



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Análisis del flujo de recursos del régimen subsidiado en salud para Colombia, 2008-2012

Nelly Marcela Polanía Álvarez

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Económicas, Escuela de Economía
Bogotá D.C., Colombia
2015

Análisis del flujo de recursos del régimen subsidiado en salud para Colombia, 2008-2012

Nelly Marcela Polanía Álvarez

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Ciencias Económicas

Director:
Ph.D. Cesar Augusto Giraldo Giraldo

Línea de Investigación:
Economía y Gestión Pública

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Económicas, Escuela de Economía
Bogotá D.C., Colombia
2015

Resumen

Los recursos que financian el sistema de salud colombiano especialmente el régimen subsidiado, no se usan adecuadamente. La principal causa es que el modelo aplicado (pluralismo estructurado) le permite a las EPS manejar los recursos a su favor, en detrimento de prestadores y usuarios de los servicios. A partir del análisis realizado en este trabajo, se identifican obstáculos en el flujo de recursos del régimen subsidiado que restringen el financiamiento de las IPS. Básicamente el problema radica en altos niveles de deuda de las EPS mayoritariamente vencida y el uso de mecanismos como glosas para el no-pago de facturas. Además la situación se agrava porque los gobiernos plantean soluciones no efectivas, pues la esencia del sistema en cuanto al papel de las EPS, se mantiene.

Palabras clave: sistema de salud, salud pública, política, hospital, seguridad social, subsidio.

Abstract

The resources that finance the Colombian health system, specially the subsidized scheme are not used adequately. The principal reason is that the applied model (structured pluralism) allows to the EPS to handle the resources in its favor, to the detriment of users and services providers. From the analysis done in this work, obstacles are identified in the flow of the resources of the subsidized system that restrict the financing of the IPS. Basically the problem lies in high levels of debt of the EPS mainly overdue and the use of mechanisms as glosses for not paying the bills. In addition the situation worsens because the governments raise not effective solutions, since the essence of the system in respect to the role of the EPS, remains.

Keywords: health system, Public Health, Policy, Hospital, Social security, Subsidy.

Contenido

	Pág.
Resumen	III
Lista de gráficos	V
Lista de tablas	VI
Introducción.....	1
1. Influencias del modelo de aseguramiento colombiano	3
1.1. Aseguramiento de la salud	3
1.2. La salud y el mercado	5
1.3. Enfoque del Banco Mundial I: el informe “invertir en salud” y el modelo de pluralismo estructurado.....	6
1.4. Enfoque Banco Mundial II: manejo social del riesgo.....	8
1.5. Sociedad del riesgo.....	9
2. Estructura del régimen subsidiado en Colombia.....	11
2.1. Antecedentes: el proceso de descentralización	11
2.2. El régimen subsidiado: origen y evolución.....	11
2.3. El flujo de recursos en el régimen subsidiado.....	13
2.3.1. Las principales fuentes de financiación	14
2.3.2. El papel de los municipios.....	15
2.3.3. El papel de las EPS-S: El modelo de pluralismo estructurado.....	16
2.4. Fallas en el flujo de recursos	22
3. Análisis de la gestión de recursos en el régimen subsidiado	25
3.1. Metodología	25
3.2. Población objetivo	25
3.3. Resultados	27
3.3.1. Flujo de recursos: primera etapa.....	27
3.3.2. Flujo de recursos: segunda etapa	34
3.3.3. El caso CAPRECOM.....	41
4. Conclusiones y recomendaciones.....	43
Bibliografía	45

Lista de gráficos

	Pág.
Gráfico 3-1. Ingresos recaudados durante la vigencia.....	26
Gráfico 3-2. Ingresos recaudados por fuente de financiación.....	27
Gráfico 3-3. Pagos efectuados a EPS-S.....	28
Gráfico 3-4. Deudas municipios o ET con EPS-S.....	29
Gráfico 3-5. Deudas municipios o ET con EPS-S.....	29
Gráfico 3-6. Deudas vencidas municipios o ET con EPS-S.....	30
Gráfico 3-7. Deudas municipios o ET con IPS.....	31
Gráfico 3-8. Distribución del giro directo.....	32
Gráfico 3-9. Giro directo por EPS-S.....	32
Gráfico 3-10. Giro directo por IPS.....	33
Gráfico 3-11. Deudas EPS-S con IPS.....	34
Gráfico 3-12. Deudas por EPS-S.....	35
Gráfico 3-13. Cuentas por cobrar ESE.....	35
Gráfico 3-14. Cuentas por cobrar ESE vencidas.....	36
Gráfico 3-15. Cuentas por cobrar por EPS-S.....	37
Gráfico 3-16. Cuentas por cobrar por ESE.....	37
Gráfico 3-17. Cuentas en glosa.....	38
Gráfico 3-18. Glosas por EPS-S.....	39
Gráfico 3-19. Glosas por IPS.....	39

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 2-1. Principales cambios en el régimen subsidiado.....	17
Tabla 3-1. Total gasto reportado.....	25
Tabla 3-2. Total municipios analizados.....	25

Introducción

Desde la aplicación de las reformas de la década de los noventa, los diferentes gobiernos han centrado su interés en los cambios político–sociales y su impacto sobre el bienestar de los colombianos (UGALDE y JACKSON, 1998). Sin embargo, la evidencia demuestra que hasta el momento las metas prometidas no se han cumplido. (GIPSSP¹, 2011; GIRALDO, 2007; LONDOÑO, et al., 2001; SARMIENTO, et al., 1999)

Uno de los elementos que ha facilitado la ejecución de estas reformas (creación del sistema de seguridad social con privatizaciones y subsidios a la demanda) es el proceso de descentralización², en la medida que otorgó grandes responsabilidades a los municipios, especialmente en el manejo de los recursos de la salud a través del régimen subsidiado. El cambio generado por este nuevo régimen, no sólo afectó la atención en salud de la población pobre del país, sino que abrió un campo muy interesante para los inversionistas privados y gobernadores locales, debido a los intereses políticos que allí se mueven, y a las grandes cantidades de recursos que fluyen (LONDOÑO, et al., 2001).

Dentro de las responsabilidades de los municipios en el régimen subsidiado está centralizar los recursos³, contratación de las EPS-S (Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado) y selección de los beneficiarios potenciales a través del SISBEN (Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para programas sociales).

El papel protagónico de las EPS-S en el aseguramiento también resulta interesante, pues al constituirse en sus articuladoras (LONDOÑO y FRENK, 1997), tienen el poder de definir la destinación de los recursos que reciben, respondiendo más a sus intereses financieros, cuando su objetivo debería ser pagar los servicios demandados por los asegurados (GIPSSP, 2011).

Las consecuencias de las actuaciones de EPS-S y municipios han sido negativas, limitando el flujo de recursos. Diversos análisis han registrado estos efectos y la influencia que ha tenido en este comportamiento el modelo aplicado para la salud en Colombia, el cual presenta errores tanto en su diseño como en su aplicación. El objetivo de este trabajo es identificar los obstáculos que se están presentando en el flujo de

¹ GIPSSP es la sigla del Grupo de Investigación en Protección Social y Salud Pública, de la Universidad Santo Tomás.

² Corresponde al proceso que implicó dos reformas: la descentralización política, que redistribuyó responsabilidades y competencias entre la nación y los entes territoriales; y la descentralización fiscal, que estableció transferencias de los ingresos corrientes de la nación hacia los entes territoriales.

³ En la ley 1438 de 2011 esta función se transfirió al gobierno nacional a través del giro directo, con excepción de los recursos propios de las entidades territoriales y las rentas cedidas.

recursos del régimen subsidiado, y las posibles implicaciones que puedan ocasionarse en el financiamiento de las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios).

Para entender el mal funcionamiento del sistema de salud, en el capítulo 1 se revisan las bases teóricas que inspiraron al modelo aplicado. Aquí se podrá encontrar que dicho modelo, basado en el aseguramiento privado, tiene problemas desde su origen al imitar el esquema estadounidense con sus errores y complejidades (BANCO MUNDIAL, 1993). Adicionalmente, se han presentado errores en su ejecución, y a pesar de que se han identificado plenamente los problemas, no existe una verdadera voluntad política para replantearlo (MARTÍNEZ, 2008b; DNP, 2002 y 2006).

En el capítulo 2 se presenta la estructura del régimen subsidiado con el fin de contextualizar la participación de EPS-S y municipios, que al ser los actores más importantes en la intermediación financiera y asignación de subsidios, se benefician de incentivos perversos, que conducen a perseguir ganancias financieras, y no a prestar servicios para mitigar los riesgos de salud de la población pobre del país. Estos actores son responsables en la desviación de recursos para pagar favores políticos (FEDESARROLLO, 2001), generar riqueza a partir de especulación financiera o demoras en los pagos a hospitales a partir de glosas, recobros o rechazo de facturas de servicios no-POS (GIRALDO, 2007).

Finalmente, para cumplir con el objetivo planteado, en el capítulo 3 se analiza la información financiera presentada por los municipios a la Superintendencia Nacional de Salud. Se escogió esta fuente porque no es analizada por ninguna entidad, y es considerada de interés, ya que los municipios administran el régimen subsidiado, y al presentar información de presupuesto y cartera entre otros temas, permiten acceder a datos muy útiles para revisar el uso de los recursos en el régimen, lo que puede conducir a mejorar su aprovechamiento, así como el acceso efectivo a servicios de salud de la población pobre del país. En el último capítulo se presentan las conclusiones derivadas de este trabajo.

El resultado obtenido confirma que la forma en que municipios y especialmente EPS-S intervienen en el flujo de recursos del régimen subsidiado, genera varios obstáculos que restringen el acceso de los mismos por parte de las IPS, sobretodo las públicas. Los principales hallazgos se asocian a niveles de pagos a las EPS-S muy bajos, además de IPS públicas con alto volumen de cartera, vencida en un 75%.

1. Influencias del modelo de aseguramiento colombiano

1.1. Aseguramiento de la salud

El sistema de seguridad social en salud implementado en Colombia mediante la ley 100 de 1993 aplicó el modelo de pluralismo estructurado, formalizado posteriormente por Londoño y Frenk en 1997. Su principal planteamiento es que el aseguramiento es una medida efectiva de protección a la salud.

Esta visión de aseguramiento hace referencia a una concepción tradicional, relacionada con la seguridad social del Estado de Bienestar europeo, antecedida por las políticas asistencialistas del siglo XVIII y el modelo bismarckiano de aseguramiento de fines del siglo XIX.

Ser un sistema obligatorio, colectivo y público, con un gran protagonismo de la relación salarial para el acceso a la protección, que luego se universalizó a toda la población, son los elementos más destacados de los modelos que dieron origen a esta visión de seguridad social. El Estado de bienestar europeo construyó una nueva protección universal que va más allá de la protección sujeta a una condición de vulnerabilidad (GIRALDO, 2007).

En el caso colombiano, se supone que el aseguramiento funcionaría como un seguro convencional, el cual constituye una forma de solidaridad que incluye mecanismos de prepago y distribución del riesgo entre las personas. Esto implica que todas las personas aportan y aquel que enfrenta un siniestro queda protegido (MARTÍNEZ, 2008c).

Un sistema de seguros puede distribuir el costo de un siniestro cualquiera que sea y sin importar el monto. Pero en la salud no ocurre así, ya que hay casos en que no se puede distribuir el costo de ancianos, pacientes o intervenciones de alto costo, y por eso son rechazados y excluidos del aseguramiento. Si se aplica la lógica de los seguros no hay paciente, servicio o cirugía que sea costosa, pues por muy alto valor que tengan al distribuirse entre millones de habitantes que pagan la póliza, termina siendo un aporte

muy pequeño. El problema entonces no es el seguro, sino que en la salud falta desarrollar seguros (MARTÍNEZ, 2008c).

El concepto de seguridad social además del mecanismo de seguro incluye un acuerdo social. Este acuerdo implica que asegurarse fortalece el derecho de ciudadanía y que hay que separar la capacidad de pago del riesgo. De esta forma, la póliza se paga de acuerdo a la capacidad de cada usuario, generando un fondo con un paquete de riesgos universal. Esto permite que se haga una distribución correcta, siendo solidario en el pago pero equitativo en el acceso al servicio, pues es un derecho para toda la población (MARTÍNEZ, 2008c). Desafortunadamente con la implementación del nuevo modelo de aseguramiento se perdió esta concepción al pasar de seguridad social como derecho, a una mercancía por adquirir en el mercado con un Estado débil que no ha sido capaz de intervenir exitosamente para limitar el avance de las empresas privadas (MARTÍNEZ, 2008c).

En el lado opuesto está la lógica de la salud pública, pues quien se asegura y a un bajo costo, es el Estado ante un riesgo social que puede incrementar la morbilidad. Es claro que debe ser una función del Estado porque un individuo no tiene incentivos para comprar un seguro de promoción y prevención, pues se caracteriza por una atención primaria que funciona bajo el esquema de costo-efectividad diferente al costo-beneficio del aseguramiento (MARTÍNEZ, 2008c). Sin embargo, los esfuerzos de reforma en Colombia se han orientado a entregar esta función a las empresas privadas que funcionan bajo la lógica del aseguramiento, por lo que como es de esperarse, la salud pública se ha debilitado.

Las consecuencias negativas de la aplicación del aseguramiento en Colombia pueden considerarse como un caso particular que evidencia su poca utilidad en el mundo actual. El protagonismo del mercado ha permeado lo más profundo de la filosofía y principios de lo conocido como social, donde el aseguramiento como alternativa de solución, está en decadencia. Esta última afirmación planteada por ROSANVALLON (1995) se desarrolla a continuación.

El seguro social fue aceptado desde hace varios siglos porque permitía cubrir los riesgos a partir del aseguramiento de garantías sociales. Funcionaba como una “mano invisible de la solidaridad”, ya que se obtenía seguridad y solidaridad sin depender de la buena voluntad de los hombres. Se pasó de un enfoque de responsabilidad individual (subjetivo) al de riesgo (objetivo). El Estado se consideraba el asegurador universal cuyo objetivo era reducir la incertidumbre.

Lo que ocurre ahora es que las bases en las que funciona el aseguramiento no existen, pues muchos riesgos sociales como el desempleo han dejado de ser inciertos para ser “estados estables”. Ya no hay riesgos inciertos por asegurar, sino condiciones de vulnerabilidad o precariedad, que se convierten en situaciones particulares de cada individuo, quien no tiene otra opción que centrar su atención en sí mismo, por lo que se retorna al enfoque individualista de la protección.

La sensación de que la situación vulnerable es permanente aumenta la inseguridad de los individuos. Esto sumado a los progresos de la genética médica que hace previsible algunos riesgos de salud, fortalece ese enfoque, invalidando totalmente la lógica aseguradora porque se pasa de poblaciones cuyos riesgos pueden mutualizarse a vulnerabilidades personalizadas, en la que los seguros pierden su utilidad porque ya no

son consecuencia del azar. El efecto de este cambio también afecta el principio de solidaridad, ya que debe responder a los nuevos problemas sociales. Igualmente, debe cambiar el principio de justicia pues no es suficiente la mutualización de los riesgos sociales.

Las diferencias entre los individuos reducen la solidaridad y la percepción de lo justo. En consecuencia, peligran los sistemas tradicionales de pensión y salud, ya que no hay motivación para aportar si lo esperado es la ausencia de enfermedad o jubilación. Si se reconocen las desigualdades naturales y se adopta la igualdad de oportunidades para corregir estas diferencias, la solidaridad podría entenderse como un mecanismo de compensación.

Sin embargo, la redistribución social se ha inclinado en forma extrema hacia la radicalización de los derechos civiles donde lo importante es atender a las víctimas y no al ciudadano. Es un enfoque equivocado porque sobredimensiona la desgracia, la condición de vulnerable, hace del individuo un defensor radical de los derechos adquiridos. Aquí no se busca igualar las oportunidades, sino mantener la condición de víctima o pobre como ocurre con la focalización en Colombia, por lo cual no hay solidaridad.

Un factor que ha fortalecido este enfoque es la facilidad que da a los gobiernos para manejar los recursos y enfrentar crisis financieras. Al ser selectivos están obligados a cubrir únicamente las prestaciones de aquellos identificados como vulnerables, lo cual resulta menos costoso frente a la protección universal de la población. No hay posibilidad alguna de construir una sociedad solidaria cuando se incentivan las desigualdades, pues el pobre no quiere dejar de serlo para no perder los beneficios, perjudicando a las clases medias y las condiciones salariales de los trabajadores en general al convertirse en los excluidos de la protección del Estado.

No obstante, el mayor peligro no es la ausencia de la solidaridad para asignar prestaciones sociales. Lo es que la selectividad se convierta en un principio filosófico que desplace a la dimensión de ciudadanía para enfrentar los riesgos sociales. De un mecanismo que reduce o elimina las desigualdades para todos, se pasaría a ser completamente asistencialista para los más pobres, o desde otro enfoque a trasladar la financiación de las prestaciones a los más ricos. Por lo tanto, lo que se debe buscar es reinventar el papel de la solidaridad con una selectividad razonable.

Finalmente, hay que destacar que se ha difundido una contraposición equivocada entre seguro y solidaridad. No es correcto afirmar que el seguro corresponde al manejo de la protección social y la solidaridad se deriva de la protección universal que hace el Estado. Lo adecuado es tratar al seguro como una técnica y la solidaridad como un valor que afecta a toda la sociedad, identificando adecuadamente el papel que debe cumplir el Estado y los responsables de la gestión social, con el fin de encontrar las respuestas adecuadas a los problemas sociales.

1.2. La salud y el mercado

La mercantilización de la salud ha generado diversas reflexiones. Algunos analistas consideran que no es la elección correcta, pues el mercado de la salud no funciona bien.

Los usuarios no pueden comparar las alternativas con el fin de elegir la de mejor calidad y menor precio. Además, es poco probable que el mercado asigne recursos a medidas preventivas como planes de vacunación o control de riesgos ambientales (JAMISON, et al., 2006), estas acciones colectivas las cumple exitosamente el Estado. Reconocer las fallas del mercado y la labor exitosa del Estado fortalece el sistema de salud, lo que conduce a servicios y acciones más costo-efectivas, pero produciendo beneficios en la salud de la población (JAMISON, et al., 2006).

Otros analistas consideran importante reconocer y formalizar el mercado de salud. Esto se basa en la aceptación del avance del sector privado y la necesidad de competencia al interior del sector público. Sin embargo, se reconoce que dicho mercado se orienta a satisfacer las preferencias de la población de ingreso medio y alto, y de los trabajadores formales (KATZ Y MIRANDA, 1995). En esta visión no se aclara quién debe garantizar el derecho a la salud de la población que no puede acceder al mercado, pues el Estado se limita a regular su funcionamiento.

Pero aún con un mercado de salud formalizado, pueden presentarse fallas si las empresas tienen poder de mercado. Estas fallas se relacionan con los costos de cambio que no permiten que nuevas empresas atraigan usuarios, y con los rendimientos crecientes en los costos administrativos (JACK, 2000). Además, el hecho de que el valor real de los activos de las empresas sea función de la calidad de las inversiones financieras y el costo de la prestación de los servicios médicos (JACK, 2000), distorsiona sus objetivos exclusivamente a aumentar su rentabilidad y mejorar la calidad de sus inversiones financieras al menor costo posible, lo cual generalmente perjudica a los usuarios de los servicios, pues no necesariamente podrán acceder a lo que necesitan.

Una falla importante es que el mercado de salud no ofrece seguros para toda la vida. Debido a que los seguros se ajustan en forma anual, los usuarios deben enfrentar una alta variabilidad de sus gastos médicos durante toda su vida. Una causa de la ausencia de oferta de seguros en salud para toda la vida es la incertidumbre en el desarrollo futuro de los precios de los servicios médicos, debido a los “caprichos de la dinámica tecnológica y epidemiológica”, que impide que sean riesgos fácilmente asegurados (JACK, 2000). De esta forma, si los usuarios deben acudir al mercado para obtener protección contra los riesgos en salud que pueden presentarse a lo largo de su vida, pero dicho mercado no puede ofrecer ese servicio, entonces el mercado de salud no podrá funcionar correctamente, y no habrá intervenciones que puedan corregir esta falla.

1.3. Enfoque del Banco Mundial I: el informe “invertir en salud” y el modelo de pluralismo estructurado

En “Invertir en Salud” (1993) el Banco Mundial formalizó su posición frente al papel del Estado en el manejo de la salud, al plantear que era inminente la necesidad de que se privatizara especialmente en los países en desarrollo, ya que el Estado no lo manejaba eficientemente. Esta propuesta afianza la aplicación del modelo neoliberal en la búsqueda del desarrollo y bienestar a partir del crecimiento económico (UGALDE y JACKSON, 1998). El modelo de pluralismo estructurado aplicado en Colombia constituye el mejor ejemplo de aplicación de este planteamiento (LAURELL, 2010).

El principal impacto del informe es el cambio de la salud como derecho social garantizado por el Estado a un problema económico, en el que los servicios deben adquirirse en el mercado. Bajo esta visión, se justifica que las reformas se orienten únicamente a financiamiento, venta de servicios y estructuras costo-eficaces, alejándose de la definición de modelos de atención que mejoren el acceso (LAURELL, 2010).

Precisamente de eso se trata la propuesta del pluralismo estructurado que fue aplicada en el caso colombiano. Al mercantilizar la salud se favorecieron las actividades financieras a través de la administración de los fondos. Este es un negocio muy rentable ya que genera ganancias no sólo por realizar sus propias funciones, sino por la especulación financiera a la que tiene acceso, gracias al manejo del fondo. Esta rentabilidad se garantiza a pesar del aumento de costos ocasionada por complejas estructuras administrativas con múltiples esquemas de seguros (LAURELL, 2010).

La motivación de una institución financiera como el Banco Mundial para formular políticas sanitarias, ha sido de gran interés para algunos analistas. Con esta postura logró imponer sus ideales, aprovechando que puede hacer exigencias a los gobiernos a cambio de los préstamos al sector salud que comenzó a otorgar al publicar el informe. Con las metodologías sugeridas por el Banco Mundial, los gobiernos encontraron una herramienta útil para justificar la reducción en la financiación de servicios de salud, cubriendo únicamente aquellos de bajo costo (UGALDE y JACKSON, 1998).

Así se dio inicio a la aplicación de los “servicios clínicos esenciales”, o servicios incluidos en el POS en el caso colombiano. Otras aplicaciones del informe son: reducción de gastos hospitalarios, imposición de cuotas, reducción del sector público en la salud, promoción de privatizaciones, y énfasis de la responsabilidad de los individuos sobre su salud -y no de las entidades promotoras o prestadoras- (UGALDE y JACKSON, 1998).

Las recomendaciones del Banco Mundial se inspiraron en el modelo de competencia dirigida de Estados Unidos. Éste consiste en fomentar la competencia entre proveedores, quienes ofrecen un paquete estándar de servicios a un precio fijado anticipadamente. El fomento se da porque los usuarios eligen la mejor oferta, incentivando a los proveedores a mejorar calidad y reducir costos (BANCO MUNDIAL, 1993).

Sin embargo, en el informe del Banco Mundial (1993) y en el artículo de Londoño y Frenk (1997), se reconoce que no basta con copiar el modelo estadounidense, sino que se deben corregir las deficiencias. Era necesario evitar la negativa de las aseguradoras para aceptar pacientes de alto riesgo, a través de la regulación estatal al mercado de seguros, o limitar el pago de servicios y medicamentos teniendo en cuenta que ni prestadores ni usuarios tienen incentivos para restringir el gasto. La solución planteada fue asignar valores fijos por persona (unidad de pago por capitación, UPC para Colombia) y establecer los pagos por capitación, así como presupuestos preestablecidos para los hospitales (BANCO MUNDIAL, 1993).

Con la aceptación del modelo estadounidense, se impuso el nuevo papel para el Estado: regular el mercado de seguros. El objetivo es garantizar la cobertura amplia manteniendo los costos bajos. Se planteó que el mejor mecanismo para promover la competencia era la prestación privada de servicios, que podría ser financiada con recursos públicos o seguros sociales. También se introdujo la descentralización de servicios estatales, el fomento de la gestión y la definición del paquete de servicios clínicos esenciales basado en las necesidades de salud y el nivel de ingresos (BANCO MUNDIAL, 1993).

Desafortunadamente la evidencia ha demostrado que la regulación estatal de este modelo no logra resolver las fallas del mercado, ya que los problemas de selección de riesgos (riesgos bajos y primas elevadas) e información asimétrica (que conduce a reducir servicios y/o calidad en la prestación) de las aseguradoras son muy complejos, especialmente en países como Estados Unidos. Los esquemas de ajuste que incluyen estandarización de paquetes de beneficios y evaluación de calidad, han sido insuficientes. La situación empeora cuando el Estado es débil, que es muy usual en países en desarrollo como Colombia, pues se suman a la imposibilidad de resolver las fallas, la información escasa y la capacidad administrativa insuficiente para dirigir el sistema (VARGAS, 2009).

Otros problemas que ha mostrado la experiencia estadounidense son: costos de transacción y complejidad en la atención, producto de la competencia entre redes de servicio, así como de la existencia de múltiples aseguradoras. De otro lado, hay complejidad en la administración de los diferentes planes de seguro de los usuarios, que genera inconvenientes a los proveedores de servicios (VARGAS, 2009).

1.4. Enfoque Banco Mundial II: manejo social del riesgo

Una vez se logró consolidar el pensamiento del Banco Mundial para el manejo de la salud a través del pluralismo estructurado, se construyó un marco conceptual más amplio, con el fin de blindar el avance de la lógica financiera sobre lo social. De esta forma se presenta el “Manejo social del riesgo” (MSR) como la mejor alternativa para abordar la protección social. Esta nueva visión se considera más amplia para estudiar la protección social, cumpliendo un doble papel: proteger la subsistencia básica y promover la disposición a asumir riesgos (HOLZMANN y JORGENSEN, 2000).

Este enfoque afirma que todos los individuos son vulnerables a múltiples riesgos, provenientes de la naturaleza o de la acción del hombre. El impacto de estos riesgos sobre las personas genera y profundiza la pobreza. Debido a este efecto, el principal objetivo del MSR son los pobres, quienes son vulnerables a los riesgos sin tener los instrumentos adecuados para enfrentarlos. Esta situación agrava su condición de pobreza pues no pueden involucrarse en actividades más riesgosas que son rentables, las cuales podrían ayudar a superar dicha pobreza (HOLZMANN y JORGENSEN, 2000).

Por lo tanto, la solución que ofrece el MSR es mejorar las capacidades de manejo del riesgo, vista como una medida económica para erradicar en forma duradera la pobreza. De esta forma, se tiene una opción más acertada que la ofrecida por la definición tradicional de protección social, que a través de medidas públicas como intervenciones en el mercado laboral o redes de protección social, no tiene una alternativa estratégica para reducir efectivamente la pobreza, que vaya más allá de tener en cuenta a los marginados del crecimiento. Los instrumentos correctos deben enfocarse a prestaciones de mercado teniendo en cuenta su efecto sobre el desarrollo (HOLZMANN y JORGENSEN, 2000).

Al igual que en otras concepciones, el MSR establece claramente el limitado papel de los gobiernos: debe reducir su participación directa en la mitigación del riesgo, y

concentrarse en su función fiscalizadora y supervisora sobre los instrumentos que maneja el sector privado en campos como la salud y las pensiones. (HOLZMANN y JORGENSEN, 2000).

Una conclusión bastante interesante es que los más satisfechos con el enfoque de MSR son los ministros de finanzas de los países donde se ha implementado. Este marco les permite legitimar intervenciones asociadas al riesgo como instituciones de microfinanzas, créditos para pobres, o fondos de inversión social. Se sienten tranquilos porque al contextualizarse en la lógica financiera, el MSR les ofrece un lenguaje familiar, alejando las pretensiones de la población por demandar recursos fiscales para financiar su protección social (HOLZMANN y JORGENSEN, 2000).

1.5. Sociedad del riesgo

Al revisar los conceptos en los que se basa actualmente la protección social, es claro que el interés principal es fortalecer un negocio indefinidamente, aprovechando la importancia que tiene la lógica financiera en el pensamiento moderno. Sin embargo, promover la vulnerabilidad del individuo ante múltiples riesgos que supuestamente a futuro nunca podrá cubrir, es una interpretación equivocada de la cultura del riesgo. Esta percepción sólo sirve para justificar el uso de seguros que proveen los mercados privados como única alternativa factible. Esto no quiere decir que la evolución moderna de la sociedad no haya producido nuevos riesgos, sino que sus nuevas características no permiten el uso de seguros convencionales (CASTEL, 2006).

Estas nuevas amenazas tampoco favorecen el retorno a los mecanismos clásicos de protección social provenientes del Estado, a pesar de que han sido aprovechadas para desprestigiar el papel de los gobiernos al responder a los nuevos problemas sociales, siempre con el objetivo de encaminar a los individuos al uso de seguros privados. Sin embargo, esta premisa se considera ingenua al promover el individualismo cuando la regulación estatal es siempre necesaria, pues rescata la importancia de lo colectivo como un mecanismo que realmente brinda seguridad (CASTEL, 2006).

A pesar de que el individualismo sea el camino equivocado en la búsqueda de seguridad, se mantiene porque permite desarrollar la competitividad máxima propia de la expansión del capitalismo dominada por el capital financiero internacional. Esto ha modificado la composición del trabajo, desestabilizándolo hasta llegar a la inseguridad social. Como consecuencia se observa el desempleo masivo, la flexibilización laboral, e incluso trabajadores pobres. Es en este escenario de inestabilidad donde gana protagonismo el seguro privado. De esta forma se privatizan las protecciones, restringiendo el papel del Estado que ocasiona pérdidas de cohesión social que éste garantiza (CASTEL, 2005).

Aunque reconocer esta realidad es importante, no hay que detenerse allí. Los nuevos riesgos no pueden desconocerse, pero tampoco hay que pretender que la solución es eliminar todos los riesgos porque es imposible, ya que siempre habrá un nuevo riesgo. Entender esta situación permite reducir el miedo y la tendencia a refugiarse en lo que el mercado privado provee para asegurarse. Esto permitiría enfocarse correctamente a las protecciones que realmente atenúan los nuevos riesgos sociales, aprovechando las lecciones que la visión tradicional de la protección social ha dejado (CASTEL, 2008).

2. Estructura del régimen subsidiado en Colombia

2.1. Antecedentes: el proceso de descentralización

La descentralización fue de gran influencia en la reforma a la salud, especialmente en el manejo de recursos del régimen subsidiado. Este proceso se llevó a cabo a comienzos de los noventa a través de dos formas: la descentralización política, que redistribuyó responsabilidades y competencias entre la nación y los entes territoriales; y la descentralización fiscal, que estableció transferencias de importantes ingresos corrientes de la nación hacia los entes territoriales.

En este proceso aumentó el protagonismo del sector privado, gracias al gobierno Gaviria (DNP, 1991). En su plan de desarrollo deja claro que las administraciones locales jugarían un papel de provisión más que de producción de servicios descentralizados, ya que en este rol el sector privado garantizaría mayor eficiencia. En la implementación del régimen subsidiado esto es totalmente aplicado.

Si se revisan los resultados de la descentralización, se tiene que ha avanzado pero a ritmos dispares, debido a incongruencias políticas, falta de incentivos reales, y otros problemas de carácter político, financiero, institucional y legislativo (LONDOÑO, et al., 2001). De otro lado, la aplicación de la descentralización ha aumentado las inequidades entre regiones (LONDOÑO, et al., 2001), al entregar recursos a aquellas que son más desarrolladas, marginando a las más pobres y atrasadas. Incluso la dependencia de las transferencias nacionales se ha convertido en un incentivo perverso para algunas regiones reduciendo el esfuerzo fiscal local, siendo un efecto contrario al esperado por la reforma descentralista (DNP, 1991).

2.2. El régimen subsidiado: origen y evolución

Colombia implementó reformas sustanciales en los años 90, aplicando el modelo neoliberal bajo el argumento de que el Estado era ineficiente y había que privatizar, inclinarse al mercado. La salud fue uno de los sectores reformados bajo este esquema. Como parte de esta reforma, el régimen subsidiado se creó en la ley 100 de 1993 para asegurar a la población pobre sin capacidad de pago con el fin de que tenga acceso a la

atención en salud. La clasificación de la población y la selección de beneficiarios se hacen a partir del SISBEN.

Los municipios son los responsables de administrar los recursos del régimen y de seleccionar a los beneficiarios. De la misma forma en que funciona el régimen contributivo, en el subsidiado las entidades encargadas del aseguramiento de la población son las EPS-S, anteriormente conocidas como ARS. De otro lado, se encuentran las IPS, encargadas de prestar los servicios de salud a los afiliados, bajo el marco de un POS-S, el cual corresponde a un paquete de servicios a los que tienen derecho los beneficiarios del régimen.

Siguiendo a FEDESARROLLO (2001), el esquema aprobado en la ley 100 de 1993 implicó un cambio importante en el sistema de salud colombiano, pasando de una combinación de aseguramiento de los empleados formales con capacidad de pago y un sistema público asistencial, a un modelo de aseguramiento universal obligatorio, donde participan el sector privado y el público bajo un contexto de competencia regulada.

La justificación más importante de la reforma es que el Estado realizaba actividades en las que no era eficiente, por lo que debía orientar sus esfuerzos a aquellas en las que realmente era exitoso (seguridad, servicios públicos, salud y educación subsidiadas, entre otros). Las actividades en las que el Estado no era eficiente debían pasar al sector privado.

También se definió que el gobierno tiene un único deber supremo: estabilidad macroeconómica con equilibrio fiscal y monetario, garantizando el derecho a la propiedad y el cumplimiento de los contratos. Todo lo demás debe subordinarse a este fin. En este enfoque la aplicación del subsidio a la demanda en la salud es uno de los instrumentos más importantes, al permitir no sólo trasladar recursos de la salud al sector privado, sino brindar más libertad al gobierno para manejar dichos recursos con el fin de garantizar los equilibrios fiscales y monetarios. De ahí que en el Plan de Desarrollo de Gaviria (DNP, 1991) se afirmara que los subsidios a la demanda constituyen el “medio más eficaz para ejecutar el gasto público”.

A pesar de no haber logrado los resultados esperados, se debe reconocer que en el plan de desarrollo de Gaviria se ilustró un diagnóstico interesante del sistema de salud colombiano al comenzar los noventa. La baja cobertura y los altos costos de funcionamiento de algunas entidades reflejaban serios problemas administrativos. Falta de planificación, recursos muy centralizados, ausencia de sistemas de información, demoras en los giros, falta de seguimiento y control al flujo de recursos, etc. Para dar solución a estos problemas el gobierno Gaviria implementó reformas en tres frentes: reforma al sistema (institucional y financiera), aplicación del modelo de aseguramiento público y mejoramiento de la gestión hospitalaria.

La reforma al sistema se concretó con la puesta en marcha de dos regímenes (contributivo y subsidiado), la descentralización en el manejo de recursos y en la prestación de servicios, priorizando la atención primaria. Con respecto al aseguramiento público el principal cambio es la sustitución de los subsidios de oferta a demanda. Por último, la gestión hospitalaria debió orientarse a la de empresas rentables que compiten por obtener la mayor cantidad de prestación de servicios al menor costo posible.

Los gobiernos siguientes al de Gaviria dieron continuidad a sus políticas, lo cual permitió la consolidación del sistema, pero sin lograr la cobertura universal ni la sustitución plena de subsidios. Ejemplos del funcionamiento en simultánea de los dos sistemas son la reestructuración de los hospitales públicos que no ha finalizado, y la población que sigue sin estar afiliada a ninguno de los dos regímenes, que requiere servicios que retrasan el desmonte total de los subsidios a la oferta.

Esta continuidad se refleja por ejemplo en el plan de desarrollo del gobierno Uribe (DNP, 2002 y 2006). A pesar de identificar algunos de los problemas que enfrentaba el sistema de salud en ese momento, no se considera ni siquiera la posibilidad de cambiar el modelo. Al contrario, todo apunta a profundizar el esquema de aseguramiento, la reestructuración de los hospitales públicos y la aplicación de la focalización en las políticas sociales.

Uno de los problemas que se reconocen en este plan de desarrollo es la influencia del desempleo y la informalidad en la baja cobertura del régimen contributivo. Adicionalmente, reconoce que los programas asistencialistas no funcionan porque no están identificando correctamente a la población pobre, a quienes están dirigidos.

Llama la atención que también se reconozca la ineficiencia en el manejo de recursos por parte de las EPS en el proceso de aseguramiento, así como la falta de un sistema de información que identifique sobrecostos y multiafiliaciones. Se hace alusión al aumento de gasto público en salud que no se ha traducido en aumentos de cobertura y mejoras en la prestación de servicios. También se habla de los programas de salud pública que han reducido sus esfuerzos en campañas de vacunación lo cual ha generado la reaparición de enfermedades como sarampión, tosferina y neumonía, así como el incremento de enfermedades de transmisión vectorial como la malaria y el dengue.

A pesar de identificar toda esta problemática, las soluciones propuestas lo único que demuestran es la intención de profundizar el modelo. En consecuencia, se dio continuidad al cambio de subsidios de oferta a demanda, exigencia de financiación de hospitales públicos a través de la venta de servicios y el aumento del esfuerzo financiero de las entidades territoriales para que aporten más recursos a la salud.

2.3. El flujo de recursos en el régimen subsidiado

La estructura financiera del régimen subsidiado no ha cambiado sustancialmente desde que fue creado en 1993. En las reformas posteriores lo que se ha modificado es el responsable de los recursos, algunos plazos para pagos o distribución porcentual entre los diferentes programas. Pero el poder de las EPS-S se mantiene, e incluso se favorece cada vez más, aumentando sus ganancias.

Los recursos del régimen subsidiado deben pasar por tres pasos antes de llegar a los usuarios. El primero, es la recepción en cada fuente de financiación. Luego se centralizan en los municipios, encargados de administrar el régimen. Finalmente, las EPS-S reciben los recursos mediante las UPC-S para pagar a las IPS por la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

2.3.1. Las principales fuentes de financiación

a) El sistema general de participaciones (SGP), el cual proviene de las transferencias obligatorias de los ingresos de la nación. Este sistema fue creado en el 2001 para reemplazar al situado fiscal, que cumplía esta función desde 1993. La principal característica de estas transferencias es que tienen un propósito y mecanismos de asignación específicos (salud, educación y propósito general). En la partida de salud (24.5%), las distribuciones han variado desde financiar la atención del primer nivel, hasta la cobertura plena y sostenible. El gobierno ha afectado el incremento de estos recursos, en detrimento de las necesidades de los afiliados al régimen para generar ahorro fiscal (RODRÍGUEZ, 2005).

b) Aporte del FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía), proveniente entre otros, de la solidaridad de las cotizaciones del régimen contributivo. El manejo que el gobierno ha dado a este fondo ha generado múltiples problemas. Por un lado, porque se generan incentivos perversos a las EPS-S al exigir que los recursos que no se invierten en promoción y prevención debe ser reintegrados (SSMM, 2009)⁴, ya que les resulta menos costoso y más práctico, en detrimento de la salud pública (LONDOÑO, et al., 2001).

De otro lado, los efectos redistributivos entre las regiones se han reducido, al punto de que su asignación premia a las regiones más desarrolladas y restringe los recursos a aquellas más pobres y apartadas (LONDOÑO, et al., 2001). Bajo este esquema departamentos como Antioquia y Cundinamarca han tenido un financiamiento mayor que Chocó, Sucre, Bolívar, Magdalena y Guaviare. Como si fuera poco, el FOSYGA gira los recursos a las regiones antes de que éstas usen sus propios recursos para afiliarse a su población, fomentando la “pereza fiscal” (FEDESARROLLO, s.f.).

Por último y quizá el problema más grave es el uso de los recursos del FOSYGA por parte del gobierno, al captarlos por la Tesorería de la nación, que en contrapartida expide TES, respaldando la deuda del gobierno a costa de la salud de los colombianos (RODRÍGUEZ, 2005). Según Sergio Isaza en 2010, 5 de los 22 billones de pesos destinados a la salud correspondieron a inversiones en TES, recursos suficientes para enfrentar la crisis del sistema. Adicionalmente, el autor muestra que 1.6 billones fueron invertidos en CDT, y 4.4 billones reposaban en cuentas de la banca privada, mientras que el acumulado en recobros al FOSYGA entre el 2006 y 2009 ascendió a 4.2 billones de pesos. Mientras tanto, la justificación para las demoras en los pagos por recobros a las EPS es que el 42,7% de los TES tienen vencimiento entre 90 y 180 días, y el 30,8% entre 180 y 730 días (RODRÍGUEZ, 2010). Se ha planteado eliminar el mecanismo de recobros⁵ y que el FOSYGA pague directamente los servicios no POS-S, pues de esta forma se evitaría una pérdida de un 1% de sus ingresos (SSMM, 2009).

c) Las rentas cedidas. Desde 1990 se definió el arbitrio rentístico de la nación en beneficio de la salud, que incluye juegos de suerte y azares diferentes de loterías, apuestas permanentes y rifas menores. Con estos recursos los municipios tienen la

⁴ SSMM es la sigla de la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín (Antioquia).

⁵ La ley 1438 de 2011 creó la Junta Técnica Científica de Pares con el objetivo de determinar la pertinencia médica de las prestaciones No POS, bajo completa autonomía profesional para tomar decisiones. Según el gobierno este mecanismo sería la garantía de que los servicios no POS que se financian con los recobros, correspondan a los que realmente necesitan los usuarios, y no los que responden a las necesidades financieras de las EPS.

posibilidad de financiar las direcciones locales de salud, lo cual no es permitido con los recursos del SGP.

d) Las otras fuentes son: Los recursos propios de las entidades territoriales, aporte de las cajas de compensación, recursos provenientes de regalías, rendimientos financieros que produzcan todos los recursos destinados a financiar el régimen, aportes de gremios y otras organizaciones, y los aportes de los beneficiarios de subsidios parciales para lograr el subsidio pleno, o para acceder al POS del régimen contributivo.⁶

2.3.2. El papel de los municipios

Aunque el régimen subsidiado fue creado en la ley 100 de 1993, en ese momento los municipios ya tenían a su cargo varias responsabilidades relacionadas con el manejo de la salud. Desde 1987 se encargaban de construir, dotar y mantener puestos, centros de salud y hospitales locales, en el marco del Decreto 77 que estableció la descentralización de la salud (JARAMILLO, 2001b).

En 1990 los entes territoriales inician la administración de la prestación de servicios, distribuida en niveles: municipios primer nivel y departamentos segundo y tercer nivel. Se establece también la necesidad de suscribir los correspondientes contratos para la prestación de servicios, teniendo en cuenta los conceptos de cantidad, calidad y costos de los servicios.

Con la ley 60 de 1993, se ratifica la responsabilidad de los municipios en la dirección y prestación de servicios del primer nivel, además de realizar las actividades de promoción y prevención, y otorgar los subsidios a la demanda a la población con menores recursos. En 1993 con la creación del régimen subsidiado en la ley 100, se les encarga la administración de todos los aportes en fondos seccionales de salud de forma independiente a los otros recursos.

A pesar de que la ley 100 de 1993 creó el régimen subsidiado y su población objetivo, no indica la forma en que se identificaría la población beneficiada. De acuerdo con Fresneda (2003) el SISBEN como mecanismo de selección y asignación de beneficiarios de subsidios se inició en 1994, pero sólo se volvió obligatoria su aplicación en todo el país con la expedición del Acuerdo 77 de 1997 del Consejo Superior de Seguridad Social en Salud. La administración del SISBEN corresponde a los municipios, garantizando los recursos que financien la continuidad de las afiliaciones, antes de ampliar la cobertura. Tan pronto los municipios definen el listado de afiliados, proceden a suscribir los contratos con las EPS-S. Es muy importante resaltar que el acuerdo señala la responsabilidad de supervisar el cumplimiento de las EPS-S, a través de interventorías internas o externas, aunque no indica el monto máximo de recursos que pueden destinar a estas actividades.

Aunque se han realizado varias reformas al sistema de salud, los municipios mantuvieron sus funciones de administradores del SISBEN, centralizadores de los recursos, contratación de las EPS-S y dirección y prestación de servicios del primer nivel de atención. Con la ley 1122 de 2007 las actividades de promoción y prevención fueron

⁶ En la ley 1438 de 2011 se incluye en otras fuentes de financiación recursos derivados del recaudo de IVA conforme a la ley 1393 de 2010.

asignadas a las EPS-S, sin determinar un porcentaje de recursos para éstas, lo cual les da libertad para destinar el monto que consideren conveniente, y que no necesariamente se traduce en beneficio para la población.

2.3.3. El papel de las EPS-S: El modelo de pluralismo estructurado

La ley 100 de 1993 cambió el objetivo del sistema de salud, pasando del acceso efectivo a los servicios de salud para toda la población de acuerdo a las enfermedades o riesgos que presente, a asegurar esos riesgos, garantizando el acceso a un paquete mínimo de servicios en el que no necesariamente puede estar el servicio que requiere para curar su enfermedad.

Para cumplir el nuevo objetivo, la ley 100 incorpora los *organismos de administración y financiación* que están integrados por: Entidades promotoras de salud (EPS), Direcciones seccionales de salud y el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Además, define la categoría de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que incluye las entidades mixtas, públicas y privadas relacionadas con la prestación de servicios. Para llevar a cabo su misión, las EPS reciben periódicamente una UPC, por cada persona afiliada. Las IPS pueden ser de propiedad de las EPS.

Con estas novedades, la concepción de la oferta de servicios de salud para atenuar las enfermedades y riesgos de la población, es desplazada por la concepción de salud como un negocio, en donde importa la reducción de costos con aumento de la eficiencia y por supuesto de las ganancias, sin importar si hay mejoras reales en el estado de salud. Esta concepción afectó seriamente la atención en salud de algunos sectores de la población como los pacientes de enfermedades de alto costo, ya que no son atractivos para los intereses de las EPS (ECHEVERRI, 2008).

Este sistema aplicó el modelo de pluralismo estructurado diseñado por Londoño, aunque fue formalizado posteriormente en 1997 (LONDOÑO y FRENK, 1997). En este modelo se crean los articuladores que sirven de intermediarios entre la financiación y la prestación de servicios. Los articuladores en el caso colombiano corresponden a las EPS-S, que reciben los recursos del financiamiento para manejarlos a través de subsidios a la demanda, tal y como el modelo lo establece⁷. Además las EPS-S ejercen funciones de aseguradoras administrando tanto los riesgos de los afiliados, como la prestación de servicios de las IPS. El pago que reciben a través de UPC (ajustada por el riesgo), la conformación de redes integrales de proveedores y el paquete de servicios agrupado en el POS, también son inspirados en este modelo.

Según el GIPSSP (2011), la justificación de los articuladores en el sistema de salud era la eliminación de asimetrías de información entre pacientes e IPS, con un uso eficiente de los recursos. Pero como tienen el control previo (autorizaciones) de la utilización de los servicios, los pueden demorar o negar respondiendo exclusivamente a sus intereses financieros, y no a eliminar asimetrías. Un ejemplo de esto es que entre el 2003 y 2005

⁷ El sistema de salud para los pobres en Colombia está mal enfocado, ya que los subsidios no son exactamente subsidios a la demanda. Los recursos no son entregados a las personas, sino a las EPS-S, lo cual restringe la libre elección de los usuarios, que deben aceptar una oferta de beneficios limitada. Podría decirse por lo tanto, que el régimen subsidiado funciona bajo un esquema de subsidios a la oferta con "incentivos de demanda" (RAMÍREZ, 2006).

cerca del 56.4% de las acciones de tutela presentadas reclamaban acceso a servicios contemplados dentro del POS.

A partir de esta dinámica se generan dos problemas: el asegurador-articulador tiene incentivos a negar los servicios a los asegurados reduciendo sus costos y aumentando sus utilidades. Además tiene incentivos para desviar las ganancias a otros negocios integrados verticalmente, gracias a la poca regulación de dichas actividades. En consecuencia, se ha generado un deterioro en la prestación de los servicios de salud, reflejado en el desfinanciamiento de las IPS (GIPSSP, 2011).

Como se puede observar en el desarrollo del presente capítulo, el manejo de los recursos ha sido afectado por los cambios en normatividad antes y después de la ley 100. En la tabla 2-1 se presenta un resumen de los cambios más importantes, enfocados en el papel de municipios y EPS-S.

Tabla 2-1. Principales cambios en el régimen subsidiado

TEMA	NORMA QUE LO REGLAMENTA								
	Decreto 77 de 1987	Ley 10 de 1990	Ley 60 de 1993	Ley 100 de 1993	Acuerdo 77 de 1997	Ley 715 de 2001	Ley 1122 de 2007	Ley 1438 de 2011	
Disposiciones generales		Se deben suscribir contratos para la prestación de servicios teniendo en cuenta calidad, cantidad y costos.		<p>Nuevos agentes del sistema: EPS, Direcciones seccionales de salud, FOSYGA.</p> <p>Nuevo esquema de servicios: POS</p> <p>Nuevo instrumento para distribuir recursos: UPC por persona afiliada al sistema.</p> <p>Crea el régimen subsidiado.</p> <p>Crea el PAB para la salud pública.</p>	Vuelve obligatorio el SISBEN a nivel nacional como mecanismo de selección de beneficiarios y asignación de subsidios.	Crea el SGP. Creación de los fondos de salud para reunir todos los recursos de la salud, prohibiendo la unidad de caja con los demás recursos de los entes territoriales.	<p>Crea la CRES para reemplazar la CNSSS.</p> <p>Aumenta la cotización en el régimen contributivo a 12.5%, aumento destinado a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA.</p> <p>Monto máximo para interventorías: 0.4% de los recursos del régimen.</p> <p>Aporte para la Superintendencia Nacional de Salud: 0.2% de los recursos del régimen.</p>	<p>Implementación del giro directo.</p> <p>Creación del FONSAET, financiado hasta con el 10% de los recursos destinados a oferta del SGP para Salud.</p>	

Tabla 2-1. (Continuación)

TEMA	NORMA QUE LO REGLAMENTA							
	Decreto 77 de 1987	Ley 10 de 1990	Ley 60 de 1993	Ley 100 de 1993	Acuerdo 77 de 1997	Ley 715 de 2001	Ley 1122 de 2007	Ley 1438 de 2011
Responsabilidades de los municipios	Construir, dotar y mantener centros de salud y hospitales locales.	Administración de los servicios de salud del primer nivel de atención. Segundo y tercer nivel corresponde a los departamentos. Responsabilidad compartida en la financiación de la salud con la Nación.	Adicional a las otorgadas anteriormente, deben asignar los subsidios a la demanda siguiendo los criterios de focalización del CONPES Social.	Financiar con la nación y los departamentos el PAB, que incluye actividades de promoción y prevención gratuitas. Manejar los recursos del régimen a través de la dirección seccional de salud en una cuenta independiente. Suscribir contratos con las EPS-S para afiliar a la población.	Administrar el SISBEN.	Además de administrar el SISBEN y contratar a las EPS-S, deben encargarse de las acciones de promoción y prevención.	Manejo de los recursos en cuentas maestras para cada programa: salud pública colectiva, subsidios a la demanda, y atención a la población no cubierta por subsidios a la demanda.	Siguen administrando el régimen pero con giro directo de las UPC (FOSYGA y SGP).
Responsabilidades de las EPS-S				Suscribir contratos con las IPS para la prestación de servicios.	Destinación específica de los recursos entregados por UPC-S: 75% prestación de servicios 10% acciones de promoción y prevención 15% máximo gastos de administración.		Límite integración vertical: máximo 30% del gasto en salud con sus propias IPS	8% máximo gastos de administración.

Tabla 2-1. (Continuación)

TEMA	NORMA QUE LO REGLAMENTA								
	Decreto 77 de 1987	Ley 10 de 1990	Ley 60 de 1993	Ley 100 de 1993	Acuerdo 77 de 1997	Ley 715 de 2001	Ley 1122 de 2007	Ley 1438 de 2011	
Fuentes de financiación		4% ingresos corrientes de la nación y máximo 25% ingresos ordinarios. Arbitrio rentístico de la nación.	Recursos del situado fiscal: 60% educación, 20% salud, 20% para salud o educación de acuerdo a la cobertura. Situado fiscal para salud: mínimo 50% atención del primer nivel.	Mínimo 15% de los recursos para salud de los Ingresos de la nación. Recursos de Ecosalud destinados al régimen. Situado fiscal y rentas cedidas para el 2 y 3 nivel de atención del régimen. Subcuenta de solidaridad del FOSYGA. 15% de transferencias de impuesto a la renta por producción petrolera.		Recursos del SGP: salud 24.5%, educación 58.5%, propósito general 17%. SGP para salud: financiación subsidios a la demanda, prestación de servicios a población no cubierta y acciones de salud pública.	3 grupos de fuentes: Entidades territoriales: del SGP 65% en 2009 para financiar régimen subsidiado, 10.1% salud pública, y el resto para atención a población pobre no cubierta. Rentas cedidas en un 25% mínimo para financiar el régimen. FOSYGA: subcuenta de solidaridad donde aumenta de 1 a 1.5 el aporte del contributivo. Otras fuentes: transferencia del impuesto a la renta por producción petrolera, rendimientos financieros de los recursos del régimen, aportes de gremios y aportes de los beneficiarios de subsidios parciales.		

Tabla 2-1. (Continuación)

TEMA	NORMA QUE LO REGLAMENTA								
	Decreto 77 de 1987	Ley 10 de 1990	Ley 60 de 1993	Ley 100 de 1993	Acuerdo 77 de 1997	Ley 715 de 2001	Ley 1122 de 2007	Ley 1438 de 2011	
Contratación					La prestación de servicios debe ser contratada con IPS públicas mínimo en un 40%.	La prestación de servicios debe ser contratada con IPS públicas mínimo en un 40%.	La prestación de servicios debe ser contratada con IPS públicas mínimo en un 60%. La contratación de la prestación de servicios para la población no cubierta debe hacerse con la red pública.		
Promoción y prevención			Actividades a cargo de los municipios. Recursos: 5% del situado fiscal para salud.	Actividades a cargo de las EPS-S. Monto de recursos no establecido.	Actividades a cargo de las EPS-S. Recursos: 10% de UPC-S.	Actividades a cargo de los municipios. Recursos: 4.01% de UPC-S.	Actividades a cargo de las EPS-S. Monto de recursos no establecido.		

Fuente: elaboración propia

2.4. Fallas en el flujo de recursos

El desfinanciamiento de los hospitales públicos es la principal consecuencia de las fallas en el flujo, causado por el incumplimiento de los pagos de las EPS-S y los entes territoriales. De acuerdo a los cálculos de Londoño, et al., (2001) si los deudores de los hospitales cumplieran con sus pagos, habría un superávit financiero 4 veces mayor, que los beneficiaría.

De otro lado, afecta a los hospitales la aplicación simultánea de los subsidios a la demanda y oferta. La reforma les ha exigido que se financien a través de la venta de servicios. Sin embargo, el desmonte total de los subsidios a la oferta no ha sido posible porque el funcionamiento de muchos hospitales depende casi en su totalidad de estos recursos. Esta dependencia en algunos casos se debe a ineficiencia, pero en muchos otros obedece a que las EPS-S orientan los recursos a atención de primer nivel (cerca al 80% de los recursos por atenciones) en sus propias IPS o subsidiarias, remitiendo solamente los pacientes que requieren atención en el segundo y tercer nivel a los hospitales, con menos recursos y costos más altos que la atención del primer nivel (JARAMILLO, 2001a).

Los recursos de oferta también son necesarios para los hospitales que se encuentran ubicados en regiones alejadas, en donde la venta de servicios no alcanza ni siquiera para cubrir los costos fijos (FEDESARROLLO, s.f). Si dichos recursos desaparecieran, se condenaría a la población pobre y a la que no está cubierta por ningún régimen a financiar sus requerimientos de atención en segundo y tercer nivel, lo cual es prácticamente imposible, pues no cuentan con esos recursos (Salud Colombia, 1999).

Dentro de esta problemática es indispensable que el gobierno nacional asuma su responsabilidad. Esto incluye el reconocimiento de que el gasto en seguridad social es alto, incluso en países ricos (puede llegar al 20% del PIB), y que se requiere financiamiento con algo más que impuestos (MARTÍNEZ, 2008b). De otro lado, tendría que evaluar la pertinencia de eliminar completamente los subsidios a la oferta. Para Sarmiento, et al., (1999) el gobierno nacional no puede pretender alcanzar la cobertura universal a partir de focalización (subsidios a la demanda), pues los programas universales corresponden a subsidios a la oferta.

Otra falla importante es el deterioro de los indicadores en salud pública. Esto ha sido causado por la descentralización, pues bajo la responsabilidad de departamentos y municipios se aumentaron los riesgos relacionados con capacidades técnicas y financieras, sin posibilidad de articulación, sinergia y economías de escala en los programas implementados, lo cual era factible cuando la salud pública era responsabilidad del gobierno nacional (LONDOÑO, et al., 2001)

La evidencia está en el aumento de afectados por enfermedades transmisibles como el cólera, la malaria y el dengue hemorrágico. Esto muestra la falta de incentivos del gobierno nacional para fomentar las acciones de salud pública, enfocando las labores de las EPS-S hacia un modelo curativo más que preventivo. Y orientando los incentivos de los hospitales públicos a mejorar la gestión y la venta de servicios, se ha descuidado el fortalecimiento del perfil epidemiológico de la población, reduciendo programas de vacunación, acciones de tamizaje o programas de atención integral de pacientes, entre otros (LONDOÑO, et al., 2001).

Finalmente, las fallas en el flujo han favorecido el mal manejo de los recursos, en el que son responsables tanto los entes territoriales, como las EPS-S. El pago de favores políticos con afiliaciones al régimen subsidiado es muy frecuente (FEDESARROLLO, 2001). Peor aún es cuando el manejo de subsidios se inclina a favorecer a miembros de grupos al margen de la ley o hay escaso control sobre las barreras de acceso que imponen las EPS-S. Así se tienen gobiernos locales clientelistas, con ausencia de sistemas de información y mecanismos eficaces de regulación y control (RODRÍGUEZ, 2005), que ocasionan pagos dobles por oferta y demanda, y duplicaciones en las afiliaciones de los dos regímenes. También existe el caso en el que la atención de muchos afiliados se factura por hospitales públicos vía oferta (LONDOÑO, et al., 2001).

La falta de regulación facilita a los mandatarios locales el desvío de recursos hacia otros objetivos, lo que genera problemas de iliquidez, para lo cual ejercen una fuerte presión sobre el gobierno nacional buscando más recursos. Esto no sólo causa inequidad e iliquidez, también ineficiencia y baja calidad de los servicios. Una evidencia de la gravedad del mal manejo de recursos es que el 60% de los municipios del país han estado bajo investigación por desviación y uso indebido de los recursos de la salud (LONDOÑO, et al., 2001).

Se ha mostrado adicionalmente que el flujo de recursos presenta costos de transacción que llegan al 6% del valor total, por las demoras en la entrega a las EPS-S. Una causa es el bajo costo con rendimientos altos de mantener los recursos en las entidades financieras, que genera incentivos perversos para los municipios al no realizar las transferencias (JARAMILLO, 2004).

Adicionalmente se considera problemática la dispersión de fuentes de financiación, y la falta de control eficaz sobre los municipios, con el fin de fortalecer los fondos locales de salud para que no se mezclen los recursos de la salud con otros recursos municipales, y para definir claramente las funciones de las direcciones locales de salud, que deben orientarse a atender la salud pública; y las de las IPS que deben concentrarse en prestar los servicios contemplados en el POS (JARAMILLO, 2001b). Algunas propuestas plantean centralizar el manejo de recursos, especialmente en servicios de alto costo con el fin de aprovechar eficientemente la red que los ofrece, pues está bien delimitada (SSMM, 2009).

En cuanto a las EPS-S se ha detectado que han invertido los recursos de la salud en montos inferiores a lo establecido por la ley (92% de la UPC-S), acudiendo a excusas que van desde el desplazamiento masivo de población, creación de municipios, orden público, hasta problemas presupuestales de los municipios (HERNÁNDEZ, 2000). Adicionalmente, usan otros mecanismos para no pagar sus obligaciones, como la glosa de cuentas y la no aceptación de facturas de servicios y medicamentos con el argumento de que no están en el POS. Mientras que los hospitales acuden al escenario legal para obtener pagos a sus deudas, la rentabilidad de las EPS-S se incrementa exitosamente (GIRALDO, 2007).

Otra situación es el escaso control de las EPS-S sobre sus gastos administrativos. En pocos casos se cumple el nivel máximo de uso (8% de la UPC). Existe una alta concentración de actividades de soporte administrativo, mantenimiento de operaciones no sostenibles, ausencia de indicadores de gestión y de registros históricos sobre su desempeño (JARAMILLO, 2004).

La falta de regulación sobre el uso de las UPC que las EPS-S pueden hacer, especialmente en lo relacionado a inversiones y destinación de utilidades, ha generado incentivos perversos para descuidar el financiamiento de la salud y orientar esfuerzos hacia actividades especulativas. El descuido se manifiesta en negación de servicios, abuso en cobros del No POS, integración vertical descontrolada y “cartelización” (JARAMILLO, 2011a).

El avance del poder financiero de las EPS-S es el resultado de la lógica de regulación que funciona en la salud. Se supone que es el Estado el que regula el mercado, pero lo que sucede es todo lo contrario, al punto de convertir al gobierno en defensor de lo rentable: el valor de la UPC se determina con la información entregada por las EPS. De ahí que no haya techos ni pisos para las tarifas, dejando que supuestamente el mercado sea quien regule, cuando realmente lo que se manifiesta es la posición dominante de estas entidades (JARAMILLO, 2011b).

Esta posición cómoda de las EPS es quizá el reflejo de mezclar mercado y salud. Los incentivos no están enfocados en buscar salud, sino en buscar rentabilidad. De esta forma, los usuarios han aprendido a luchar por servicios sofisticados y costosos, más que por su derecho a la salud. En esta dinámica es que ha sido posible que las EPS no se conformen con las ganancias de negocios periféricos que serían los productores de la rentabilidad, sino que hayan fortalecido el perverso negocio de cobros de lo No POS, cobrando en muchas ocasiones servicios de su responsabilidad, al Estado (JARAMILLO, 2010a).

Las múltiples fallas en la financiación dejan estas cifras: Las EPS deben a los hospitales públicos 2,5 billones de pesos, a la red privada 2 billones y al sistema bancario 1,5 billones (ISAZA, 2011).

3. Análisis de la gestión de recursos en el régimen subsidiado

3.1. Metodología

Cumpliendo con el objetivo del presente trabajo que consiste en determinar los posibles obstáculos que se presentan en el flujo de recursos del régimen subsidiado, y las posibles implicaciones que puedan ocasionarse en el financiamiento de las IPS, se analizó la información financiera presentada trimestralmente por los municipios a la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), relacionada con la ejecución de presupuesto y evolución de la cartera de las diferentes entidades que participan en dicho flujo.

Para obtener un análisis homogéneo sólo se tuvieron en cuenta los reportes con corte a diciembre para todos los años disponibles, pues contienen la información de las vigencias fiscales completas. Esto corresponde a los años 2007, 2008, 2011 y 2012. De esta forma, el análisis se hizo en dos momentos que coinciden con las dos últimas reformas del sistema (leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011).

Con el fin de entender mejor el flujo de recursos, se dividió en dos etapas para su análisis: la primera, cuando los recursos pasan del municipio o administrador del régimen a las EPS-S (independientemente de su registro presupuestal y forma de pago); y la segunda, cuando pasan de éstas a las IPS.

Luego de construir la base de datos que incluyera toda la información financiera relevante, se definieron criterios en cada una de las etapas que permitieran identificar fallas en el flujo de recursos, dado que no existen criterios estandarizados por el gobierno nacional para efectuar evaluaciones o seguimientos a la gestión de los mismos.

3.2. Población objetivo

La población incluida en el análisis corresponde a todos los municipios que reportaron información financiera a la SNS, para todos los años en los que hay información disponible. En ninguno de los cuatro años analizados hay información del 100% de los municipios, por lo que es útil mostrar la proporción que se analizó para cada año como se muestra a continuación:

Tabla 3-1. Total gasto reportado
(% del gasto público en salud)

CONCEPTO	AÑO			
	2007	2008	2011	2012
GASTO PUBLICO EN SALUD*	23.749	25.167	31.053	34.238
TOTAL REPORTADO	1.061	3.067	4.525	7.569
	4,47%	12,19%	14,57%	22,11%

Fuente: Elaboración propia con información de Banco Mundial

Cifras en miles de millones de pesos de 2012

* La definición de gasto público en salud del Banco Mundial incluye el gasto recurrente y de capital proveniente de los presupuestos públicos, el endeudamiento externo y las donaciones y los fondos de seguro de salud sociales.

Tabla 3-2. Total municipios analizados
(% del total de municipios nacional)

AÑO	DEPARTAMENTOS	No MUNICIPIOS	% TOTAL*
2007	2	25	2,27%
2008	8	407	36,97%
2011	27	959	87,10%
2012	27	959	87,10%

Fuente: Elaboración propia con información del DANE

*Total municipios nacional: 1101

Tanto desde el punto de vista de gasto público en salud como del número de municipios, es evidente el aumento de municipios que reportan información, lo que indica un esfuerzo importante de las entidades territoriales (ET) y de la SNS en su labor de inspección, vigilancia y control, que condujo a tener más y mejor información financiera susceptible de análisis. Como se aprecia en las dos tablas anteriores (3-1 y 3-2) los dos últimos años se tiene casi la totalidad de municipios, lo que permite tener un mejor diagnóstico del funcionamiento del flujo de recursos.

Para 2011 y 2012 los únicos departamentos cuyos municipios no reportaron información fueron: Córdoba, Guainía, Huila, Quindío y Chocó. De este último llama la atención que es el único departamento que no se puede acceder a la información en la página web de la SNS porque exige un usuario y contraseña. No se pudo determinar si es decisión de confidencialidad de la Superintendencia o si las autoridades de salud de dicho departamento no quieren que la información financiera de sus municipios sea de conocimiento público. Esto es una situación desafortunada para este trabajo, pues Chocó es uno de los departamentos que más problemas y escándalos presenta en el manejo de los recursos del régimen subsidiado. Tampoco se pudo establecer por qué no hay información disponible de 2009 y 2010, si obedece al incumplimiento de los municipios en el reporte o de la SNS en la consolidación y publicación.

3.3. Resultados

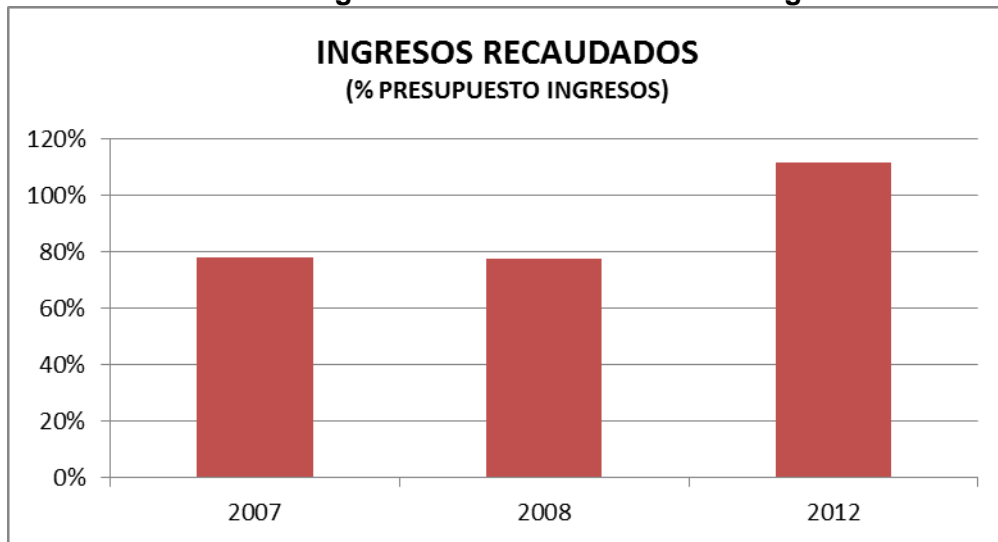
3.3.1. Flujo de recursos: primera etapa

En la primera etapa los recursos son reunidos provenientes de cada fuente de financiación y entregados a las EPS-S para pagar los servicios prestados por las IPS de acuerdo al número de afiliados que corresponda. Antes de 2011 los municipios se encargaban de hacer esta labor, pero con la implementación del giro directo el Ministerio de salud entrega directamente los recursos provenientes del sistema general de participaciones (SGP), FOSYGA y Presupuesto Nacional. Sin embargo, los municipios siguen siendo responsables de la presupuestación y la ordenación del gasto de los recursos, manteniendo su rol de administradores del sistema.

- **Ejecución de presupuesto de ingresos**

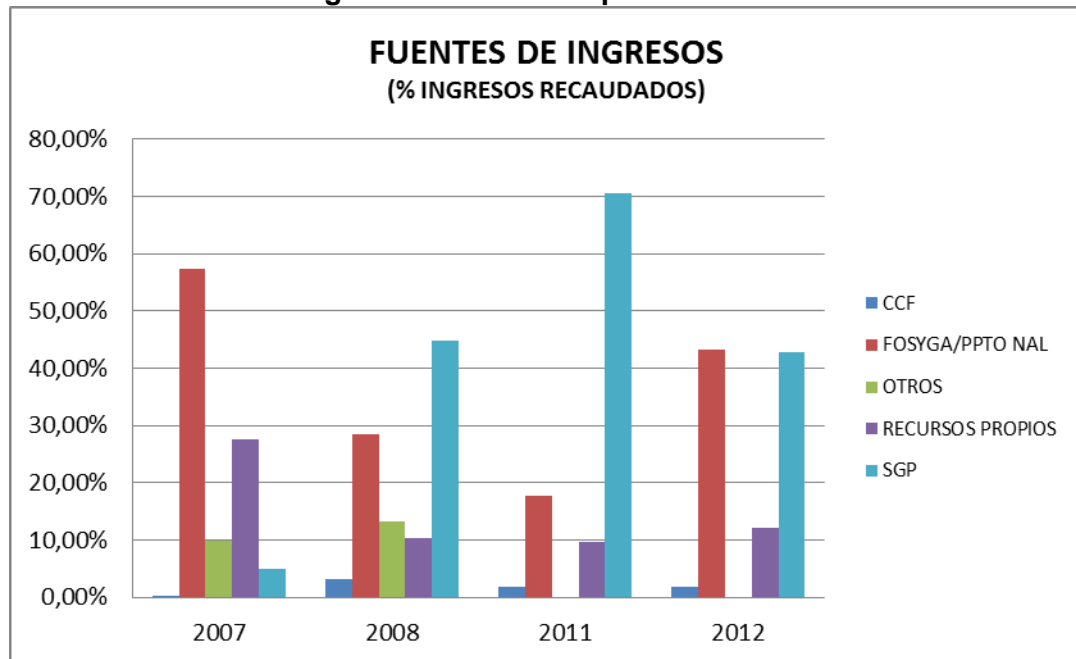
El primer elemento a evaluar es la ejecución del presupuesto por parte de los municipios, a partir del volumen de recaudo obtenido al final de la vigencia. Teniendo en cuenta que los contratos en el régimen comienzan en el mes de abril, se espera que el nivel de recaudo sea mínimo del 75%. El otro criterio es el peso de cada fuente de financiación en el total recaudado.

Gráfico 3-1. Ingresos recaudados durante la vigencia



Fuente: elaboración propia

En todos los periodos analizados el recaudo supera el mínimo definido (gráfico 3-1), al punto de sobrepasar lo presupuestado en 2012 con un 112% (\$7.569.332.217 miles). Esto quiere decir que los recursos para cubrir los gastos del régimen están garantizados. Para 2011 no se obtuvo el indicador, pues no se presentó la información de presupuesto de ingresos, sólo los recaudos.

Gráfico 3-2. Ingresos recaudados por fuente de financiación

Fuente: elaboración propia

Para la mayoría de los periodos las fuentes de financiación más importantes son el FOSYGA y/o presupuesto nacional y el SGP (gráfico 3-2). Se observa también un nivel constante de recursos propios de los municipios y una reducción permanente de la participación de las cajas de compensación familiar (CCF) desde el 2008.

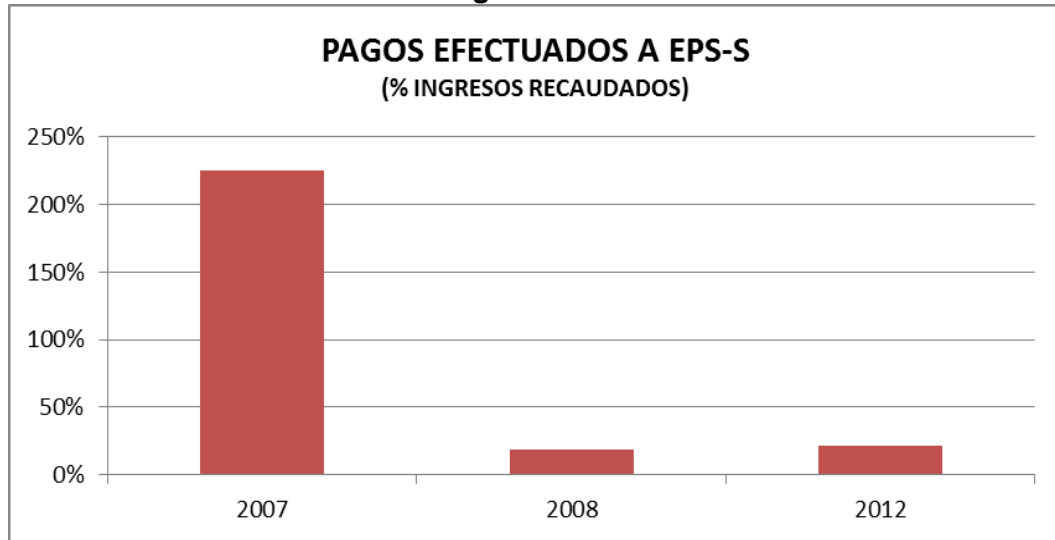
Los otros recursos que incluyen las rentas cedidas y recursos de ETESA⁸, se supone que pasarían a ser parte de los recursos propios a partir del 2011. Sin embargo, se observa que la fuente otros desaparece efectivamente desde ese año, pero recursos propios se mantiene a niveles de 2008, lo cual indica que no se están incluyendo esos otros. Si esto es así, se estarían perdiendo \$365.296.674 miles al no estar registrados.

▪ Pagos realizados a EPS-S

Después de revisar los recaudos es importante establecer qué tanto de esos recursos fueron pagados a las EPS-S. Teniendo en cuenta los plazos definidos por el gobierno nacional para realizar los pagos, y que iniciando los contratos en abril se tienen recursos de los tres primeros meses del año (del SGP y recursos propios), se espera que estén al nivel de ejecución de los contratos, es decir, en un 75%.

⁸ ETESA fue reemplazada por Coljuegos a partir de abril de 2012.

Gráfico 3-3. Pagos efectuados a EPS-S



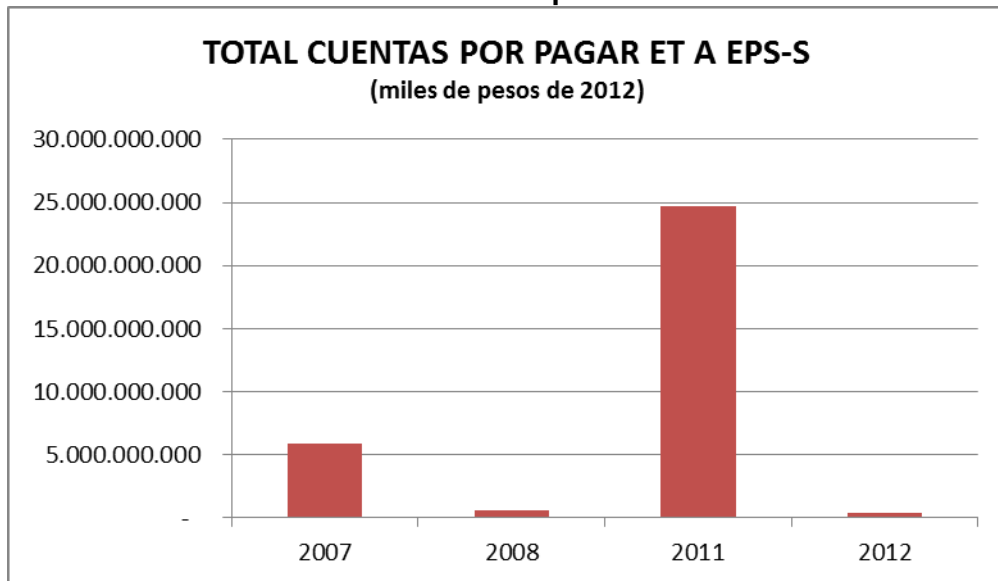
Fuente: elaboración propia

Al observar el gráfico 3-3 se encuentran dos resultados muy diferentes. El nivel de pagos de 2007 es muy alto, quizá los datos reportados por los municipios están distorsionados. De otro lado, sorprende ver niveles similares de pago para los años 2008 y 2012 por debajo del 25% de lo recaudado. Para 2011 no fue posible establecer el indicador porque no se reportaron cifras de pagos.

En primer lugar, es claro que no se alcanza el mínimo definido a pesar de que los plazos y los recaudos permiten cumplir ese nivel. En segundo lugar, que ninguna de las medidas implementadas en las reformas para mejorar el flujo de recursos funcionó: ni la aplicación de cuentas maestras en 2007 ni el giro directo de 2011. Aquí se encuentra el primer obstáculo: las EPS-S no recibieron los recursos necesarios para cubrir los gastos del régimen durante la vigencia.

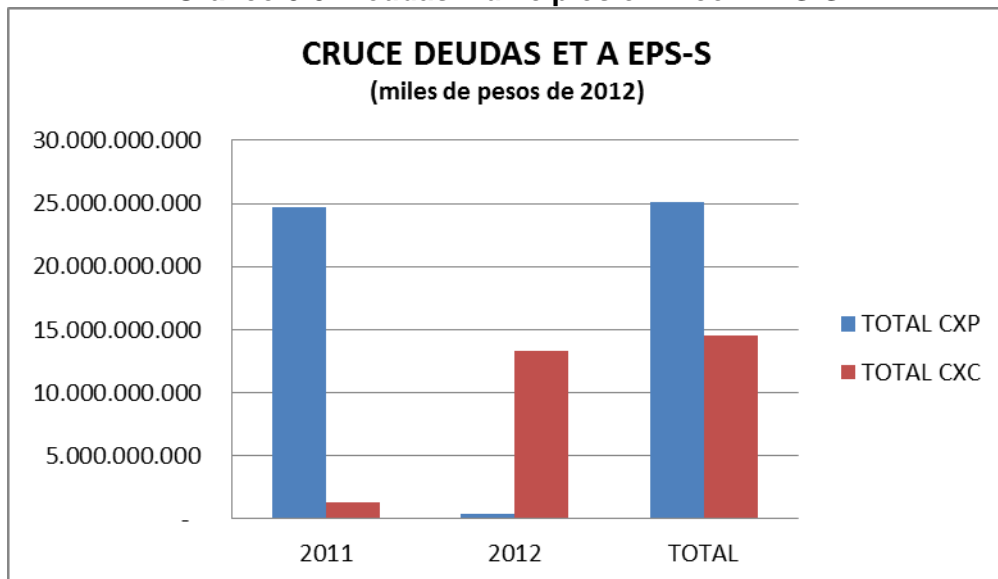
- **Deudas de municipios con EPS-S**

Además de revisar la ejecución de ingresos y gastos, es pertinente también indagar sobre la cartera que adeudan los municipios. En primer lugar, se revisaron las cuentas por pagar a las EPS-S que variaron de un año a otro, siendo 2011 el periodo con mayor valor. En 2008 y 2012 se presentaron importantes reducciones hasta niveles cercanos a \$500.000.000 miles (gráfico 3-4).

Gráfico 3-4. Deudas municipios o ET con EPS-S

Fuente: elaboración propia

Aprovechando que se cuenta con la información de las cuentas por cobrar de las EPS-S, se hizo un cruce para establecer las diferencias en montos entre deudores y acreedores. Como se aprecia en el gráfico 3-5, las cuentas por cobrar se acercan tan solo al 60% en total para los dos años reportados. Esto quiere decir que si los municipios hubieran tenido voluntad de pagar, las EPS-S hubieran recuperado cartera por \$14.519.652.319 miles.

Gráfico 3-5. Deudas municipios o ET con EPS-S

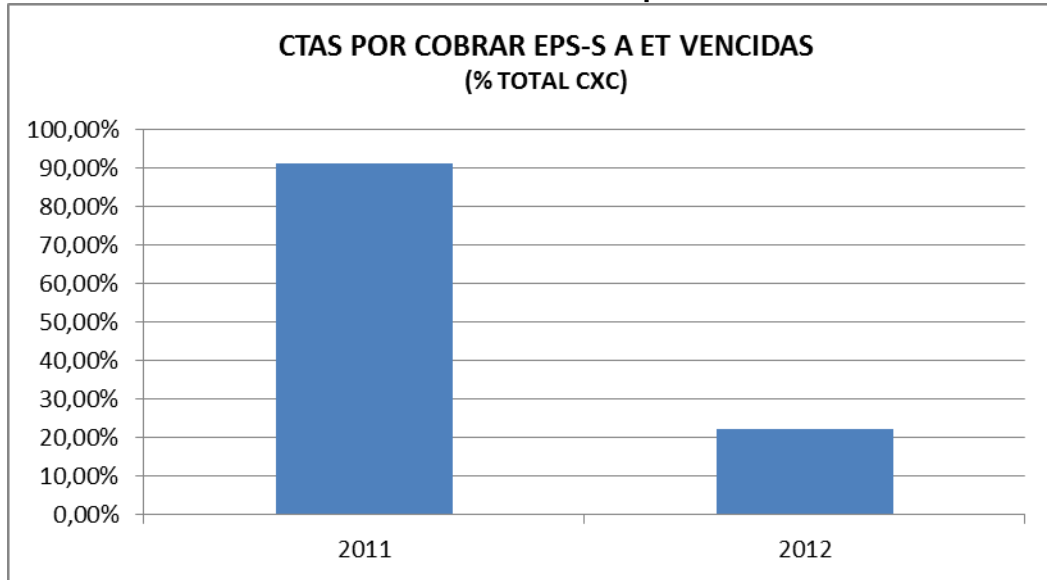
Fuente: elaboración propia

Estas deudas sin pagar constituyen un segundo obstáculo: los municipios no están pagando lo que deben a las EPS-S, lo cual es preocupante porque indica que no pagan porque destinan los recursos a otros rubros, porque las EPS no justifican adecuadamente

los pagos, o porque éstas no cumplen con los requisitos necesarios para acceder a los recursos. Cualquiera que sea la causa del no pago, va en detrimento del flujo y por tanto del funcionamiento exitoso y oportuno del régimen.

No obstante, hay que resaltar que las EPS-S reportaron una reducción sustancial de la cartera vencida de los municipios, al pasar del 91,33% al 22,25% del total de la deuda (gráfico 3-6).

Gráfico 3-6. Deudas vencidas municipios o ET con EPS-S

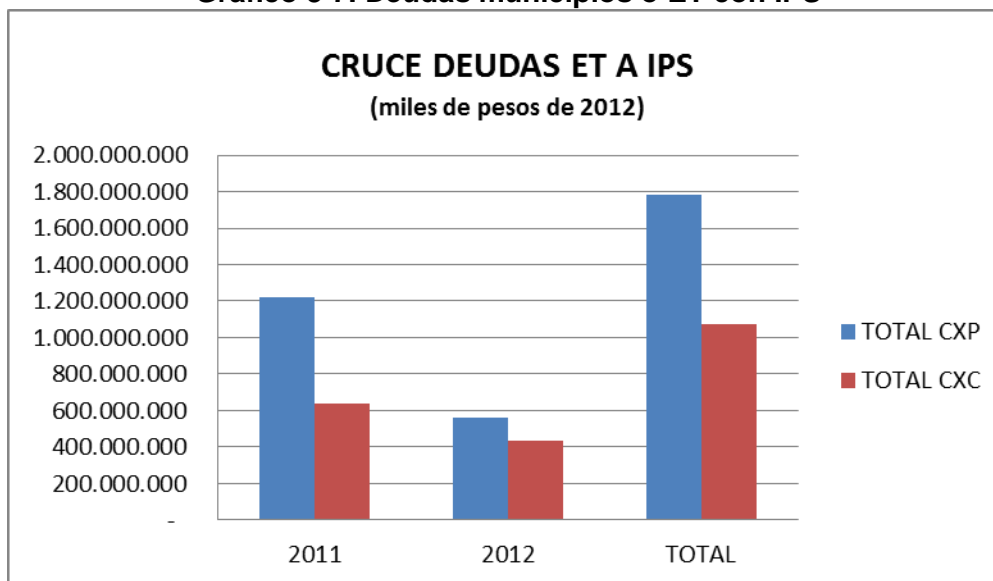


Fuente: elaboración propia

▪ **Deudas de municipios con IPS**

De igual forma que con las EPS-S se hizo un cruce de las deudas del municipio con las IPS. Se encontró un comportamiento similar que con las EPS-S, las cuentas por cobrar son inferiores a las cuentas por pagar, aunque la diferencia se reduce bastante para 2012. Se reconoce que hay un esfuerzo por cancelar las deudas a las IPS y que al parecer los niveles registrados por deudores y acreedores se acercaron producto de conciliaciones. Pero tal como ocurre con las EPS-S al ser menores las cuentas por cobrar, es claro que las IPS fueron perjudicadas al no recibir en 2012 \$436.419.407 miles equivalentes al 77% de las deudas registradas por los municipios (gráfico 3-7).

Este monto considerable genera inquietudes pues no se aclara si corresponde a deudas por atención en salud pública o por prestación de servicios vía subsidios a la oferta. Hacer la especificación permitiría determinar si tal como lo ha sugerido el gobierno nacional los subsidios a la oferta se han reducido hasta desaparecer completamente, o si al contrario, la estructura del régimen no permite el aseguramiento de toda la población pobre, perpetuando la existencia de dichos subsidios. También es desafortunado que no se reporte información sobre deudas para 2007 y 2008, ni de cuentas por cobrar vencidas para 2011 y 2012.

Gráfico 3-7. Deudas municipios o ET con IPS

Fuente: elaboración propia

▪ Giro directo

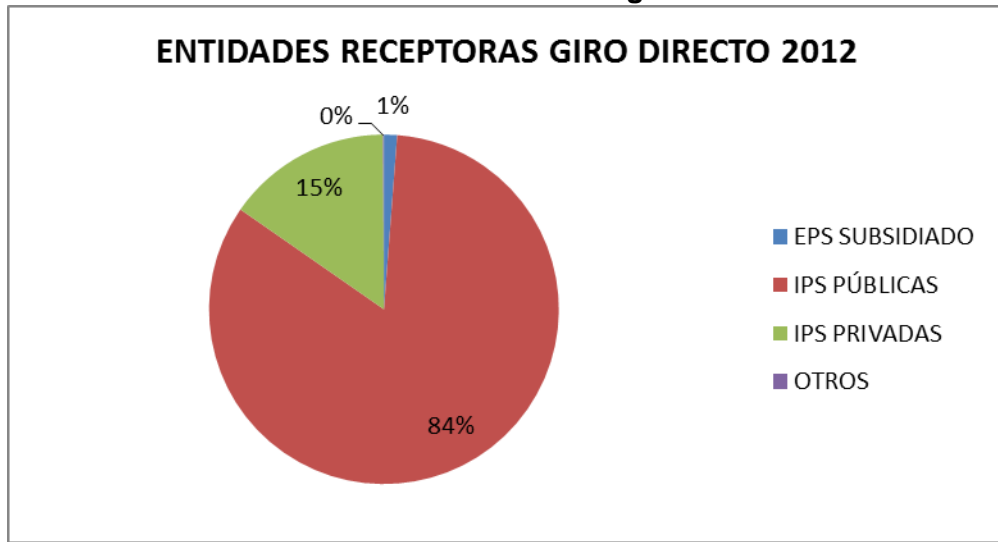
Los reportes municipales incluyen información sobre la distribución de los giros directos realizados por el gobierno nacional durante el 2012. Aunque la medida debía iniciar antes de finalizar 2011, no hay información disponible para corroborarlo. La presentación se hace clasificando los giros por entidad, lo cual es útil en el análisis, pero hace falta determinar el rubro de gasto al que es destinado, para comprobar si se utilizaron efectivamente entre otros, para la prestación de servicios o en actividades de promoción y prevención. Esta discriminación se hacía en el anterior esquema de pagos.

Si se toma como referencia la distribución entre entidades del giro directo para medir el nivel de gasto contratado con las IPS públicas, se tiene que se cumplió con lo establecido en la norma: 60% mínimo de gasto contratado con dichas entidades, pues recibieron el 84% de los recursos (ver gráfico 3-8).

Sin embargo, es preocupante el nivel de recursos girados a las EPS-S, pues se supone que la medida busca que éstos lleguen directamente a las IPS con el fin de aliviar su situación financiera. Aunque sólo representa 1,21%, el giro fue por \$19.808.970 miles. Estos recursos corresponden a aquellos que no fueron autorizados por las EPS-S para ser girados directamente a las IPS. Este nuevo mecanismo de pago se considera un obstáculo para el flujo, pues aumenta el poder financiero de las EPS-S sobre las IPS al tener la potestad de entregar los recursos a su conveniencia. Además, no están obligadas en informar a las IPS no autorizadas que no contarán con los giros, y por lo tanto, incentivadas a dilatarlos para quedarse con esos recursos.

El grupo denominado Otros (0.09%), corresponde a la IPS que funciona en San Andrés, y que se presenta así porque en ese departamento no hay IPS públicas. El único hospital fue administrado por CAPRECOM hasta julio de 2012 y luego por la IPS universitaria de la Universidad de Antioquia.

Gráfico 3-8. Distribución del giro directo



Fuente: elaboración propia

A continuación se presenta el listado de las primeras 20 EPS-S e IPS que más recursos recibieron mediante giro directo (gráficos 3-9 y 3-10):

Gráfico 3-9. Giro directo por EPS-S



Fuente: elaboración propia

Gráfico 3-10. Giro directo por IPS

Fuente: elaboración propia

La EPS-S que más recursos recibió es CAPRECOM, superando prácticamente en el doble el monto del segundo lugar. En cuanto a las IPS, las dos primeras se ubican en el departamento de Antioquia y superan ampliamente al tercer lugar. La mayoría son IPS públicas lo cual es bueno, aunque como se dijo anteriormente, los montos girados no cubren los gastos generados durante la vigencia.

▪ **Obstáculos hallados en la primera etapa**

Después de revisar las cifras de la primera etapa, se encontraron 3 obstáculos bastante preocupantes y que a pesar de las reformas en los pagos, no han podido ser superados: primero, el nivel de pagos a las EPS-S es muy bajo; segundo, los municipios aunque reconocen sus deudas a las EPS-S e IPS y que desde el punto de vista de éstas últimas son inferiores, no fueron pagadas. Por último, el primer año de aplicación de giro directo reportado por los municipios no mejoró el nivel de pagos, y le otorgó a las EPS-S un monto considerable de recursos que debió entregarse a las IPS.

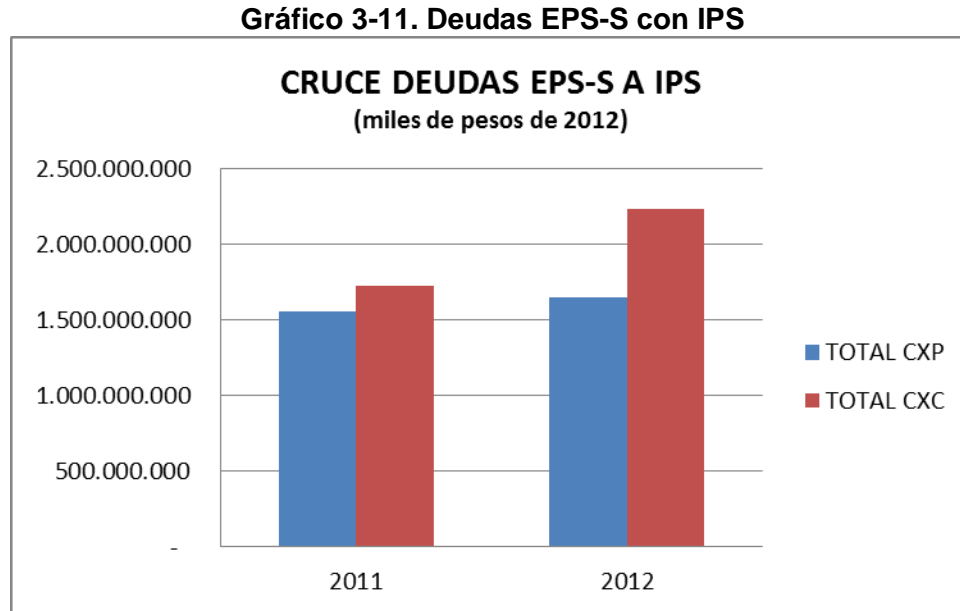
3.3.2. Flujo de recursos: segunda etapa

Esta etapa es la más importante del flujo, ya que el paso de los recursos de las EPS-S a las IPS garantiza la efectiva y oportuna prestación de los servicios a la población, eje fundamental del régimen. Como ya se analizó el tema de los pagos, sólo se tendrá en cuenta el análisis de la cartera que las EPS-S tienen con las IPS.

▪ **Cuentas por pagar EPS-S**

La información de cartera de las EPS-S sólo fue reportada para los años 2011 y 2012. Contrario a lo encontrado en los municipios, las deudas de las EPS-S reportadas por sus

acreedores superan sus propios registros. En total para los dos años el monto por cobrar de las IPS asciende a \$3.959.852.921 miles, y equivale al 123% de las cuentas por pagar reportadas por las EPS-S. Esta diferencia aumentó en 2012, debido al incremento de cuentas por cobrar, con un nivel constante de cuentas por pagar, como lo muestra el gráfico 3-11.



Fuente: elaboración propia

En el gráfico 3-12 se muestran las 10 EPS-S que más le adeudan a las IPS, en donde CAPRECOM supera ampliamente a las otras en sus niveles de endeudamiento, el cual fue de \$485.518.219 miles en 2012. Todas las EPS-S aumentaron sus deudas de un año a otro, aunque el caso más drástico fue COMFAMA y el de menor aumento SOLSALUD S.A.

El desfase en las deudas de las EPS-S es un obstáculo más en el flujo, ya que además de que las IPS no pudieron acceder a estos recursos para garantizar su funcionamiento, quedan con un monto no reconocido por las EPS-S que probablemente será menos factible de pagar. De esta forma, las IPS dejaron de recibir por deudas no reconocidas \$747.901.226 miles.

Gráfico 3-12. Deudas por EPS-S

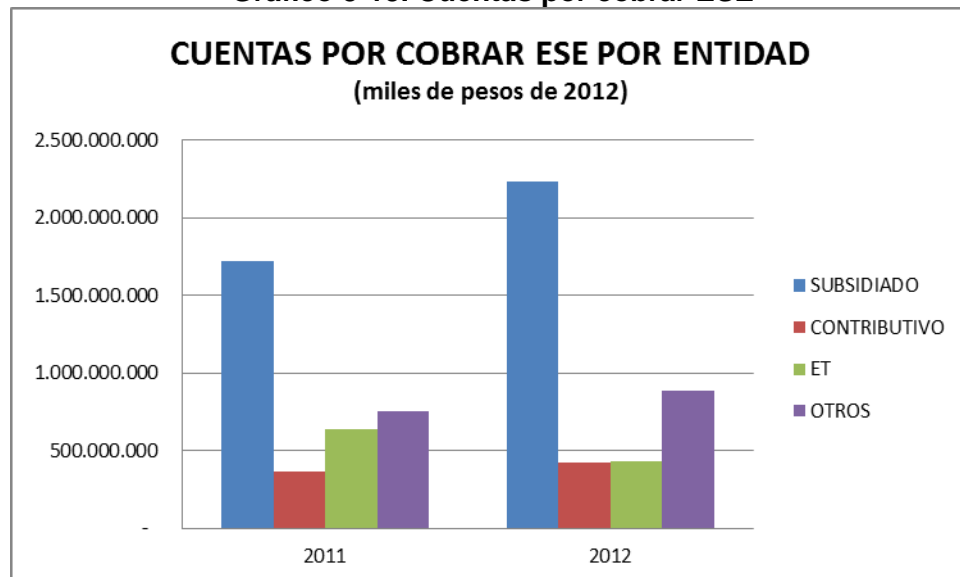


Fuente: elaboración propia

- **Cuentas por cobrar IPS públicas (ESE)**

Aunque los municipios reportan la cartera de todas las IPS involucradas en el flujo, se tendrá únicamente en cuenta la pública, al recibir casi la totalidad del gasto para prestación de servicios.

Gráfico 3-13. Cuentas por cobrar ESE



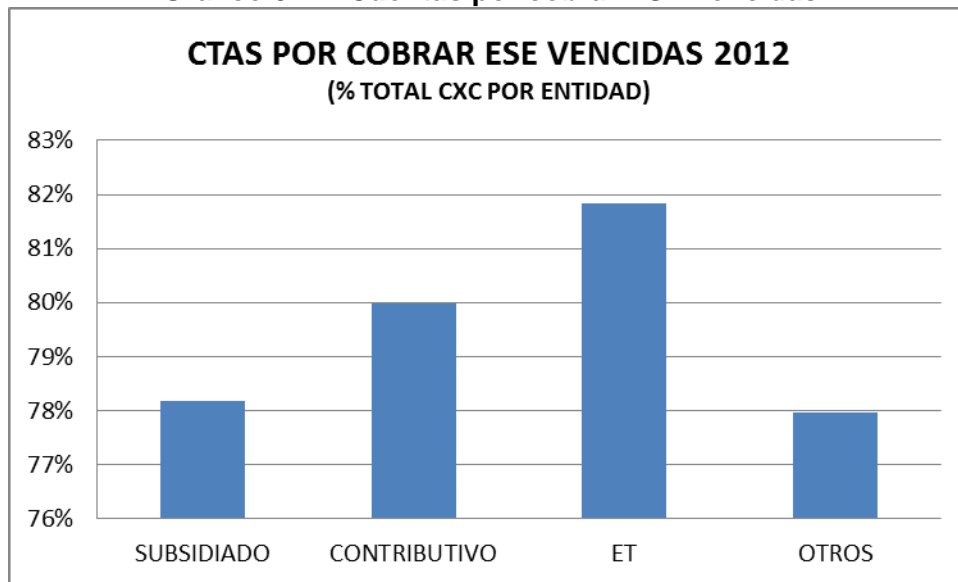
Fuente: elaboración propia

El principal grupo de deudores de las ESE (Empresas Sociales del Estado) corresponde a las EPS-S, cuyo endeudamiento además fue el único que se incrementó de un año a otro, mientras que el grupo de contributivo se mantuvo constante. Se destaca la reducción de las deudas de los municipios (ET) y un pequeño aumento del grupo otros, en el que se incluyen conceptos como Soat-Ecat, Aseguradoras en liquidación y Administradoras de riesgos laborales (gráfico 3-13).

La deuda de las EPS-S a las ESE en 2012 equivale al 30% de lo recaudado. Si se tiene en cuenta que es un monto muy alto, es evidente que las EPS-S son las principales responsables de sus problemas financieros, superando ampliamente y con tendencia creciente a los otros deudores. Este gran peso en la cartera agrava el obstáculo mencionado anteriormente, porque este nivel de endeudamiento de las EPS-S no le permite a las ESE funcionar correctamente.

Adicionalmente si se considera que la cartera de las ESE es mayoritariamente vencida, su situación financiera se complica aún más. El gráfico 3-14 muestra que para 2012 todos los grupos de deudores presentan cartera vencida por encima del 75%, en donde el volumen más alto lo tienen los municipios. La única solución propuesta por el gobierno nacional ha sido la exigencia de acuerdos de pago tanto de las EPS-S como de los municipios, pero no ha sido del todo exitosa. De otro lado, el giro directo tampoco le ayudaría, aún si se incrementara el nivel de pagos, pues serían para cubrir gastos de la vigencia presente, más no de vigencias pasadas. Esto quiere decir que al tener una cartera mayoritariamente vencida, las ESE no tienen mayor esperanza de recuperar los recursos.

Gráfico 3-14. Cuentas por cobrar ESE vencidas



Fuente: elaboración propia

De esta forma, el obstáculo más grave que se ha encontrado en el flujo es el alto nivel de deudas hacia las ESE, en mayor parte vencida sin garantía concreta de recuperación. Siendo así, los recursos que puedan llegar en cada vigencia (diferentes a giro directo), tendrían que destinarse hasta en un 30% a cubrir gastos derivados de obligaciones pasadas (laborales, proveedores, infraestructura, etc.). Si la tendencia creciente de las

deudas de EPS-S se mantiene, entonces se perpetúa la situación, pues las ESE contarían prácticamente con el 70% de los recursos requeridos para funcionar adecuadamente en cada vigencia. A continuación se presenta la clasificación de cuentas por cobrar de las primeras 20 EPS-S más deudoras y las 20 ESE que más acumulan cartera (gráficos 3-15 y 3-16).

Gráfico 3-15. Cuentas por cobrar por EPS-S



Fuente: elaboración propia

Gráfico 3-16. Cuentas por cobrar por ESE



Fuente: elaboración propia

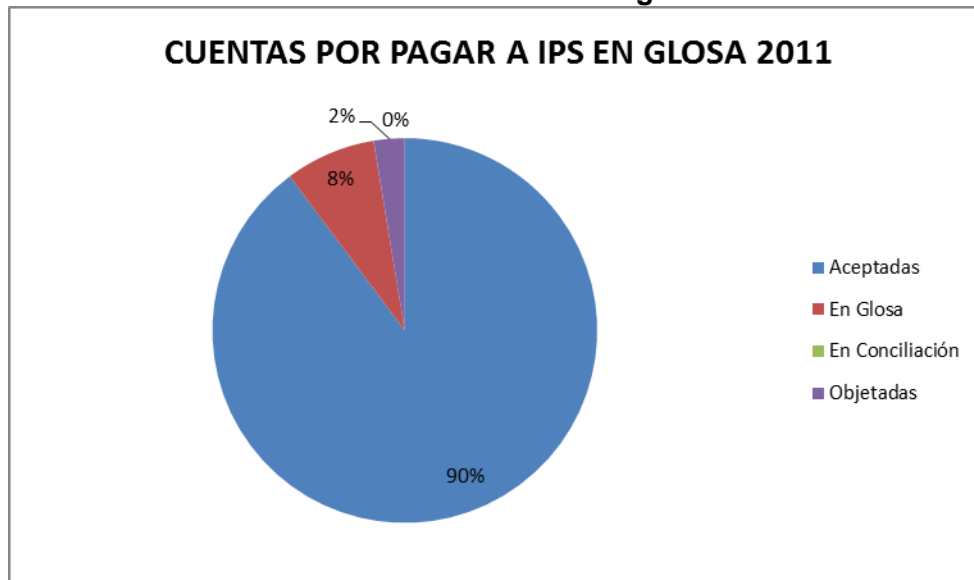
En 2011 la EPS-S que más debe a ESE es CAPRECOM por \$281.133.837 miles, cifra mucho más alta que el resto de entidades. Al Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" es la ESE a quien más le deben todos los grupos un valor de \$175.245.150 miles.

▪ **Glosas**

Aprovechando que para el 2011 los municipios reportaron información sobre glosas, se incluyó en el análisis, ya que es frecuente el inconformismo de las ESE en el uso de este mecanismo por parte de las EPS-S al momento de presentar facturas por servicios prestados.

Como no hay un nivel máximo aceptado de glosas, se revisaron indicadores de planificación financiera de varias entidades que participan en el flujo, con el fin de establecer un nivel promedio y así poder analizar la información. De esta forma se tomaron los niveles máximos de glosas establecidos para IPS universitaria de la Universidad de Antioquia (5%), Secretaria de salud de Bogotá D.C. (5%), Hospital centro oriente II nivel-Bogotá (2%) y Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (0.2%). El promedio es 3.05% del total de cuentas por pagar de las EPS-S.

Gráfico 3-17. Cuentas en glosa



Fuente: elaboración propia

El valor reportado por los municipios es del 8% de cuentas por pagar en glosa (gráfico 3-17), mayor al definido anteriormente. Si se tomara como referencia dicho porcentaje (3.05%), entonces \$70.980.469 miles no deberían estar en glosa, y podrían ser pagados a las IPS.

La libertad que otorgan las reglas del funcionamiento del régimen a las EPS-S para utilizar mecanismos de no-pago como las glosas, constituyen otro obstáculo al flujo. Aun al nivel más alto de los registrados por las diferentes entidades consultadas (5%), lo reportado por los municipios sigue siendo alto.

A continuación se presenta las 20 EPS-S y 20 ESE que más acumulan glosas (gráficos 3-18 y 3-19).

Gráfico 3-18. Glosas por EPS-S

Fuente: elaboración propia

Gráfico 3-19. Glosas por IPS

Fuente: elaboración propia

CAPRECOM es la EPS-S que en 2011 más aplicó glosas en las cuentas por pagar a las IPS. Al usar dicho mecanismo en 2011 no reconoció facturación a las IPS por \$22.276.421 miles. La IPS más afectada por glosas es METROSALUD, por valor de \$5.964.225 miles.

- **Obstáculos hallados en la segunda etapa**

La problemática de la segunda etapa se encontró en la cartera que tienen las EPS-S con las IPS, especialmente con las públicas. Es un perjuicio para el correcto funcionamiento

del flujo no sólo por el alto valor de la deuda, sino porque se dan varios agravantes que evitan dar solución al problema. Al igual que en el caso de los municipios, las EPS-S registran cierto volumen de cuentas por pagar, pero no realizan dichos pagos. El gran problema es que hay un porcentaje no reconocido que registran las IPS en sus cuentas por cobrar. Como si fuera poco, la mayoría de estas cuentas son vencidas, lo que aumenta la dificultad para lograr los pagos.

De otro lado, la estructura del régimen favorece la posición de las EPS-S al otorgar el poder de decidir a qué IPS se debe pagar (giro directo), incentivando trabas para transferir los recursos, pues lo no autorizado es girado a las EPS-S. También les permite sin ninguna limitación ni control utilizar mecanismos de no-pago como las glosas para dilatar los pagos.

Después de identificar los obstáculos al flujo de recursos en sus dos etapas, es claro que las entidades más afectadas son las ESE, porque todos repercuten en reducción de recursos que les llegan para funcionar y prestar servicios adecuadamente.

3.3.3. El caso CAPRECOM

Comparando las diferentes mediciones es claro que el funcionamiento del sistema le permite a las EPS-S con mucha tranquilidad recibir recursos y retenerlos para su propio beneficio, sin entregarlos a quien corresponde, es decir, a las IPS. Es así como CAPRECOM fue la que más recibió recursos mediante giro directo, pero también registra la mayor deuda pendiente con las IPS, lo que se evidencia tanto desde el punto de vista de la EPS-S como de las ESE. Como si fuera poco, también es la que más cuentas glosa a las IPS.

Situación similar, aunque no tan directa en los montos, ocurre con las siguientes cinco EPS-S con más recaudos: COMFAMA, COMPARTA, COOSALUD, Cafesalud y ASMET salud.

Sabiendo que la SNS conoce esta información y por lo tanto las implicaciones, es desconcertante que a la fecha CAPRECOM siga funcionando sin ningún inconveniente. Escándalos de corrupción que provocaron su salida del Chocó en marzo de 2015, irregularidades en los estados financieros y deficiencias en la planeación y ejecución del presupuesto descubiertas por la Contraloría en 2013 que conducen a incumplimientos de objetivos, retrasos en la entrega de medicamentos e incertidumbre por citas con especialistas y cirugías denunciado por los usuarios, y el reconocimiento de baja gobernabilidad y gobierno corporativo⁹ por parte de la SNS, son evidencias suficientes de que es indispensable su liquidación y traslado de afiliados a otras entidades. Sin embargo, ni la SNS ni el Ministerio de Salud muestran una real voluntad de solucionar el problema, por lo que es muy probable que los hallazgos encontrados en este trabajo para los años 2011 y 2012, continúen en forma indefinida. Sería interesante contar lo más pronto posible con información financiera actualizada para poder comprobarlo.

⁹ Información registrada en varios artículos del periódico EL TIEMPO durante 2015.

4. Conclusiones y recomendaciones

Muchos análisis sobre el funcionamiento del sistema de salud colombiano han llegado a las mismas conclusiones: hay fallas en la financiación y ausencia de regulación estatal, por tanto deterioro en la prestación de servicios. Y aunque como se evidencia en este trabajo una gran responsabilidad recae en la mala gestión de los recursos por parte de las EPS en calidad de asegurador-articulador, lo cierto es que es imposible que funcione bien un sistema que está mal construido. En el primer capítulo se describieron las principales influencias del sistema mostrando sus equivocados planteamientos.

Este doble papel que cumplen las EPS les ha otorgado un inmenso poder, favorecido por la convicción de los gobiernos de que el manejo privado de los recursos de la salud es el correcto. Y realmente lo es, pero para beneficio de las EPS al acceder a recursos que brindan ganancias indefinidamente, pues al controlar previamente el acceso a los servicios, tienen el poder de dilatar o negar, mientras aumentan la rentabilidad bien sea en otros negocios, o acumulando para ganar intereses.

Otra evidencia del diseño equivocado del sistema es el mal uso de la focalización en el régimen subsidiado, que ha mantenido la dualidad entre subsidios a la oferta y demanda por la imposibilidad de asegurar a toda la población vulnerable.

La evidencia muestra claramente que para cumplir con la universalidad en el acceso y una adecuada prestación de servicios es indispensable replantear el sistema. Específicamente el caso del régimen subsidiado es dramático, en cuanto a estabilidad financiera de los hospitales y calidad de salud de la población pobre.

Pero mientras este cambio ocurre, lo que es poco probable porque no responde a los intereses de los gobiernos, hay que esforzarse por mejorar la gestión de los recursos. La necesidad de cambiar el sistema no puede ser excusa para tolerar el despilfarro ni la corrupción en la gestión pública de recursos de la salud.

En este trabajo se intentó explorar lo publicado por el ente de vigilancia y control, pero hay que reconocer que lo que se puede analizar es muy limitado. En la forma en que la SNS y el Ministerio de Salud presentan las cifras, es notoria la intención de entregar montos sin ninguna contextualización ni trascendencia. No interesa reflexionar sobre la efectividad de las medidas que aplican o de las reformas que impulsan. Precisamente porque las hacen sin revisar si realmente mejorarán el funcionamiento del sistema, es que no funcionan.

Es indispensable por ejemplo, que la SNS se esfuerce por depurar la información sobre recursos invertidos en gastos de administración en las EPS-S, dentro del gasto por municipio, ya que puede ser un rubro importante para desviar recursos. Con la información actual, no es posible desagregar los usos para revisar este aspecto. De igual forma, sería importante que el Ministerio de Salud replanteara el esquema de giro directo, pues no sirve de nada si las IPS deben seguir dependiendo de las EPS-S para acceder a los recursos, esta medida para nada es “directa”.

Preocupa el accionar del gobierno nacional porque cada vez que hace una reforma fortalece la posición de las EPS-S, convirtiéndose en su defensor. De esta forma, acepta que el dominio de la lógica financiera sobre el sistema de salud es el correcto, y que su misión es garantizar la rentabilidad de dichas entidades. Por esto es que a pesar de tantas reformas al sistema de salud, especialmente las que buscan sanear las finanzas de hospitales, no funcionan, porque la esencia del sistema descrita en el capítulo 2, se ha mantenido desde su creación en 1993.

No obstante, se considera útil el análisis realizado en este trabajo como una aproximación a un esquema de seguimiento a la gestión de los recursos públicos en salud orientados al financiamiento del régimen subsidiado, definiendo medidas de referencia para determinar si se usan o no adecuadamente, de acuerdo a la normatividad vigente.

Obviamente se podrán realizar análisis más rigurosos si se cuenta con reportes de información de periodos más amplios, para determinar tendencias o cambios sustanciales de comportamiento de las cifras. Además, sería ideal la construcción de indicadores o medidas de referencia estandarizadas, ya que sirven como guía para la gestión de todas las entidades involucradas en el flujo de recursos. Esto le corresponde al gobierno nacional, pero dada la poca voluntad política de mejorar realmente la gestión de estos recursos, es poco probable tener en el corto plazo este tipo de herramientas.

Bibliografía

- Albarrán, Irene. (2000). Mercado de seguros: oferta y demanda ¿Cómo operan y se caracterizan? *Documento de trabajo, 00-21*. Universidad Complutense de Madrid.
- Acuerdo 415, por medio del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Bogotá. 2009.
- Asprilla, Gladys. (2004). *La crisis de los hospitales públicos en Colombia*. Recuperado de www.redvoltaire.net
- Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud*. Washington D.C., USA: Oxford University Press.
- Banco Mundial. (2007). *Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results*. Washington D.C., USA.
- Barón, Gilberto. (2007). *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003: El gasto nacional en salud y su financiamiento*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social y DNP.
- Bonilla, E., y González, J. (2006). La privatización concentradora en la salud. En Y. Le Bonniec y O. Rodríguez (Eds.), *Crecimiento, equidad y ciudadanía: Hacia un nuevo sistema de protección social* (pp. 401-411). Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo - CID.
- Cárdenas, Raúl. (2006) ¿A quién estamos subsidiando? La responsabilidad social del capital y el costo de oportunidad (una exploración del problema del costo social). En Y. Le Bonniec y O. Rodríguez (Eds.), *Crecimiento, equidad y ciudadanía: Hacia un nuevo sistema de protección social* (pp. 119-134). Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo - CID.
- Castel, Robert. (2005). *Estado e inseguridad social*. Buenos Aires, Argentina: Subsecretaría de la Gestión Pública.
- Castel, Robert. (2006). *La Inseguridad Social: ¿Qué es estar Protegido?* Buenos Aires, Argentina: El Manantial.

- Castel, Robert. (2008). *Estado La Sociedad Contemporánea ¿es una sociedad de riesgo?* Buenos Aires, Argentina: Secretaría de Gabinete y Gestión Pública.
- DNP. (1991). *La revolución pacífica: plan de desarrollo económico y social 1990-1994*. Bogotá: DNP.
- DNP. (2003). *Hacia un Estado Comunitario: plan nacional de desarrollo económico 2002-2006*. Bogotá: DNP.
- DNP. (2007). *Estado Comunitario: desarrollo para todos: plan nacional de desarrollo económico 2006-2010*. Bogotá: DNP.
- Decreto 971, por medio del que se define el instrumento a través del cual el Ministerio de la Protección Social girará los recursos del Régimen Subsidiado a las EPS, se establecen medidas para agilizar el flujo de recursos entre EPS e IPS y se dictan otras disposiciones. Presidencia de la república de Colombia. 2011.
- Echeverri, Oscar. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(3), septiembre, 210–216.
- El informe del CNSSS al Congreso. (2003). *Salud Colombia*. Recuperado de <http://www.saludcolombia.com/actual/salud72/noticia72.htm>
- Farioli, B., Correa, M. y Perez, J. (2007). *La inseguridad social (R. Castel)*. Argentina.
- Fedesarrollo. (2001). *Consultoría para la focalización, cobertura y efectividad de la red de protección social en Colombia: El sistema subsidiado de seguridad social en salud*. Bogotá: Fedesarrollo.
- Fedesarrollo. (s.f.). El sistema de seguridad social en salud: logros y retos. Análisis Coyuntural *Coyuntura Social*.
- Fresneda, Oscar. (2003). El sistema de selección de beneficiarios y el régimen subsidiado de salud en Colombia. *Comercio Exterior*, 53(6), junio, 574-586.
- Giraldo, Cesar. (2006). La protección social en Colombia. En Y. Le Bonniec y O. Rodríguez (Eds.), *Crecimiento, equidad y ciudadanía: Hacia un nuevo sistema de protección social* (pp. 349-400). Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo - CID.
- Giraldo, Cesar. (2007) *¿Protección o desprotección social?* Bogotá: Desde Abajo - Cesde.
- González, Jorge. (2010). *La emergencia social y el colapso de la ley 100 de 1993*. Recuperado de <http://www.razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas-29/743-la-emergencia-social-y-el-colapso-de-la-ley-100-de-1993.html>
- Grupo de Investigación en Protección Social y Salud Pública. (2011). *Financiación y segmentación en el Sistema general de seguridad social en salud*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

- Hernández, Mario. (2000). *El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización*. Recuperado de <http://www.saludcolombia.com/actual/salud49/colabora.htm>
- Hernández, Mario. (2011a). *La crisis de la salud: ¿corrupción o estructura?* Recuperado de <http://www.razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas-29/2373-la-crisis-de-la-salud-icorrupcion-o-estructura-.html>
- Hernández, Mario. (2011b). *La nueva ley de salud: ¿más de lo mismo?* Recuperado de <http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/1747-la-nueva-ley-de-salud-imas-de-lo-mismo.html?highlight=WyJtYXJpbylslmhlcM5cdTAwZTFuZGV6liwibWFyaW8gaGVyblx1MDBIMW5kZXoiXQ==>
- Holzmann, R. y Jorgensen, S. (2000). Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. *Documento de trabajo sobre protección social, 0006*. Banco Mundial.
- Isaza, Sergio. (2010) *¿La salud-mercancía o el derecho a la salud? Análisis de los decretos de emergencia*. Recuperado de <http://www.razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas-29/759-ila-salud-mercancio-el-derecho-a-la-salud-ansis-de-los-decretos-de-emergencia.html?highlight=WyJzZXJnaW8iLCJpc2F6YSIsInNlcmdpbyBpc2F6YSJd>
- Isaza, Sergio. (2011). *Sistema General de Seguridad Social en Salud: la historia oculta*. Recuperado de <http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/2079-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud-la-historia-oculta.html?highlight=WyJsYSIsImhpc3Rvcmlhliwib2N1bHRhliwibGEgaGlzdG9yaWEiLCJsYSBoaXN0b3JpYSBvY3VsdGEiLCJoaXN0b3JpYSBvY3VsdGEiXQ==>
- Jack, William. (2000). *The Evolution of Health Insurance Institutions: Theory and Four Examples from Latin America*. Banco Mundial.
- Jamison, D., Breman, J., Measham, A., Alleyne, G., Claeson, M., Evans, D., (...) y Musgrove, P. (2006). *Las prioridades de la salud*. Washington D.C., USA: Banco Mundial.
- Jaramillo, Iván. (2001a). *El estado de la salud y la seguridad social en Bogotá a finales del año 2000*. Bogotá: Contraloría de Bogotá D.C.
- Jaramillo, Iván. (2001b). Evaluación de la descentralización municipal en Colombia, Evaluación de la descentralización en salud en Colombia. *Archivos de economía*, 170. Bogotá: DNP.
- Jaramillo, Iván. (2004). *Evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema General de Riesgos Profesionales durante los últimos 10 años*. Bogotá: Comisión Séptima de la Cámara de Representantes.

- Jaramillo, Iván. (2008a). *Derecho a la salud versus economía de la salud*. Recuperado de <http://www.razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas-29/288-derecho-a-la-salud-versus-economde-la-salud.html>
- Jaramillo, Iván. (2008b). *El acceso a la salud de los desplazados por la violencia*. Bogotá: Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento.
- Jaramillo, Iván. (2010a). *El Ministerio de Protección Social, otro huevito que se rompe*. Recuperado de <http://www.razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas-29/1308-el-ministerio-de-proteccion-social-otro-huevito-que-se-rompe.html?highlight=WyJodWV2aXRvll0=>
- Jaramillo, Iván. (2010b). *Impuestos para la salud: ¿Una jugada maestra?* Recuperado de <http://www.razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas-29/747-impuestos-para-la-salud-iuna-jugada-maestra.html>
- Jaramillo, Iván. (2011a). *El Cartel de las EPS: una larga y triste historia*. Recuperado de <http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/2005-el-cartel-de-las-eps-una-larga-y-triste-historia.html>
- Jaramillo, Iván. (2011b). *En la salud, los niños son los últimos*. Recuperado de <http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/2456-salud.html>
- Jaramillo, Iván. (2011c). *Entre socialdemocracia y neoliberalismo: ¿mezcla virtuosa o viciosa?* Recuperado de <http://razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/2210-entre-socialdemocracia-y-neoliberalismo-imezcla-virtuosa-o-viciosa.html>
- Katz, J., y Miranda, E. (1995). *Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL.
- Laurell, Asa. (1994). *La salud: de derecho social a mercancía. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Fundación Friedrich Ebert.
- Laurell, Asa. (2010). Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Medicina Social*, 5(1), marzo, 79-88.
- Ley 60, por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia. Bogotá. 1993.
- Ley 100, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia. Bogotá. 1993.
- Ley 715, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Congreso de la República de Colombia. Bogotá. 2001.

- Ley 1122, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia. Bogotá. 2007.
- Ley 1438, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia. Bogotá. 2011.
- Londoño, B., Jaramillo, I., y Uribe, J. (2001). Descentralización y reforma en los servicios de salud: El caso colombiano. *Human Development Department LCSHD Paper Series*, 65, marzo.
- Londoño, J., y Frenk, J. (1997). *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Working paper series 353*. Washington D.C., USA: BID, Oficina del Economista Jefe.
- Martín, J., Pereira, J., y Torres, A. (1995). Una agenda a debate: El informe del Banco Mundial "Invertir en salud". *Revista Española de Salud Pública*, 69(5), septiembre-octubre, 385-391.
- Martínez, Félix. (2006) ¿Subsidios o seguridad social? El no pago de la porción social del salario. En Y. Le Bonniec y O. Rodríguez (Eds.), *Crecimiento, equidad y ciudadanía: Hacia un nuevo sistema de protección social* (pp. 413-438). Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo - CID.
- Martínez, Félix. (2008a) *¿Derecho a la salud o equidad en salud?* Bogotá.
- Martínez, Félix. (2008b). *Implicaciones de las decisiones sobre el financiamiento de la salud*. Bogotá.
- Martínez, Félix. (2008c). *Módulo Introducción a la Seguridad Social*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Martínez, Félix. (2009). *Finanzas de la salud, un problema estructural*. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID.
- Martínez, Félix. (2010). *Comentarios al Proyecto de ley ordinaria salud Proyecto 01 / 2010 y otros acumulados (ponencia para segundo debate) "Por el cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones"*. Bogotá.
- Ramírez, Jaime. (2006). Derechos de propiedad y desigualdades sociales en el sistema general de seguridad social en salud de Colombia, 1993-2003. En Y. Le Bonniec y O. Rodríguez (Eds.), *Crecimiento, equidad y ciudadanía: Hacia un nuevo sistema de protección social* (pp. 439-477). Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo - CID.
- Resolución 2320, por medio de la cual se establece el mecanismo de reporte de la información por parte de las EPS relacionada con los montos a girar a las IPS y se dictan otras disposiciones. Ministerio de la Protección Social. Bogotá. 2011.

- Restrepo, Darío. (Ed.). (2010). *Inequidad social en salud: el caso de Bogotá*. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo - CID.
- Rodríguez, Oscar. (2005). Avatares de la Reforma del Sistema de Seguridad social ley 100 de 1993. En O. Rodríguez (Ed.), *Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social* (pp. 177-231). Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo - CID.
- Rodríguez, Oscar. (2006). Del patronato al aseguramiento en el sistema de protección social en Colombia: asistencia, identificación y legitimidad. En Y. Le Bonniec y O. Rodríguez (Eds.), *Crecimiento, equidad y ciudadanía: Hacia un nuevo sistema de protección social* (pp. 197-281). Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo - CID.
- Rodríguez, Oscar. (2010). *Rentabilidad financiera, ajustes al sistema de salud y salario mínimo*. Recuperado de <http://www.razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas-29/793-rentabilidad-financiera-ajustes-al-sistema-de-salud-y-salario-mmo.html>
- Rosanvallon, Pierre. (1995). *La nueva cuestión social*. Buenos Aires, Argentina: El Manantial.
- Sarmiento, A., González, J., y Rodríguez, L. (1999). Eficiencia horizontal y eficiencia vertical del Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN). *Coyuntura social*, 21, noviembre, 107-125.
- Secretaría de Salud del Municipio de Medellín. (2009). *Sostenibilidad financiera y económica del régimen subsidiado en salud en el Municipio de Medellín, desde la perspectiva de sus agentes operadores (EPS-S)*. Medellín.
- Se agudiza crisis de los hospitales públicos. (1999). *Salud Colombia*. Recuperado de <http://www.saludcolombia.com/actual/salud39/noticia39.htm>
- Ugalde, A., y Jackson, J. (1998). Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica. *Cuadernos Médico Sociales*, 73, mayo, 45-60.
- Vargas, Ingrid. (2009). *Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia* Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/ivl1de1.pdf;jsessionid=1BDAB36F778C9BAFACB6F2DFD05695B0.tdx2?sequence=1>
- Villar, Luis. (2004). La Ley 100: el fracaso estatal en la salud pública. *Revista DESLINDE*, 36, octubre-diciembre.