas de Compensación Familiar se reguló igualmente lo relativo a la administración directa de los recursos del artículo 217 de la ley 100 de 1993 y finalmente para las EPS no se pusieron requisitos especiales, salvo el de establecer que manejaran los recursos del régimen subsidiado en cuentas independientes del resto de sus rentas y bienes, teniendo en cuenta que previamente debían haber obtenido su autorización como EPS con los requisitos fijados en las normas pertinentes. (Decreto 1485 de 1994 aún vigente para los requisitos de las EPS)

### **La formación del Decreto 1894.**

Ya desde finales del Gobierno Samper el Ministerio de Salud venía trabajando en la expedición de un decreto que regulara los requisitos de las ARS como una herramienta para garantizar la correcta utilización de los recursos del régimen subsidiado. Dentro de los aspectos que en su momento se discutían era la facilidad que daban las normas para la constitución de una ARS especialmente bajo la modalidad de Empresas Solidarias de Salud. Así, la bondad del Decreto para apoyar a unas empresas creadas por la propia iniciativa gubernamental se podía estar convirtiendo en una herramienta para que personas inescrupulosas utilizaran el discurso del sector solidario de la economía y las ventajas de las entidades sin ánimo de lucro para montar empresas en beneficio particular. Esta situación además se relacionaba con el hecho de que para los inicios del régimen subsidiado la demanda de servicios y el porcentaje de utilización de la UPC-S era por debajo de lo esperado.

Este decreto, sin embargo, finalmente no se expidió en ese Gobierno.

Con la entrada del nuevo gobierno el tema se siguió discutiendo, especialmente motivado por las recias críticas de algunos sectores (principalmente los sindicatos y las IPS públicas) en contra del funcionamiento del régimen subsidiado y especialmente de las ARS. Esto generó un ambiente que demandaba acciones concretas del Gobierno Nacional, específicamente para hacer más exigentes los requisitos para las ARS.

No cabe duda que para ese momento la expedición de una norma que revisara el tema era de vital importancia, sin embargo, pese a lo crítico del tema, lo razonable era que la norma hubiese sufrido algún proceso de concertación o discusión con los actores interesados. Aún a

la fecha no se conoce un documento oficial de exposición de motivos del mencionado Decreto 1804 de 1999 y se desconocen las razones por las cuales se fijaron muchas de las condiciones allí establecidas.

Es bastante probable que el Gobierno Nacional haya actuado con la mejor buena voluntad en la expedición del decreto, pero lo cierto es que la norma generó no pocos traumatismos en su aplicación, los cuales en su mayoría tuvo que vivenciar la Superintendencia Nacional de Salud, situación que se evidenció en las numerosas consultas efectuadas por ese organismo al Ministerio de Salud con el ánimo de desentrañar el espíritu de muchos de los artículos,<sup>28</sup> cuando posiblemente el espíritu no residía en las oficinas de esa cartera.

En lo relativo a las pretensiones del Decreto muchas de ellas eran expresas y surtieron el efecto deseado. Una de las mas relevantes era la intención de reducir el número de ARS que operaban en el país, de manera particular el número de Empresas Solidarias de Salud que ya superaban las doscientas, lo cual hacía aún más difícil la tarea de inspección vigilancia y control.

### **Las principales críticas a la norma.**

La primera gran confusión que genera el Decreto 1804 es la disposición que establece que las ARS no podrán utilizar para gastos administrativos un porcentaje superior al definido por el CNSSS. La confusión se presenta porque en realidad a la fecha ninguna disposición del CNSSS ha definido el porcentaje de la UPC-S que debe destinarse para gastos administrativos. Esto por ende desvirtúa totalmente el modelo de aseguramiento y tergiversa en concepto de la provisión para gasto en salud que ha definido el Consejo.

Desde la expedición del Acuerdo 56 de 1997 el CNSSS habló de gasto mínimo en salud pero en ningún momento de gastos administrativos. La norma establecía un estimado mínimo de gastos en salud como porcentaje de la UPC-S y cuando la ejecución del gasto en salud era inferior al porcentaje fijado se debería constituir una reserva para futuros gastos en salud.

Posteriormente se varió el concepto de reserva por el de provisión pero se mantuvo el concepto del gasto mínimo y se fijó el 10% para las acciones de promoción y prevención. Finalmente mediante el Acuerdo 114 del CNSSS se estableció que el gasto en prestación de servicios debería ser como mínimo del 85% de la UPC-S incluidas las acciones de promoción y prevención.

Siempre la normatividad que abordó el tema expresó que se trataba de un gasto mínimo de salud que de no presentarse generaba la obligación de constituir una provisión. Hay dos razones fundamentales para tratar el tema de esa manera. Una es que para conservar el modelo de aseguramiento era necesario defender el concepto de que la UPC-S equivalía a una prima por un Plan de Beneficios que debía prestar la ARS y por consiguiente lo no

<sup>28</sup> Algunas solicitudes de concepto de la Superintendencia contenían mas de 20 preguntas concretas sobre la aplicación del Decreto.

utilizado de esa prima en prestación de servicios era para el gasto administrativo y por supuesto para la generación de excedentes o utilidades según la eficiencia de cada entidad. No tenía sentido bajo ese esquema pedir la devolución de recursos. De todos modos se estimaba que el gasto en salud debía comportarse sobre los niveles en los que se estableció el porcentaje mínimo y si ello no ocurría podía obedecer a los efectos que genera el surgimiento del sistema frente al poco conocimiento de los usuarios y la demanda de servicios por debajo de lo esperado.

La segunda razón es que igualmente no tiene sentido obligar a la ARS a efectuar un gasto en salud por un porcentaje determinado de la UPC-S cuando la demanda de servicios no llega a esos niveles. Lo que debe hacer la ARS en esos casos es provisionar los recursos no utilizados para cuando la demanda aumente en el futuro.

Estos conceptos y las razones para la expedición de una norma que obligara a las entidades a mantener un régimen de provisiones con sus recursos, se fue distorsionando en la práctica. Se interpretó que las ARS tenían derecho al 15% de gasto administrativo porque el 85% era para gasto en salud. La verdad es que las normas siempre han hablado de gasto mínimo en salud pero nunca de gasto máximo o fijo, de modo que es perfectamente válido que el gasto en salud sea superior al 85% de la UPC-S.

El decreto por ende contribuyó a la distorsión del concepto a tal punto que ya en la jerga común e incluso en muchas de las comunicaciones institucionales de la Superintendencia Nacional de Salud y del Ministerio de Salud se trataba el tema del gasto administrativo de las ARS. Nunca se definió expresamente el famoso gasto administrativo de las ARS pero hizo carrera esta posición y con la contribución del decreto se hizo más confuso el papel de las ARS como administradoras o aseguradoras.

Es más, el propio decreto 1804 menciona que las ARS son aseguradoras y administradoras, lo cual podía tener alguna bondad conceptual aunque desafortunadamente no se desarrolló en el decreto y tampoco por vía de doctrina el Ministerio definió el alcance de la expresión.

La segunda gran crítica es que realizó tratos diferenciados en cuanto a los requisitos necesarios para administrar el régimen subsidiado frente a los exigidos para manejar el contributivo. También se generaron reglas diferentes para cada tipo de ARS.

La crítica en realidad no es que se hayan hecho estas diferencias sino que no aparecen claras las razones o fundamentos para establecerlas. Como bien se ha expresado por la Corte Constitucional en innumerables sentencias que tratan el tema del derecho a la igualdad en el tratamiento normativo, expresando que ha situaciones desiguales tratos desiguales pero que a situaciones iguales tratos iguales.

Esta es la premisa que no cumple el Decreto. Por ejemplo, no está sustentado porque para el régimen subsidiado deben acreditarse 200.000 afiliados pero no así para el régimen contributivo cuando en esencia en ambos casos se trata de un modelo de aseguramiento regido por los mismos principios y reglas.

Tampoco se sustentó en forma clara porque los requisitos varían según se trate de Empresas Solidarias de Salud, Cajas de Compensación Familiar o Entidades Promotoras de Salud. La

función que estas entidades deben cumplir frente a sus usuarios es la misma y los tratamientos sin embargo son muy disímiles.

Otra crítica se relaciona con la propia técnica de la redacción y la organización temática, la que generó no pocas dificultades, dado que se introdujeron temas nuevos pero a la vez se trató de copiar el decreto 1485 vigente para las EPS que soliciten autorización para el régimen contributivo.

Finalmente, la norma pretendió que a través de los números (afiliados, patrimonio, etc) podía corregirse muchos de los problemas del régimen subsidiado y de las ARS. Los números surtieron el efecto que se esperaba. La solución de los problemas es algo que todavía no aparece claro, porque tal y conforme se ha expresado en este trabajo no hay ninguna variable asociada al tamaño o tipo de las organizaciones que determine su correcto o incorrecto funcionamiento.

### **Los efectos concretos del Decreto.**

Anteriormente se habían presentado en forma gráfica una comparación del universo de las ARS para los años 1998, 1999 y 2000. Para observar los efectos del Decreto se incluirá la información correspondiente al año 2001. Sin embargo es necesario aclarar que aún no se encuentra disponible toda la información posterior al 1º de abril de 2001 sobre la contratación del régimen subsidiado en el País. Si bien el Decreto 1804 previó que las ARS deberían ajustarse a los requisitos señalados en la mencionada norma antes de la contratación del 1º de abril de 2001, la Superintendencia adoptó muchas decisiones respecto de la permanencia de las ARS con posterioridad a esa fecha. Por esta razón la información que se presenta no contempla en su totalidad los efectos del Decreto aunque si parcialmente.

Continuando con la misma metodología de análisis, se efectuará una comparación con el universo de las ARS para los años 1998, 1999 2000 y 2001 tomando en cuenta los siguientes datos por tipo de ARS: Número total de municipios donde participan, número promedio de afiliados por municipio, número total de entidades y número promedio de afiliados por entidad.<sup>29</sup> Los datos correspondientes al año 2001 muestran parcialmente los efectos del Decreto. Los resultados son los siguientes:

<sup>29</sup> Fuente: Dirección de Aseguramiento Ministerio de Salud. Cálculos Universidad Nacional.

**Para las Cajas de Compensación Familiar.**

| <b>CCF</b>                          | <b>1.998</b> | <b>1999</b> | <b>2.000</b> | <b>2001</b> |
|-------------------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| NUMERO MUNICIPIOS                   | 408          | 439         | 473          | 371         |
| PROMEDIO DE AFILIADOS POR MUNICIPIO | 3.785        | 3.965       | 4.145        | 3.590       |
| NUMERO DE ENTIDADES                 | 42           | 38          | 42           | 17          |
| PROMEDIO DE AFILIADOS POR ENTIDAD   | 36.764       | 45.803      | 46.678       | 78.349      |

Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

**Para las Entidades Promotoras de Salud.**

| <b>EPS</b>                          | <b>1.998</b> | <b>1999</b> | <b>2000</b> | <b>2001</b> |
|-------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| NUMERO MUNICIPIOS                   | 782          | 814         | 824         | 896         |
| PROMEDIO DE AFILIADOS POR MUNICIPIO | 4.604        | 4.601       | 4.309       | 5.510       |
|                                     |              |             |             |             |
| NUMERO DE ENTIDADES                 | 17           | 18          | 17          | 18          |
| PROMEDIO DE AFILIADOS POR ENTIDAD   | 211.790      | 208.070     | 208.863     | 274.311     |

Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

**Para las Empresas Solidarias de Salud.**

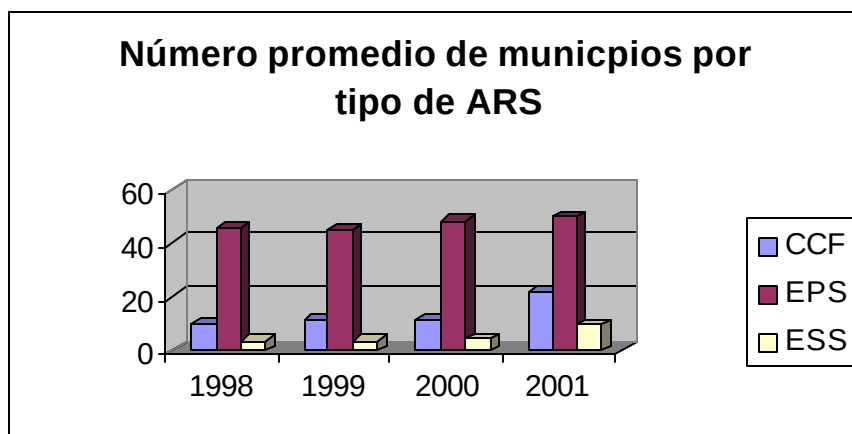
| <b>ESS</b>                          | <b>1.998</b> | <b>1999</b> | <b>2000</b> | <b>2001</b> |
|-------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| NUMERO MUNICIPIOS                   | 668          | 712         | 753         | 766         |
| PROMEDIO DE AFILIADOS POR MUNICIPIO | 4.836        | 5.181       | 5.134       | 5.407       |
|                                     |              |             |             |             |
| NUMERO DE ENTIDADES                 | 176          | 178         | 174         | 81          |
| PROMEDIO DE AFILIADOS POR ENTIDAD   | 18.356       | 20.723      | 22.219      | 51.141      |

Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Con base en dichas tablas se pueden realizar los siguientes cálculos:

Como primera medida, esta información permite determinar el número promedio de municipios por tipo de ARS para la caracterización de las entidades.

Grafico 60.

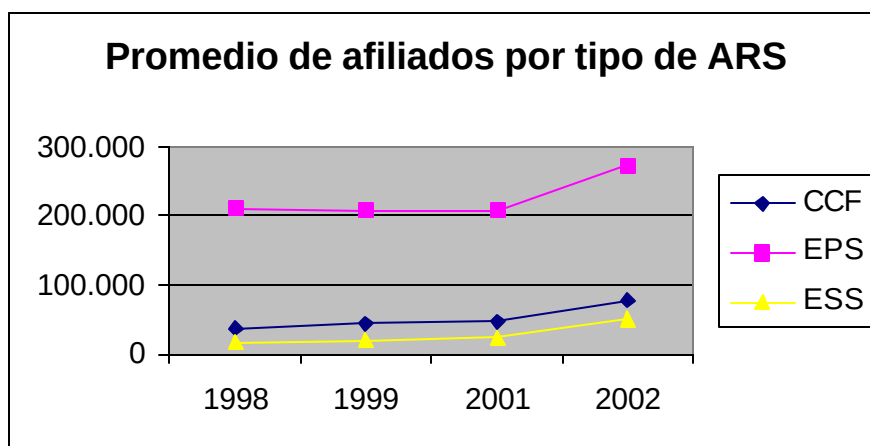


Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Para el año 2001 se aprecia un incremento en el promedio de municipios por tipo de ARS para los tres tipos. Sin embargo, el promedio de mayor aumento corresponde a las CCF y las ESS que pasaron de tener en los años 1998, 1999 y 2000 promedios de 10 y 4 municipios respectivamente a promedios de 20 y 10 municipios respectivamente para el año 2002. Esto es parte de lo que se esperaba como efecto del Decreto 1804, anotando que este promedio aumentó con posterioridad al 1<sup>a</sup> de abril de 2001, como quiera que la Superintendencia Nacional de Salud revocó mas autorizaciones después de esa fecha. El efecto práctico de ello es que las ESS dejan de ser organizaciones eminentemente locales para convertirse en organizaciones regionales y nacionales.

Para mirar el tamaño de las organizaciones después de la expedición del Decreto 1804 se puede comparar el número promedio de afiliados por tipo de ARS con el siguiente resultado:

Grafico 61.

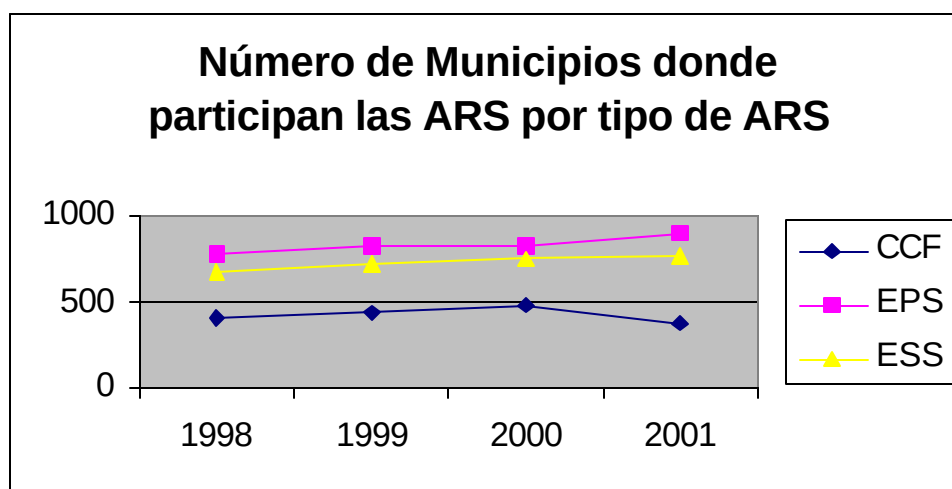


Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Se observa, que las EPS aumentaron su promedio de afiliados que estaba alrededor de los 200.000 afiliados, llegando en el 2001 a cerca de los 300.000 afiliados. Las CCF y las ESS por su parte tuvieron en este aspecto un repunte mas significativo ya que en el primer caso se acercan a los 80.000 afiliados y en el segundo superan los 50.000 afiliados. En estos dos últimos casos prácticamente se duplicó el número promedio de afiliados respecto de lo reportado en el año 2000. Igualmente, esto se debe a los efectos del decreto 1804 que redujeron significativamente el número de ARS en especial de las Empresas Solidarias. Debe anotarse que en esta información aún no se puede apreciar el efecto generado por el retiro de UNIMEC del Régimen Subsidiado, entidad que contaba con cerca de 1.200.000 afiliados. Lo previsible es que para la información consolidada del 2002, las líneas descritas en el gráfico continúen en una tendencia ascendente que posiblemente se estabilice para el año 2003.

Para mirar la expansión geográfica de las ARS como consecuencia de la expedición del Decreto 1804 se puede observar el comportamiento del número de municipios donde participan, con el siguiente resultado:

**Gráfico 62.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

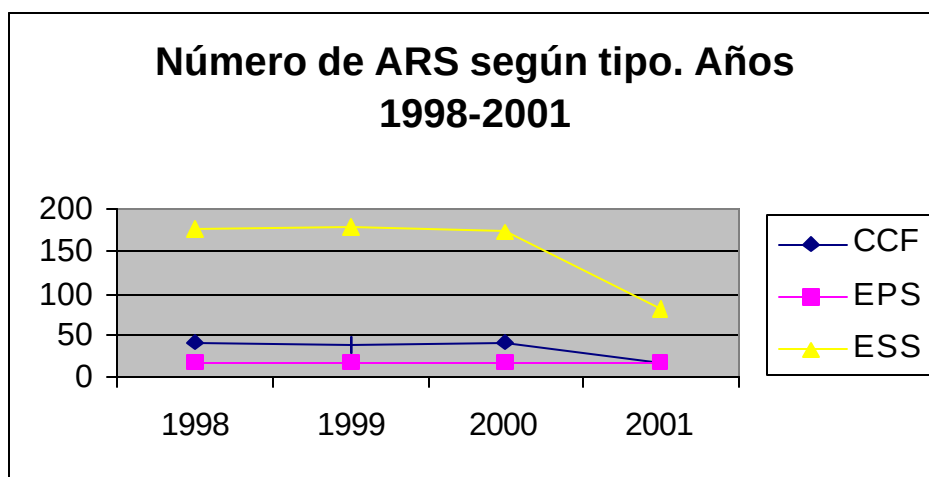
Tanto las EPS como las ESS han expandido su cobertura geográfica incursionando en un mayor número de municipios<sup>30</sup>. Las CCF según la gráfica, aparentemente han reducido su cubrimiento geográfico aunque estos resultados se explican porque un número importante de CCF se agrupó mediante la constitución Uniones Temporales. Las Cajas regionales de menor tamaño se agruparon en Uniones Temporales lo que significa que su cobertura geográfica es bastante amplia.

<sup>30</sup> En todo caso debe tenerse en cuenta la creación de nuevos municipios que iniciaron la operación del régimen subsidiado para el año 2001, aunque su cifra no es muy representativa sobre el total. (8 nuevos municipios según información del Ministerio de Salud)

## NUMERO DE ARS

En relación con el número de ARS autorizadas y los efectos del Decreto 1804 se observa este comportamiento:

**Grafico 63.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Lo primero que se puede concluir es que el Decreto 1804 no tuvo efecto alguno sobre el número de EPS autorizadas ya que este se mantuvo estable, probablemente porque este tipo de entidades estaban en capacidad de cumplir con las exigencias cuantitativas del Decreto.

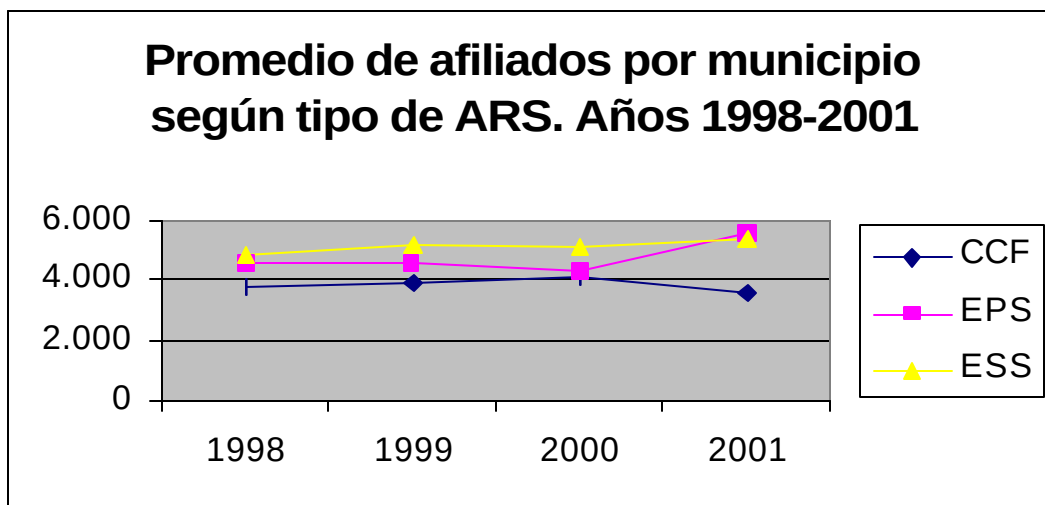
Las ESS y las CCF muestran un descenso marcado como era de esperarse. Sin embargo este descenso es realmente significativo en el caso de las Empresas Solidarias de Salud por cuanto para las ESS las circulares e instructivos de la Superintendencia Nacional de Salud llevaron a que en la mayoría de los casos se efectuaran fusiones. Contrariamente las CCF en su gran mayoría se agruparon a través de uniones temporales ya que pensar en fusiones para este tipo de entidades resultaba mucho mas complejo en la medida en que debería fusionarse toda la organización es decir incluido el componente de subsidio familiar lo cual resultaba poco probable.

De igual manera, dado que no se cuenta con todos los datos completos con posterioridad al 1º de abril de 2001, debe considerarse una mayor reducción para el caso de las Empresas Solidarias de Salud.

El promedio de afiliados por municipio que maneja cada tipo de ARS se puede apreciar gráficamente para el periodo 1998-2001 de esta forma:



**Grafico 64.**



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

El promedio de afiliados por municipio para todas las ARS ha oscilado entre 4.000 y 6.000 afiliados. Las Cajas venían con un crecimiento leve pero constante en el período 1998-2000, pero para el 2001 presentan un descenso significativo en el promedio de afiliados por municipio lo que puede implicar una mayor dispersión. Es decir mayor crecimiento geográfico que no corresponde al crecimiento en usuarios.

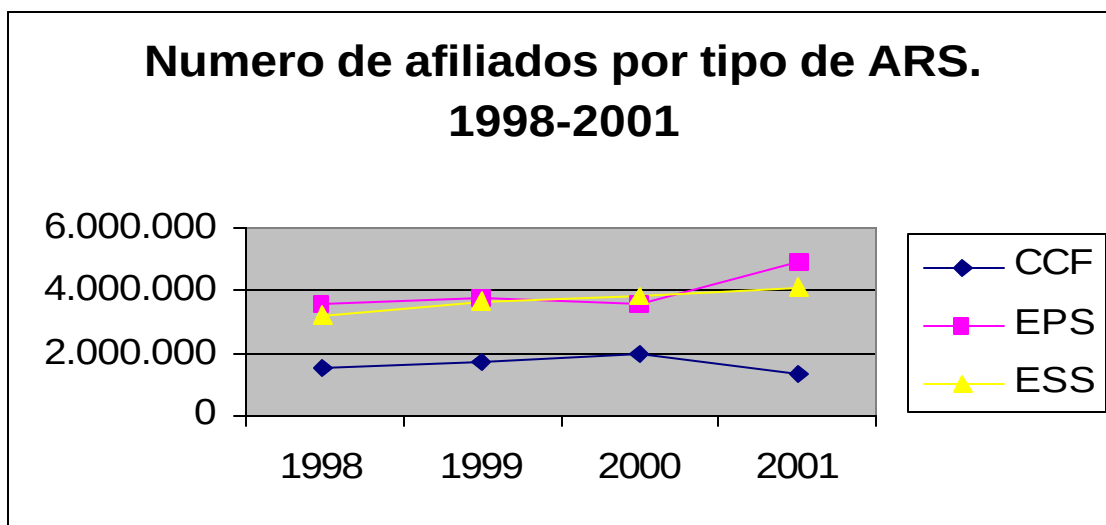
Por su parte las ESS mantienen un comportamiento constante, lo que significa que el Decreto 1804 no generó efectos en ese sentido. Finalmente las EPS presentan un repunte en la concentración para el año 2001 lo que implica seguramente que se han retirado de algunos municipios y han concentrado sus esfuerzos en otros invirtiendo la tendencia de dispersión que venía creciendo levemente en el período 1998-2001.

En todo caso y como ya se había mencionado en el análisis que no incluía la contratación del año 2001, el promedio de afiliados por municipio es bastante bajo, lo que implica que en términos generales al interior de los municipios no se logran los “pooles” de población necesarios para el correcto manejo del riesgo. Esto necesariamente debe llevar a que debe explicitarse que los recursos del aseguramiento no necesariamente deben tener un control para garantizar su ejecución a nivel de los asegurados por municipio, ya que de lo contrario el mismo modelo carecería de sentido. Esto, obviamente en ocasiones no es entendido así por el nivel nacional ni por los organismos de control generando graves conflictos.

Debe haber entonces también solidaridad entre los municipios, sin que esto signifique desviación de recursos.

Ahora observaremos el comportamiento de afiliados por tipo de ARS para el período 1998-2001, lo que nos mostrará como se encuentra repartido el mercado.

Grafico 65.



Fuente: Minsalud-CID-Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

En este gráfico se notan importantes cambios para el año 2001 pero deben analizarse con detalle. Frente a las ESS se nota un comportamiento sostenido en el crecimiento del número de afiliados lo que hace pensar que el Decreto 1804 las afectó en número de entidades pero no en su participación en el mercado y que las fusiones lograron mantener a la población en este tipo de empresas.

Las EPS presentan un crecimiento importante, pero allí todavía no está reflejada la salida de UNIMEC del mercado cuya participación sin duda afecta al conjunto de las EPS.

Por el lado de las Cajas, si bien parece representarse una pérdida importante del mercado, la verdad es que el efecto se debe a la constitución de las uniones temporales que cobraron importancia con la expedición del Decreto 1804.

En la información que se había analizado para el período 1998-2000 no se habían tomado en cuenta los convenios debido a su baja participación en el total de afiliados al régimen subsidiado<sup>31</sup>.

Para el 2001 los convenios siguen siendo de alguna manera insignificantes al participar tan solo en 14 municipios con 15890 afiliados.

Por el contrario las Uniones Temporales si tomaron fuerza y para el año 2001 contaban con 641.271 afiliados y participaban en 236 municipios del país.

En el caso de las fusiones es claro que la unión jurídica de dos o más empresas necesariamente genera que efectivamente se cree una sola empresa y se produzca una

<sup>31</sup> La participación de los convenios era inferior al 2% del total para ese periodo.

unión. La capacidad de que esa unión sea fructífera y efectivamente genere una mejoría para la empresa depende de la forma en que sea llevada a cabo por quienes participan.

En el caso de las uniones temporales o convenios, estas uniones no tienen el mismo alcance y connotaciones que las fusiones. En las uniones temporales o convenios las personas que participan conservan su personalidad jurídica y su autonomía como empresas y simplemente toman interés en un negocio particular en el que trabajarán conjuntamente de acuerdo con las condiciones pactadas en el documento de creación.

Lo que al parecer puede estar sucediendo es que estas uniones temporales realmente se hayan constituido para acreditar los requisitos del Decreto 1804, pero no efectivamente para aunar esfuerzos en el régimen subsidiado. La figura de las uniones temporales o convenios en el régimen subsidiado ya estaba planteada desde la aparición del Decreto 2357 de 1995, pero la verdad esta es una figura que se encaja más dentro de la tradicional contratación de las empresas con el Estado en aplicación de la ley 80 de 1993. Para el régimen subsidiado no es claro como una unión temporal realmente vaya a aportar una suma positiva de esfuerzos en el manejo de las obligaciones contractuales, especialmente el aseguramiento de la población afiliada.

Ello pudo generar como efectos del Decreto 1804 que este tipo de uniones no cumplieren el objetivo planteado que en esencia consistía en acreditar un mayor número de afiliados para diluir el riesgo, por cuanto en la generalidad de los casos la participación de los miembros de la unión es en un porcentaje igual al número de afiliados con los que contaba antes de unirse.