

**Financiamiento del Sistema General
de Seguridad Social en Salud
Seguimiento y control preventivo
a las políticas públicas**

ISBN 978-958-99991-5-8

Procuraduría General de la Nación

Alejandro Ordóñez Maldonado

Procurador General de la Nación

Martha Isabel Castañeda Curvelo

Viceprocuradora General de la Nación

Diana Margarita Ojeda Visbal

Procuradora Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social

Piedad Mejía Rodríguez

Asesora

Programa de Derechos Humanos

Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)

Pontificia Universidad Javeriana

Centro de Proyectos para el Desarrollo – Cendex

Equipo de investigación:

Director de la investigación:

Rolando Enrique Peñaloza Quintero

Investigadores:

Miguel García Cancino

Nazly Orozco Rodríguez

Stephanie Puerto García

Ana María Ríos Montañez

Diseño de portada

Andrés Pardo Páez

Edición

ECOE EDICIONES LTDA.

Diagramación e Impresión

Rasgo y Color Ltda.

“Esta publicación fue posible gracias al apoyo del pueblo y del gobierno de Estados Unidos, a través de su Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del Contrato No. 514C-00-06-00304-00 y en el marco de su Programa de Derechos Humanos. Las opiniones expresadas en este material no representan aquellas de USAID y/o las del gobierno de Estados Unidos de América”.

Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas

Contenido

Presentación

1.	Introducción	9
2.	Flujo de los recursos en el sistema general de seguridad social en salud	12
2.1	Régimen contributivo	13
2.1.1	Flujo de recursos entre el pagador y los aseguradores	14
2.1.2	Flujo de recursos entre el asegurador y el prestador de los servicios de salud	15
2.1.3	Empresas promotoras de salud	17
2.1.4	Recobros por la atención en salud en el régimen contributivo	19
2.2	Régimen subsidiado	24
2.2.1	Los problemas entre el nivel central y las entidades territoriales bajo el esquema de contratos de administración del régimen subsidiado	25
2.2.2	Inconvenientes entre las entidades territoriales y las EPS	26
2.2.3	Problemas entre el asegurador y el prestador	26
2.2.4	<i>Pari passu</i>	27
2.2.5	Nuevo esquema de operación del régimen subsidiado previsto por la Ley 1438 de 2011	29
2.3	Atención a población pobre no asegurada y eventos no cubiertos por el POS del régimen subsidiado	30
2.3.1	Inconvenientes en el flujo de recursos entre departamentos, distritos y municipios, las EPS y la red de prestación de servicios	31

2.3.2	Entidades deudoras	32
2.3.3	Por naturaleza jurídica	32
2.3.4	Deudores públicos por tipo de negocio	33
2.3.5	Cartera por tipo de deudor o negocio	34
2.4	Salud pública	36
2.5	Recobros de las IPS frente al Fosyga por concepto de accidentes de tránsito y eventos catastróficos	38
3.	Política preventiva de la gestión de los recursos financieros del sistema general de seguridad social en salud	42
3.1	Propósito de la política preventiva de la gestión de los recursos financieros del sistema general de seguridad social en salud	42
3.2	Principios orientadores de la política preventiva de la gestión de los recursos financieros del sistema general de seguridad social en salud	42
3.3	Objetivo de la política preventiva de la gestión de los recursos financieros del sistema general de seguridad social en salud	43
3.4	Estructura de la política preventiva de la gestión de los recursos financieros del sistema general de seguridad social en salud	43
4.	Instructivo para la aplicación de la política preventiva del flujo y uso de los recursos del sistema general de seguridad social en salud	47
4.1	A propósito de la implementación de políticas	47
4.2	ABC de una política preventiva	48
4.2.1	Elementos clave de la política	48
4.2.2	Contenido de la política	49
4.3	Etapas de la implementación de una política preventiva del flujo y uso de los recursos del sistema general de seguridad social en salud	52
4.3.1	Elementos iniciales	52
4.3.2	Concientización y movilización	53
4.3.3	Planeación y programación	53
4.3.4	Ejecución de actividades preventivas	54
4.4	Generación de informes	67

5.	Metodología y herramientas para la evaluación, monitoreo y seguimiento del plan de acción propuesto en la política preventiva	69
5.1	Preguntas de seguimiento y evaluación	69
5.2	Respuesta a la preguntas	73
5.3	Ajuste y difusión del sistema	73
6.	Diseño operativo del sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación del plan de acción	74
6.1	Procedimiento para el monitoreo del la implementación de la política a través del plan operativo anual	75
7.	Problemática	92
7.1	Problemas de regulación	92
7.2	Problemas del financiamiento del sistema general de seguridad social en salud	93
7.3	Problemas en la prestación de servicios de salud	106
7.4	Problemas del aseguramiento	108
7.5	Problemas de salud pública	109
8.	Recomendaciones	112

Presentación

Para la Procuraduría General de la Nación, solicitar estudios sobre temas de seguridad social, constituye un importante aporte al ejercicio de sus funciones constitucionales y legales de naturaleza preventiva porque ello no solo contribuye a garantizar y defender los derechos fundamentales en Colombia, sino que también permite generar insumos para crear, desarrollar y hacer seguimiento a políticas públicas en la materia en nuestro país.

Las dificultades de acceso efectivo a los servicios de salud, la calidad de la prestación, los trámites a que se ven avocados los usuarios para obtener un servicio, las acciones de tutela para exigir el derecho a la salud, el comportamiento de los recursos en salud desde su fuente, distribución, flujo y uso, en general, las fallas estructurales, regulatorias y de inspección vigilancia y control, constituyen algunos de los factores que más afectan la vida de los colombianos; es conocida por todo el país, la grave crisis que afecta al Sistema general de seguridad social en salud, creado por la Ley 100 de 1993, lo cual ha obligado a los diferentes gobiernos a realizar varios procesos de ajuste para que este servicio funcione efectiva y eficientemente en nuestro Estado Social de Derecho, sin obtener hasta estos momentos óptimos resultados.

De otra parte, la Corte Constitucional desde la Sentencia T-402 de 1992, dispuso que la salud es un derecho fundamental cuando se pone en riesgo la vida o tiene conexidad con ésta; posteriormente, frente a los graves problemas del Sistema, la Corte Constitucional, mediante la Sentencia T-760 de 2008, ordenó a diferentes instancias adoptar medidas para resolver la problemática en salud que aqueja a Colombia.

La Procuraduría General de la Nación ha venido impulsando hace ya algunos años varios estudios sobre el derecho a la salud, con el fin de solicitar a los diferentes actores del Sistema, que se tomen medidas y se adopten los cambios necesarios para que no se siga vulnerando este derecho y, en consecuencia, que el Sistema garantice la salud de toda la población colombiana. Dichos estudios e investigaciones realizados con el apoyo técnico y financiero de organismos académicos e internacionales han constituido la base para hacer debates y pronunciamientos judiciales sobre la salud en Colombia.

Nuevamente, y con el apoyo del Programa de Derechos Humanos de USAID, operado por MSD Colombia Ltda., se realizó una investigación sobre el **Seguimiento a las finanzas del sistema general de seguridad social en salud**. Para ello, se adelantó el proceso público contractual y resultó seleccionado el Centro de Proyectos para el Desarrollo- **Cendex**- unidad académica de la **Pontificia Universidad Javeriana**, cuyo equipo de investigadores a la cabeza del doctor Enrique Peñaloza Quintero y con el apoyo de la Procuraduría Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social, desarrolló este proyecto que se da a conocer a la comunidad científica, al gobierno, a

las instituciones académicas, a las entidades públicas y privadas, y a los funcionarios de la Procuraduría General de la Nación quienes gozarán de un instrumento de carácter preventivo que contiene acciones generales, estrategias, requerimientos periódicos, como una valiosa herramienta para desarrollar políticas preventivas en materia de salud, especialmente en lo relacionado con el flujo y uso de los recursos del Sistema, con el fin de prevenir potenciales riesgos y problemas que se originen por la corrupción o el uso indebido de los recursos financieros en el sector salud.

Este instrumento también será un manual de gran utilidad para los funcionarios que tienen a su cargo funciones disciplinarias en temas de salud.

El libro contiene entre otros temas los siguientes: el marco jurídico y normativo de las fuentes y usos de los recursos del Sistema a nivel nacional y territorial; las entrevistas y los análisis realizados en las fuentes de información para la elaboración del diagnóstico de la problemática sobre los trámites y flujo de los recursos para la salud de los colombianos; el documento de política preventiva; el instructivo; y el plan de implementación de la política preventiva y sus líneas de acción, todo lo cual permitirá adelantar una serie de actividades preventivas, efectuar el seguimiento y recomendaciones para que las diferentes entidades realicen todas las gestiones necesarias con el fin de que efectivamente se garantice el derecho a la salud y a la dignidad de todos los colombianos, ya que está demostrado que los recursos económicos existen, no obstante, el alto costo de intermediación, el no pago o demora por parte del Estado o los entes territoriales a los hospitales públicos, el no pago de las EPS a las IPS, el no pago de las IPS a sus prestadores, la alta cartera de difícil recaudo, las glosas injustificadas, el uso indebido de los recursos y la desviación de los mismos, constituyen conductas que atentan no solo contra la estabilidad financiera del Sistema, sino que especialmente afectan a los pacientes y, por lo tanto, violan sus derechos fundamentales a la vida y a la dignidad.

Por último, la Procuraduría General de la Nación agradece al equipo investigador de Cendex, a USAID y a MSD Colombia Ltda., por todo el apoyo para hacer posible que el Ministerio Público cuente con esta valiosa herramienta para cumplir sus funciones constitucionales y legales en materia de protección de los derechos fundamentales, asegurar su efectividad, proteger el patrimonio público, defender los intereses de la sociedad y velar por el ejercicio diligente y eficiente de las funciones administrativas, así como vigilar la conducta de quienes administren recursos o cumplan funciones públicas.

Alejandro Ordóñez Maldonado
Procurador General de la Nación

1. Introducción

El sistema de seguridad social en salud en Colombia, en adelante el sistema o SGSSS, alcanzó el primer lugar en equidad financiera en el año 2000¹. Este honroso lugar se dio gracias a la solidaridad que presenta en su arquitectura fiscal. Por un lado, el sistema pasa 1,5 puntos de la cuenta de compensación a la cuenta de solidaridad como contribución de la población de mejores ingresos a los más vulnerables. Por otro, el sistema de compensación del régimen contributivo redistribuye los aportes entre los diferentes afiliados al sistema a partir de la edad y el sexo, y no de la capacidad de aporte.

Sin embargo, hoy en día el sistema está atravesando una de las mayores crisis financieras de toda su historia a causa, según el Gobierno nacional, de la insuficiencia de recursos que se manejan. Lo anterior ha llevado a desarrollar diferentes acciones como el Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009 (declarado inexecutable por la Corte Constitucional) y las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, las cuales se concentraban en la búsqueda de nuevos recursos financieros para el sector.

Otra hipótesis que se construye a raíz de la presente crisis es que en el sector hay suficiencia de recursos: circulan aproximadamente 40 billones de pesos, cifra que parece significativa a la luz del gasto en salud en América Latina. Por lo tanto, los actuales acontecimientos se atribuyen al manejo inadecuado de los recursos financieros del sector, más que a su escasez. Lo anterior se evidencia por los hechos de corrupción públicamente conocidos, que son la consecuencia de un ineficiente sistema de inspección, vigilancia y control.

En este sentido se requieren herramientas de control preventivo con el fin de evitar el uso indebido de los recursos financieros del sector salud.

Dentro de las características del sistema general de seguridad social definidas por la Ley 100 de 1993 que afectan el flujo de los recursos, se destacan las siguientes:

- a. La cobertura a todos los habitantes del país, los cuales deberán estar afiliados al sistema, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales.
- b. El recaudo de las cotizaciones como responsabilidad del Fosyga (Fondo de Solidaridad y Garantía), quien delegará esta función en las EPS.

¹ Informe anual Organización Mundial de la Salud (OMS) 2000.

- c. El reconocimiento a la EPS de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), por cada persona afiliada, cotizante o beneficiaria. La UPC será establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (hoy función asumida por la comisión reguladora CRES).
- d. La existencia del régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables que se financiará con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fosyga y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad, con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones equitativas.
- e. La creación del Fondo de Solidaridad y Garantía cuyo objeto es garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del sistema, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias señaladas en la Ley.
- f. La financiación al subsidio a la demanda por parte de las entidades territoriales, con cargo a los fondos seccionales y locales de salud.
- g. La celebración de convenios por parte de las entidades territoriales con las EPS para la administración de la prestación de los servicios de salud propios del régimen subsidiado.

A partir de este marco se buscó realizar el análisis del flujo de recursos del sistema identificando sus dificultades en el manejo de los recursos. Existen dos ejes principales en la financiación del sistema, los cuales se definen a partir del origen de los recursos: por un lado están los impuestos generales de la nación y por el otro las cotizaciones. Como el estudio pretende realizar un análisis más desde el uso que desde las fuentes, entonces el análisis se abordará desde la administración que se da a través del Fosyga, el Sistema General de Participaciones (SGP) y los recursos manejados por las entidades territoriales.

Adicionalmente, se realizó una política preventiva del flujo y uso de los recursos financieros del sector Salud con el fin de implementarla en la Procuraduría General de la Nación y en las procuradurías provinciales, buscando un adecuado control de los procesos llevados a cabo por cada uno de los actores del sector en cuanto a flujo de recursos.

De esta forma, en el segundo capítulo se presenta el flujo de los recursos en el sistema general de seguridad social en salud, el cual contiene el diagnóstico de la problemática en el manejo de los recursos tanto en los regímenes contributivo y

subsidiado, como en los temas de salud pública y eventos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT).

En el capítulo tres se presenta la política preventiva de la gestión de los recursos financieros del sistema, en la cual se expone el propósito, los objetivos y la estructura de la política, así como los principios orientadores de la vigilancia y el control del flujo y uso de los recursos.

En el capítulo cuatro se presenta el instructivo para la aplicación de la política preventiva, en el cual se desarrollan las acciones que se deben realizar en cada una de las líneas de acción de la misma y los pasos a seguir para implementarlas.

En los capítulos cinco y seis se presentan la metodología y las herramientas necesarias para llevar a cabo la evaluación, el monitoreo y el seguimiento del plan de acción propuesto en la política preventiva.

Finalmente, en el último capítulo se expone una visión general de los retos y problemas que enfrenta el sistema general de seguridad social en salud junto con las recomendaciones propuestas a cada uno de los actores que participan en los procesos llevados a cabo en el sector.

2. Flujo de los recursos en el sistema general de seguridad social en salud

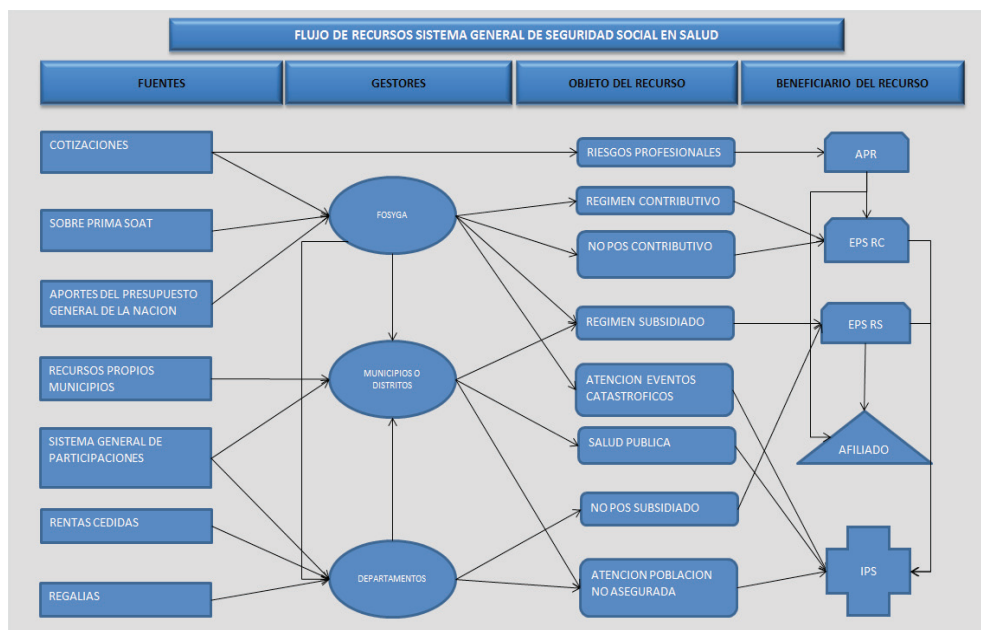
Con el fin de subsanar los inconvenientes que genera para el funcionamiento del sistema un inadecuado flujo de recursos, varios son los esfuerzos que se han realizado desde el punto de vista regulatorio, empezando por la reglamentación directa a la Ley 100 de 1993, o mediante el uso de facultades extraordinarias concedidas al Gobierno para reglamentar la materia, como el caso del **Decreto 1281 de 2002** *“Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación”*; el **Decreto 050 de 2003** *“Por el cual se adoptan unas medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”*; el **Decreto 3260 de 2004** *“Por el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”*; así como el **Decreto 4747 de 2007** *“Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”* que regula las relaciones entre aseguradores y prestadores.

Posteriormente, a través de la expedición directa de las leyes se ha elevado a tal rango parte de lo establecido en los decretos reglamentarios e incluso se ha incrementado el nivel de exigencia, tal como lo contempla la **Ley 1122 de 2007** a través de sus artículos 12 y 13, o como lo establece la Ley 1438, que además de fijar los plazos para el pago de la facturación por concepto de prestación de servicios de salud, cambia sustancialmente la operación del régimen subsidiado y permite que desde el Ministerio de la Protección Social, como norma general, se gire directamente a las EPS del régimen subsidiado, sustituyendo el anterior esquema de contratación entre entidades territoriales y empresas Promotoras de Salud.

A pesar del mandato legal es recurrente la queja generalizada por parte de los prestadores de servicios de salud como instituciones ubicadas al final de la cadena de dicho flujo y como materializadoras del derecho de la salud de los usuarios sobre la inoportunidad del flujo por parte de aseguradores tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado, así como de parte de las entidades territoriales en relación con los servicios de salud no incluidos en los planes de beneficios de los usuarios asegurados, como para los servicios prestados a los ciudadanos que no cuentan con algún tipo de seguro.

La problemática existente y expresada por los actores puede clasificarse por tipo de régimen para el caso de la población asegurada y por insuficiencia de recursos en el caso de los servicios no cubiertos por seguros (población pobre no asegurada y servicios no incluidos en planes de beneficios), cada uno con una problemática particular y “justificada” por el responsable del pago de distinta manera y por niveles desde el pago al asegurador y de éste al prestador de servicios y directamente en la relación entre la entidad territorial y los prestadores.

Diagrama 1. Flujo de recursos en el sistema general de seguridad social en salud



2.1 Régimen contributivo

El régimen contributivo opera a través del aseguramiento que en forma individual ofrecen las EPS a los afiliados que libremente las eligen. Los recursos para financiar el plan de beneficios provienen básicamente de fuentes parafiscales que aportan al sistema tanto empleados como empleadores. Dichos recursos pertenecen al Fosyga y los recaudan las EPS por delegación.

Las aseguradoras obtienen sus ingresos mediante el reconocimiento que el sistema realiza sobre la base de una Unidad de Pago por Capitación (UPC) o prima, reconocida por cada uno de sus afiliados. Operativamente, existe el proceso de compensación, que compara el recaudo obtenido por un núcleo familiar con base en el salario o ingresos de uno o más de sus miembros frente al valor de la UPC reconocida por todos las personas incluidas en dicho núcleo familiar. El sistema reconoce mensualmente las UPC teniendo en cuenta el recaudo efectivo de las cotizaciones.

Las EPS obtienen otros ingresos por concepto de pagos que tienen como finalidad contribuir a la financiación de los servicios o regular la demanda de los usuarios por dichos servicios (estos pagos se denominan copagos y cuotas moderadoras). Adicionalmente, obtienen ingresos por recobros que realizan frente al Fosyga por concepto de servicios, dispositivos, medicamentos e insumos que, sin estar en el plan de beneficios, son obligados a prestar o suministrar mediante órdenes de tutela

o mediante la emisión de conceptos de comités técnico-científicos.

2.1.1 Flujo de recursos entre el pagador y los aseguradores

El proceso de compensación entre las EPS y el Fosyga se realiza dos veces al mes en los tiempos definidos por el Decreto 2280 de 2004. Dicho proceso, salvo inconsistencias pendientes de subsanar sobre datos básicos del usuario, multifiliaciones o inconvenientes en la identificación de los aportes, que puedan generar a su vez inconsistencias en los cruces de información que en forma centralizada realiza el Fosyga, no genera inconvenientes en el reconocimiento de las UPC que corresponden a las EPS y por consiguiente en el flujo de recursos.

Para el caso de otra de las fuentes de financiación del régimen contributivo, como son los copagos y cuotas moderadoras, su recaudo prácticamente está asegurado para las EPS, por cuanto el pago por parte del usuario se realiza previo al uso de los servicios y como requisito para la prestación de éste. Por el contrario, en muchos casos el riesgo en su recaudo es trasladado al prestador, por cuanto generalmente se pacta con el prestador su cobro y dicho monto es deducido de la facturación, independientemente de si se produce o no el recaudo efectivo.

Los inconvenientes existentes en el flujo de recursos de este régimen básicamente se reportan en lo correspondiente a los recobros que hacen las EPS ante el Fosyga por concepto de atenciones en salud no incluidas en el plan de beneficios. La evolución del comportamiento de dichos recobros, volumen y monto ha generado alertas en cuanto a la sostenibilidad misma del sistema y señalamientos de corrupción en el trámite y reconocimiento de éstos.

Aunque el procedimiento de recobro está reglamentado (Resolución del Ministerio de la Protección Social 3099 de 2008) y en dicha reglamentación se establecen los plazos para la auditoría de las cuentas presentadas por las EPS y para el pago de dichos recobros, los inconvenientes se generan en el ejercicio de revisión de la documentación que soporta la prestación de los servicios.

Los inconvenientes generados en los procesos de recobros frente al Fosyga son aducidos por las EPS frente a su red como justificación para retrasar los pagos por concepto de prestación de servicios de salud.

2.1.2 Flujo de recursos entre el asegurador y el prestador de los servicios de salud

La materialización de la obligación del asegurador en cuanto a garantizar el acceso a la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios se realiza por parte de la EPS bien sea a través de su propia red de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) o mediante la contratación con IPS de terceros, ya sean de naturaleza pública o privada.

Cuando se trata de la contratación de la prestación de servicios a través de terceros, las EPS acuden a las modalidades de contratación autorizadas; básicamente lo previsto por el Decreto 4747 de 2007, que en resumen establece tres tipos de contratación:

- a. Contratación **por capitación** o de valor fijo por usuario contratado, con transmisión de riesgo al prestador, definido por el precitado decreto como el pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.
- b. **Por evento**, definido como un mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un periodo determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente. Generalmente, salvo las intervenciones básicas, dichos servicios requieren autorización previa por parte del asegurador y para su pago el ejercicio de auditoría individual por parte del asegurador.
- c. Y finalmente, el **pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico**, definido como el mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

Las tarifas son fijas por relaciones de mercado entre aseguradores y prestadores, con distorsiones propias que genera el poder de negociación por parte de la EPS frente a prestadores con servicios no diferenciados o con servicios no exclusivos o las que generan los prestadores en el caso de contar con servicios altamente especializados y con oferta insuficiente en el mercado.

En cuanto al flujo de recursos, si bien los contratos de capitación generan riesgo para el prestador, facilitan el proceso de facturación y revisión y por consiguiente agilizan su pago. Los contratos por evento implican la generación de un mayor número de documentos soportes para su facturación y trámite y la resolución de glosas y conciliaciones originadas en las diferentes interpretaciones de pertinencias, costos de insumos y medicamentos, soportes de diagnósticos entre otros. Los conjuntos integrales de atención facilitan la labor de auditoría y facturación pero requieren un sistema de información bien desarrollado por parte de la IPS en cuanto a los costos y desviaciones que puedan presentarse.

Para el caso del régimen contributivo, si bien las normas que reglamentan la oportunidad en los pagos que deben observar los aseguradores frente a los prestadores garantizan dicha oportunidad, el ejercicio del control para materializar tales objetivos no ha resultado eficaz. Esta afirmación se ve soportada en parte por la información acopiada en las visitas realizadas a los diferentes actores y de acuerdo con la opinión de una de las entidades que agrupan las IPS, como es el caso de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, quienes en carta al Ministerio de la Protección Social del 20 de junio en algunos apartes afirman:

No es un secreto que el problema de la cartera y el flujo de recursos ha sido objeto de innumerables cambios de normas y reglas de juego para tratar de contener su avance, eso hace que este tema esté casi que perfectamente normado en tiempos, responsables, movimientos y procedimientos tanto en leyes, como en decretos y resoluciones. Si usted revisa, las últimas leyes que aspiraban a reformar el sistema, se han encargado del asunto (...) Esas normas se han ocupado en extenso de esta problemática y obviamente sus decretos reglamentarios han ido al detalle, tratando de circunscribir o limitar la inventiva o interpretación de las instancias que no muestran interés por cumplir con las obligaciones al interior del sector.

Superado ese eslabón de lo meramente normativo, las instituciones hospitalarias consideraron que el paso lógico a seguir era invocar el poder de la vigilancia y el control para tratar de hacer que esos mandatos legales pudieran ser una realidad².

2 Carta suscrita por el Director General de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y dirigida al ministro de la Protección Social, Mauricio Santa María Salamanca, en <http://www.achc.org.co/investigacion/Carta%20ministro%20iliquidez-cartera%20hospitalaria.pdf>

2.1.3 Empresas promotoras de salud

La cartera de las empresas promotoras de salud que administran el régimen contributivo ascendió a \$1,2 billones; su concentración en cartera de 90 días y más es de 45,9%, superior en 14,4 puntos respecto de diciembre de 2008.

La cartera de las EPS privadas es de \$757.101 millones con una relación por edad mayor a 90 días de 43,1%, mayor en 17,6 puntos respecto del semestre anterior. Este tipo de deudor presenta diversificación respecto con periodos anteriores acorde con el volumen de afiliados. De las 21 EPS privadas activas para la operación del régimen contributivo, las cinco mayores deudoras concentran el 34,5% de la cartera con una morosidad del 42,6%, atenuada por la composición por edad de cartera de S.O.S. EPS y Salud Total. Las EPS del grupo Saludcoop³ cuentan con una participación en 17,2% de la cartera total de EPS privadas activas (16,9% del pasado informe), presentando el 56,2% de esta cartera en edad superior a 90 días, superior en 20,9 respecto del pasado semestre.

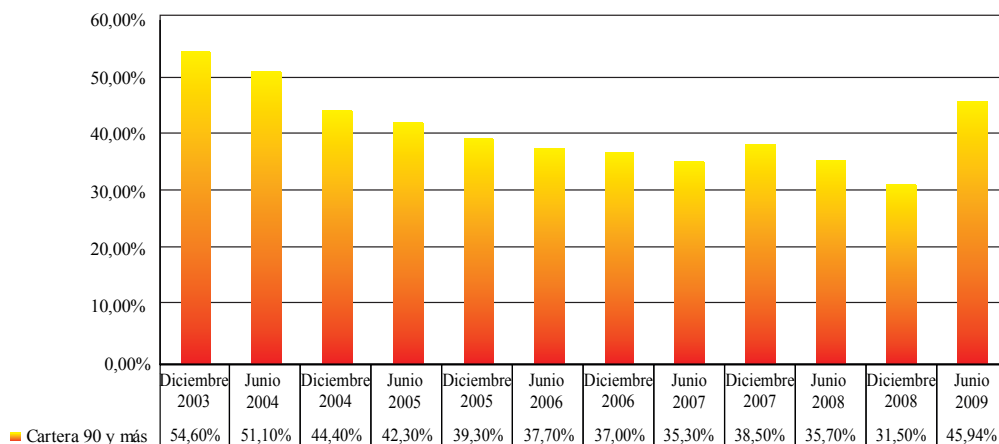
3 EPS Saludcoop, Cruz Blanca EPS S.A. y Cafesalud EPS S.A.

Tabla 1. Cartera de las EPS por edad y naturaleza jurídica a junio 30 de 2009
(millones de \$ y participación %)

N J Deudor	Entidad Dendora	A 30 días más cte	Part edad	De 31 a 60 días	Part edad	De 61 a 90 días	Part edad	Más de 91 días	Part edad	TOTAL	Part Total
PRIVADA	COOMEVA EPS	77.990	48,2	11.051	6,8	4.106	2,5	68.645	42,4	161.793	13,2
	SALUDCOOP EPS OC	36.140	35,4	5.282	5,2	2.788	2,7	57.910	56,7	102.120	8,3
	FAMISANAR EPS	25.711	41,2	5.369	8,6	2.284	3,7	29.105	46,6	62.469	5,1
	S.O.S. EPS	33.656	65,3	2.886	5,6	1.283	2,5	13.748	26,7	51.573	4,2
	SALUD TOTAL EPS	27.239	59,0	5.008	10,8	2.688	5,8	11.255	24,4	46.190	3,8
	HUMANA VIVIR	3.620	8,2	1.191	2,7	2.971	6,7	36.444	82,4	44.226	3,6
	SANITAS EPS	27.988	63,7	5.533	12,6	2.081	4,7	8.350	19,0	43.951	3,6
	SOLSALUD EPS	6.159	16,2	1.028	2,7	2.089	5,5	28.803	75,6	38.079	3,1
	SURA EPS - SUSALUD EPS	20.844	67,9	920	3,0	1.061	3,5	7.854	25,6	30.679	2,5
	COMPENSAR EPS	20.180	70,4	3.169	11,1	490	1,7	4.824	16,8	28.662	2,3
	COMFENALCO ANTIOQUIA	12.349	48,3	1.966	7,7	2.274	8,9	8.989	35,1	25.578	2,1
	SALUDVIDA EPS	7.429	33,0	2.213	9,8	4.051	18,0	8.794	39,1	22.487	1,8
	COLMEDICA EPS	11.702	52,2	2.940	13,1	633	2,8	7.143	31,9	22.418	1,8
	COMFENALCO SIN ESPECIFICAR	9.037	58,7	1.362	8,8	960	6,2	4.048	26,3	15.407	1,3
	COMFENALCO VALLE	5.551	36,8	1.665	11,1	2.915	19,3	4.935	32,8	15.066	1,2
	CAFESALUD EPS	3.490	23,5	483	3,3	320	2,2	10.567	71,1	14.861	1,2
	CRUZBLANCA EPS	6.704	51,7	1.110	8,6	630	4,9	4.513	34,8	12.957	1,1
	RED SALUD EPS	1.383	14,7	170	1,8	303	3,2	7.559	80,3	9.416	0,8
	SALUD COLPATRIA EPS	4.326	64,1	981	14,6	389	5,8	1.048	15,5	6.744	0,5
	SALUD COLOMBIA EPS	165	7,3	34	1,5	99	4,4	1.976	86,9	2.275	0,2
	MULTIMEDICA EPS	100	93,4	5	4,4	1	0,5	2	1,6	107	0,0
	GOLDEN GROUP EPS	42	95,7	0	0,1	0	0,3	2	4,0	44	0,0
Total Privada		341.805	45,1	54.369	7,2	34.413	4,5	326.514	43,1	757.101	61,6
En Liquidación	RESTO EPS EN LIQ.	244	1,7	29	0,2	16	0,1	14.054	98,0	14.342	1,2
	SEGURO SOCIAL EPS	2.422	7,3	12	0,0	481	1,4	30.448	91,3	33.364	2,7
Total en Liquidación		2.666	5,6	41	0,1	497	1,0	44.502	93,3	47.706	3,9
Mixta	NUEVA EPS	117.532	27,6	37.782	8,9	75.768	17,8	194.031	45,6	425.113	34,6
Total Mixta		117.532	27,6	37.782	8,9	75.768	17,8	194.031	45,6	425.113	34,6
Total General		462.004	37,6	92.191	7,5	110.678	9,0	565.046	45,9	1.229.920	100,0

Fuente: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

Gráfica 1. Tendencia de la cartera de 90 días y más de las EPS



Este tipo de deudor, en los primeros diez semestres de la serie, registró una tendencia favorable (con excepción de diciembre de 2007) y se deterioró en el presente semestre.

En su orden, Saludcolombia, Humana Vivir, Red Salud, Solsalud, Cafesalud, Saludcoop y Famisanar son las EPS que presentan una mora superior a la registrada por este tipo de deudor, por lo que se considera recomendable establecer especial observancia, con énfasis en las cinco primeras en mención, por superar mora del 70%.

El Seguro Social, entidad que por la cancelación de la licencia de funcionamiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud cedió la operación a la Nueva EPS a partir del primero de agosto 2008, presenta una cartera total de \$33.364 millones, de la cual el 91,3% es superior a 90 días. El resto de entidades en liquidación registran una deuda de \$14.342 millones.

La Nueva EPS, entidad que al corte de este informe de cartera no cumplía su primer año de operación, entre las EPS del contributivo superó la deuda de las cinco primeras deudoras; además, participó del 34,6% del total de cartera por este tipo de deudor y registró una cartera superior a 90 días del 45,6%.

2.1.4 Recobros por la atención en salud en el régimen contributivo

La cartera del Fosyga con las EPS corresponde básicamente a los recobros por medicamentos no contemplados en el POS y cumplimiento de fallos de tutela. Éste es uno de los temas recurrentes en los titulares de prensa, si bien las cuentas de las EPS no coinciden con las que por el mismo concepto tiene el Fosyga, y

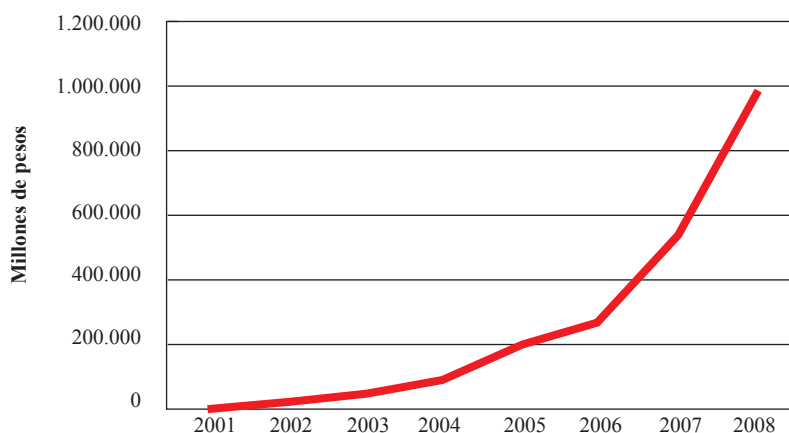
ello se debe en parte al registro contable de unos y otros: las EPS registran en el momento de facturar y por los valores facturados; el Fosyga, si bien actualmente lleva dichos valores cobrados a cuentas de orden, éstos se ven afectados por las glosas generadas en la revisión, por las solicitudes que fueron rechazadas y por las que fueron devueltas como inconsistentes, las cuales no son sometidas a revisión de auditoría.

Sobre el represamiento en el pago de los recobros por parte del Fosyga, la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional señala que:

El adecuado financiamiento de los servicios de salud no contemplados en el POS depende, entonces, del correcto flujo de recursos por parte del Estado para cubrir el pago de los recobros que reglamentariamente sean presentados por las entidades que garantizan la prestación del servicio. En la medida en que tales costos no están presupuestados por el Sistema dentro del monto que recibe la entidad aseguradora de la prestación del servicio de salud por cuenta de cada uno de sus afiliados o beneficiarios (UPC, Unidad de Pago por Capitación), su falta de pago atenta contra la sostenibilidad del sistema, y en tal medida, al acceso a la prestación de los servicios de salud que se requieran con necesidad. Al ser las entidades encargadas de garantizar la prestación del servicio (EPS), o incluso las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), las que suelen asumir los costos de la demora de los pagos de los recobros, se genera además una presión sobre éstas para dejar de autorizar la prestación de servicios de servicios no contemplados en el POS. Así pues, en la medida que la capacidad del Sistema de Salud para garantizar el acceso a un servicio de salud depende de la posibilidad de financiarlo sin afectar la sostenibilidad del Sistema, el que no exista un flujo de recursos adecuado para garantizar el acceso a los servicios de salud que se requieran con necesidad, no incluidos dentro de los planes de servicio, obstaculiza el acceso a dichos servicios.

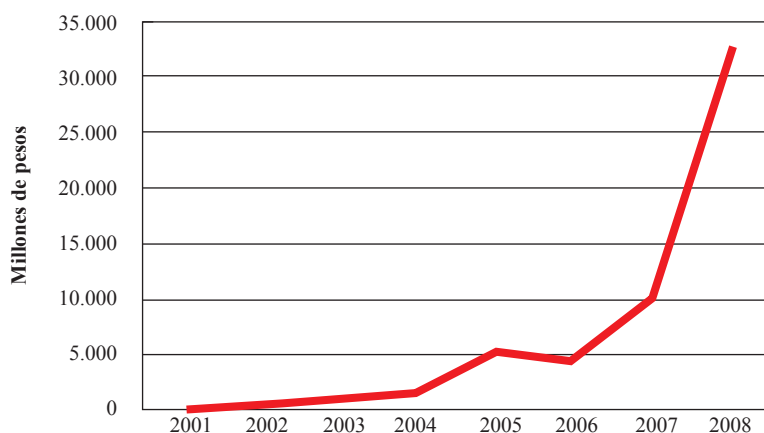
En el régimen contributivo se pasó de 1.278 millones de pesos en el año 2001 a cerca de un billón de pesos en el 2008, a pesos constantes del 2008, que implica un crecimiento mayor a 19.000 veces. ¿Por qué se da este crecimiento? Pueden plantearse varias hipótesis. Una de las que mayor fuerza tiene es que no se ha presentado una adecuada actualización de los planes de beneficios, lo que ha generado una demanda creciente por parte de los usuarios a eventos y medicamentos no POS. Otra hipótesis sería que los aseguradores han acudido a la cuenta para financiar la prestación de los servicios de sus usuarios porque no se encuentra en equilibrio la Unidad de Pago por Capitación que reciben.

Gráfica 2. Evolución de cobros en régimen contributivo



Fuente: Consorcio Fidufosyga 2005, corte a diciembre de 2008.

Gráfica 3. Evolución de los cobros en el régimen subsidiado



Fuente: Consorcio Fidufosyga 2005, corte a diciembre de 2008.

Al examinar cuáles son los diagnósticos más frecuentes recobrados al Fosyga entre el 2002 y 2005 se encuentra que los cinco primeros son VIH – SIDA, epilepsia, hipertensión arterial, enfermedad coronaria y cáncer de seno. Estos problemas de salud se encuentran dentro de los problemas cubiertos por el POS, lo que implica que los cobros corresponderían a medicamentos o procedimientos que son necesarios para atender este problema de salud pero que no están previstos dentro del plan de beneficios. El otro planteamiento es que los cobros se pueden estar realizando por la utilización de medicamentos que

tienen diferente presentación o nombre comercial, lo que implicaría que tienen un sustituto en los medicamentos del POS.

Tabla 2. Recobros de mayor frecuencia en Fosyga

Diagnóstico	Frecuencia	%	% Acumulado	Valor recobrado	%
VIH – SIDA	42.528	8,08	8,08	18.225.024.543	6,48
Epilepsia	41.276	7,84	15,92	9.678.170.495	3,44
Hipertensión Arterial	29.202	5,55	21,46	4.420.321.600	1,57
Enfermedad coronaria	20.877	3,97	25,43	5.263.747.055	1,87
Cáncer de Seno	19.640	3,73	29,16	18.347.519.899	6,52
Artritis reumatoidea	17.091	3,25	32,40	12.999.261.938	4,62
Campo no Diligenciado	15.951	3,03	35,43	10.876.992.511	3,87
Enfermedad Renal Crónica	13.563	2,58	38,01	5.562.992.160	1,98
Cáncer de Próstata	13.236	2,51	40,52	6.430.617.941	2,29
Osteoporosis	12.797	2,43	42,95	1.795.409.790	0,64
Glaucoma	12.590	2,39	45,35	974.481.728	0,35
Cáncer de Sangre	12.529	2,38	47,73	16.914.446.297	6,01
Esclerosis Múltiple	9.887	1,88	49,60	27.957.662.308	9,94
Diabetes Mellitus	9.470	1,80	51,40	1.679.703.004	0,60

Fuente: Cubillos, L. y Alfonso, E. (2007). Análisis descriptivo preliminar de los recobros en El sistema general de seguridad social en salud.2002 a 2005. *Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.*

Si efectivamente tiene un sustituto, entonces se está descargando ese gasto en el valor estimado de la prima, lo que indicaría un alivio en el gasto que tiene la EPS. Si el tema es de marca comercial, el problema radica en conocer por qué no se utiliza el nombre genérico: quizás sea un problema de calidad del medicamento, razón por la cual tendríamos que preguntarle al Invima por qué ese medicamento está en el mercado.

De igual manera se revisan los diagnósticos más costosos. Se encuentra que la esclerosis recobró, entre el año 2002 y 2005, 27 mil millones de pesos, cifra que vale la pena revisar a partir de la frecuencia de recobros, 9.887, lo que implica que cada recobro tiene un valor mayor a \$2.800.000,00, cantidad que tendría que destinar entonces la familia en cada episodio de atención. Es posible que estas prestaciones se consideren excepcionales por su baja frecuencia; ¿podría una familia pagar mensualmente este valor?

Al entrar al tema de los medicamentos más costosos, se encuentra que el primer motivo de recobro se hace por medicamentos que no están especificados, denominado *Campo no diligenciado*. Este recobro ascendió a más de 23.000 millones de pesos. Se puede decir que es posible que se hayan pagado medicamentos que están dentro del POS y que los aseguradores cobraron disminuyendo la presión del gasto sobre la UPC. La no actualización del POS, en términos de medicamentos, favorece la disminución del gasto en salud, elemento que favorece a quien administra el riesgo financiero de esta prima.

Este comportamiento debe ser revisado con las tutelas. El estudio de la Defensoría del Pueblo del año 2006 muestra que el 53,38% de las demandas por tutelas son para eventos POS y medicamentos POS. De esta participación el régimen contributivo tiene el 85,51% y el régimen subsidiado el 14,49%, lo que hace pensar que gran cantidad de los recobros que se pueden haber hecho al Fosyga están cubiertos con la prima que reciben las EPS. Se encuentra también que el 58% de las tutelas del régimen contributivo son eventos POS. Para el caso del régimen subsidiado, el 35% de los casos de tutelas son por eventos POS. Si estos servicios prestados bajo el amparo de las tutelas efectivamente se han pagado, quiere decir que el sistema está haciendo un doble pago al estar incorporados en el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación

Tabla 3. Tutelas en salud según régimen. Período 2006-2008

	Contributivo		Subsidiado			
	Solicitudes	Part.%	Solicitudes	Part.%	Solicitudes	Part.%
POS	181.865	58,6%	30.806	35,0%	212.671	53,4%
No POS	128.555	41,4%	57.156	65,0%	185.711	46,6%
Total	310.420	100,0%	87.962	100,0%	398.382	100,0%

Fuente: Defensoría del Pueblo (2009). La tutela y el derecho a la salud, 2006-2008.

Otra situación sucede con el recobro de medicamentos. El 23,5% de los medicamentos que se reclaman por tutela son POS: en este caso el 51% son del contributivo y el 48% del subsidiado. Los principales medicamentos que se recobran en el régimen contributivo han sido: ácido Valproico, Losartan, Metoprolol y Omeprazol (medicamentos que estarían incluidos dentro del plan de obligatorio de salud del régimen contributivo). En el caso del subsidiado, el Enalapril, el ácido fólico y el Ciclosporina son los más recobrados y tienen sustitutos en el POS. A esta demanda de medicamentos se suman los precios exagerados a los cuales se han realizado los recobros. En casos específicos como el de la Norepinefrina, donde el precio promedio en el mercado es de \$41.314, se identificaron que algunos recobros alcanzaron hasta \$195.571 pesos, que representa casi cinco veces el precio promedio del mercado. Para

el caso de la Amikacina, cuyo precio promedio es de \$1.029 pesos, el promedio de recobro que se encontró fue cercano a los \$20.000 pesos, 20 veces el valor promedio.

Hay otros problemas adicionales que se suman a los recobros de los medicamentos como en el caso del Kaletra, un medicamento para el tratamiento del Sida. Se encontró que mientras en países vecinos como Venezuela y Ecuador la casa farmacéutica los comercializa a US\$1.500, aquí en Colombia el precio que estamos pagando es de US\$3.500.

2.2 Régimen subsidiado

La Ley 100 de 1993 definió al régimen subsidiado como un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad. La operación del régimen subsidiado, reglamentada inicialmente por el Decreto 2357 de 1995, definía como un responsabilidad de los municipios, distritos y departamentos con corregimientos departamentales el aseguramiento de la población pobre y vulnerable mediante la afiliación al régimen subsidiado. Dicha afiliación, hasta la expedición de la Ley 1438 de enero del presente año, se daba mediante la suscripción de contratos de administración de recursos del régimen subsidiado entre entidades territoriales y las EPS que administraban dicho régimen.

Esos contratos de aseguramiento eran financiados con recursos fiscales de la entidad territorial y con transferencias del nivel central denominadas Sistema General de Participaciones (SGP), que son asignadas a los municipios, distritos o departamentos, o mediante recursos de cofinanciación provenientes del Fosyga. Con base en lo anterior, el flujo hacía tránsito, en primera instancia, desde el nivel central a la entidad territorial; posteriormente, de la entidad territorial a la EPS y, finalmente, de la EPS hacia las IPS.

El giro de los recursos entre la Nación y las entidades territoriales en lo correspondiente al SGP se realiza mensualmente durante los diez primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia. Los recursos de cofinanciación del Fosyga son girados por trimestre anticipado, previa la acreditación de cuentas exclusivas para el manejo de dichos recursos, el perfeccionamiento y envío de los contratos de administración del régimen subsidiado y el cruce de la base de datos de afiliados. El esfuerzo propio es recaudado directamente por los municipios o transferido a éstos por los departamentos en caso que los últimos concurren en la financiación.

Establecidos los periodos de contratación, que en términos regulares iniciaban el primero de abril de cada año y finalizaban el 31 de marzo del año siguiente, la entidad territorial debía girar a las EPS por bimestre anticipado los primeros diez días de cada bimestre, fecha para la cual habría recibido previamente tres meses del SGP y el recaudo del esfuerzo propio de los tres primeros meses de cada vigencia, en términos generales, sin alcanzar a recibir los recursos del trimestre anticipado del Fosyga los demás recursos les permitirían girar el bimestre anticipado a las EPS.

En cuanto a los plazos previstos para la cancelación de los servicios prestados por las IPS a sus usuarios, la Ley 1122 establece que las EPS de ambos regímenes debían y deben aún pagar los servicios a los prestadores de servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico, se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los 30 días siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los 15 días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura.

En cuanto al trámite y plazos que deben tenerse en cuenta para la aplicación de glosas y su resolución, la Ley 1438 estableció, para todo pagador, un plazo de 20 días después de radicadas las facturas para aplicar y comunicar glosas, 15 días al prestador para responder al pagador las glosas aplicadas y 10 días al pagador para levantar o dejar definitivas las glosas previamente aplicadas. Luego de dicho plazo y cumplidos 15 días, si el prestador considera que la glosa definitiva aplicada es subsanable, tendrá 7 días hábiles adicionales para subsanar la glosa y enviar nuevamente sus facturas. Si la glosa es levantada, la EPS deberá pagar dentro de los 5 días hábiles siguientes a la presentación de las facturas.

2.2.1 Los problemas entre el nivel central y las entidades territoriales bajo el esquema de contratos de administración del régimen subsidiado

Aunque el recaudo de los recursos provenientes del SGP estaba garantizado por ley y por consiguiente las entidades territoriales lo recibían mensualmente, los mayores inconvenientes se presentaban en el cumplimiento y oportunidad de los

requisitos relacionados con la legalización de sus contratos y el cargue de la base de datos de afiliados que servían de soporte para la realización de los giros por parte del Fosyga, al igual que para la obtención de los recursos del esfuerzo propio, en especial cuando éste estaba constituido por fuentes de financiación provenientes del departamento cuyo origen lo constituían las rentas cedidas por la Nación a dichas entidades territoriales.

2.2.2 Inconvenientes entre las entidades territoriales y las EPS

Las dificultades reportadas tienen como causa la legalización oportuna de los contratos de administración de recursos del régimen subsidiado y la conformación de la base de datos única de afiliados, en primer lugar por constituir el soporte legal de los desembolsos y ejecución de los pagos de la entidad territorial hacia la EPS y, en segundo lugar, por cuanto sirven como instrumento de control para evitar pagos dobles o por personas aseguradas en otras entidades o régimen. Se debe cumplir con la verificación del cargue de los afiliados a la base de datos única como requisito para el reconocimiento de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) de cada afiliado.

A partir de la expedición de la Ley 1122 y de la Sentencia C-463 de la Corte Constitucional, los recobros por concepto de prestación de servicios médicos, medicamentos, intervenciones, cirugías, tratamientos, o cualquiera otro servicio no incluidos en el plan obligatorio de salud ordenados por los jueces mediante fallos de tutela o sometidos al Comité Técnico Científico deben ser recobrados a las entidades territoriales. Los inconvenientes que presenta el flujo de recursos en este componente, según las manifestaciones de los responsables del proceso en las entidades territoriales, son la insuficiencia de las fuentes de financiación para atender estos compromisos y la oportunidad en la auditoría de las cuentas presentadas por las EPS.

2.2.3 Problemas entre el asegurador y el prestador

Las dificultades que presenta la red pública para su operación, según lo manifestado por los mismos prestadores, tiene su origen en la baja rotación de su cartera, originada en las demoras que presentan acreedores, especialmente del régimen subsidiado.

Por parte de las EPS, la causa que origina el retraso en los pagos proviene tanto de la inoportunidad en los pagos, por parte de las entidades territoriales, de las UPC provenientes del aseguramiento de la población pobre, así como de la escasa oportunidad de respuesta en el pago de los recobros por concepto de los servicios no cubiertos por el plan de beneficios que son obligadas a prestar a sus

afiliados. Acompañado de lo anterior, las EPS manifiestan problemas en la calidad de la facturación de las instituciones prestadoras de servicios de salud (según la información reportada por las IPS, los tiempos establecidos por la Ley 1122 para el pago de la facturación por evento no son aplicados efectivamente). Adicionalmente, las EPS aplican glosas injustificadamente, lo cual hace imposible la recuperación de la cartera existente.

2.2.4 *Pari passu*

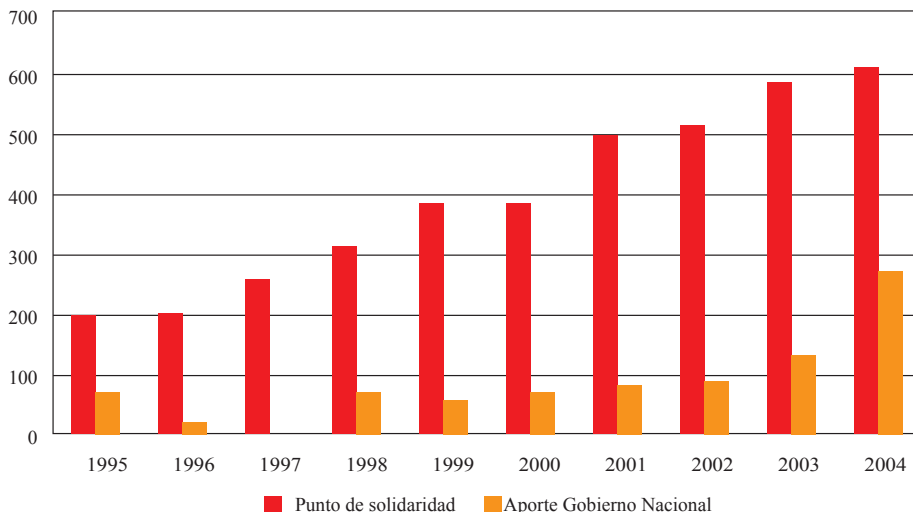
Como forma de financiación del régimen subsidiado, la Ley 100 de 1993 estableció un esquema de *pari passu* entre los recursos de solidaridad del régimen contributivo y unos aportes de gobierno. El gobierno se comprometía a dar un peso por cada peso recaudado por la vía de la solidaridad. Entre los años 1994 y 1996, el aporte legal no podría ser inferior a los recursos generados por concepto del punto de solidaridad más el monto proveniente de las cajas de compensación familiar, y a partir de 1997 el aporte del gobierno podría “llegar a ser igual” al punto de solidaridad.

El gobierno no cumplió con su compromiso durante los primeros años, lo que llevó a la Corte Constitucional a condenar a la Nación a establecer un plan de pagos para saldar una deuda de 531.314 millones de pesos en 1997. La Ley 344 de 1996 buscó cambiar el monto que debía ser aportado por la Nación, para lo cual propuso que a partir de 1997 el aporte pudiera llegar a ser igual a la mitad del punto de solidaridad del régimen contributivo, y a partir de 1998 no pudiera ser inferior a un cuarto de punto. Sin embargo, con estos montos, tampoco se realizaron los aportes por parte de la Nación. Ante esta búsqueda del gobierno por no cumplir sus compromisos, la Corte declaró inconstitucional la Ley 344 de 1996, aunque no estableció monto de aporte, por lo cual el gobierno no asumió obligación de pagos durante los siguientes años. La Ley 715 de 2001 fijó los aportes gubernamentales en el 25% del punto de solidaridad, pero la Corte volvió a declararlo inconstitucional con la misma ausencia de definición de un monto.

Curiosamente, a partir del mismo año se experimenta un repunte del aporte real del gobierno, alcanzando la suma más alta de la historia en 2006, con 249.418 pesos en cifras reales, lo que se aproxima al 25% del punto de solidaridad.

En el siguiente gráfico se observa cómo durante las vigencias 1999-2005 la Nación solo aportó los valores correspondientes a la deuda reconocida por los aportes correspondientes a los años 1994-1997. La deuda acumulada a tal periodo pasa de \$6 billones, una cantidad simplemente imposible de asumir.

Gráfica 4. Comportamiento de aportes de la Nación vs Punto de solidaridad



El artículo 11 de la Ley 1122 de 2007 aclara que el aporte del *pari passu* será, desde 2008, un monto “por lo menos igual en pesos constantes más un punto anual adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007” (\$286.953 mil millones), partiendo de que “se garantizarán los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población de Sisbén I, II y III”, esto último puesto tal vez como un blindaje a otra sentencia negativa de las altas cortes sobre el recorte al *pari passu*. En la siguiente tabla se presenta la deuda de la Nación a pesos contantes del 2008.

Tabla 4. Deuda de la Nación a pesos constantes del 2008

Año	Recaudo punto de cotización	Aporte de la Nación	Aporte real recaudado	Pago deuda vigencias anteriores	Diferencia por reconocer al Fosyga	Valor actualizado
1997	254.357,87	254.357,87	-		254.357,87	669.327,42
1998	310.107,54	310.107,54	133.371,00		176.736,54	395.200,17
1999	384.051,63	384.051,63	500		383.551,63	734.926,22
2000	386.316,53	386.316,53	4.846,80		381.469,73	669.172,46
2001	500.676,23	500.676,23	90.554,40		410.121,83	661.548,38
2002	515.947,02	515.947,02	-		515.947,02	773.107,33
2003	590.453,21	590.453,21	119.308,69		471.144,53	659.850,65
2004	618.149,51	618.149,51	131.979,87		486.169,64	639.396,87
2005	768.645,46	768.645,46	140.819,14		627.826,32	782.653,85
2006	818.504,25	818.504,25	263.904,73	79.291,69	554.599,52	565.114,87
2007				71.785,00		-71.785,00
2008				377.188,06		-377.188,06
						6.101.325,17

Fuente: Estimaciones Dirección General de Financiamiento.

2.2.5 Nuevo esquema de operación del régimen subsidiado previsto por la Ley 1438 de 2011

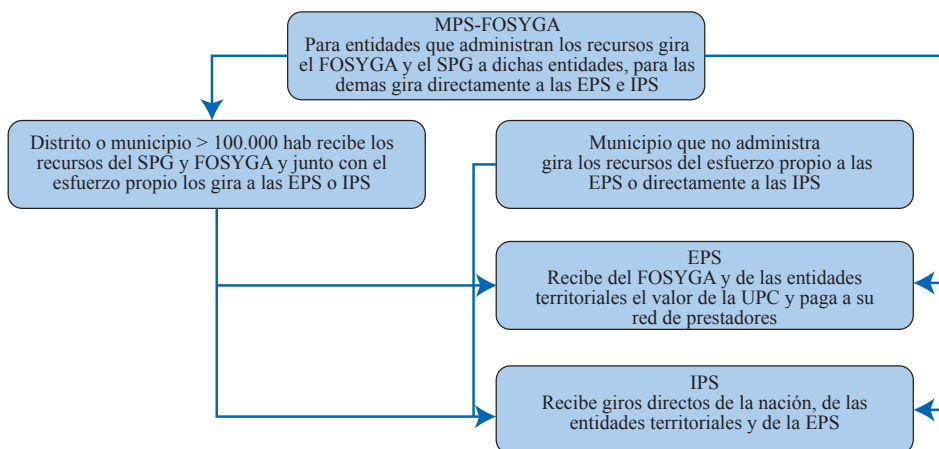
La Ley 1438 de 2001, en su capítulo II, en los artículos 29, 30 y 31, modifica las condiciones de operación del régimen subsidiado, reemplazando los contratos de aseguramiento que suscribían las entidades territoriales y EPS para la afiliación de la población pobre y vulnerable por el cumplimiento de las obligaciones propias de las EPS frente a su población afiliada, incluso dando libertad para que las EPS puedan realizar la afiliación de las personas que ostenten la calidad de potenciales beneficiarios o quienes, manifestando incapacidad de pago, puedan demostrarlo después de realizar un proceso de afiliación abreviado. Con base en lo anterior, el papel de las entidades territoriales frente a las EPS consiste en establecer los potenciales beneficiarios al subsidio mediante la aplicación de la encuesta SISBEN, auditar que las EPS garanticen el acceso de la población a los servicios incluidos en los planes de beneficios, verificar la calidad de los servicios que son ofrecidos por las IPS que integran la red de prestadores de las EPS y, finalmente, certificar mediante el sistema de información previsto para consolidar la información sobre afiliación que los afiliados reportados por las EPS, e incluidos en la Base de Datos Única de Afiliados, efectivamente han sido asegurados y por consiguiente el Ministerio de la Protección Social puede reconocer a las EPS el valor de la UPC correspondiente.

Desde el punto de vista del flujo de recursos, la Ley 1438 prevé que una vez realizadas las validaciones de la información de los afiliados de cada una de las EPS, el Ministerio de la Protección Social pueda, en nombre de las entidades territoriales, girar los recursos del Sistema General de Participaciones y del Fosyga directamente a las EPS o la red de prestación de servicios de dichas EPS el valor de las UPC que resulten del proceso de liquidación mensual de sus afiliados. Temporalmente, y hasta finalizar el 2012, los municipios mayores de 100 habitantes, que voluntariamente lo decidan, pueden continuar recibiendo los recursos del nivel central y realizar el pago de las UPC a las EPS o directamente a las IPS.

El nuevo esquema elimina la intermediación del municipio en la validación y liquidación de las UPC mediante la realización de un proceso centralizado de cruces en el régimen subsidiado, entre regímenes y frente a la información de la Registraduría Nacional del Estado Civil y otras fuentes de información que se dispongan en el nivel central para evitar reconocimientos erróneos de UPC. Igualmente, elimina la intermediación de los recursos entre el nivel central y las EPS que previamente fluía a través del municipio. Los recursos propios de las entidades territoriales deben ser girados por éstas a las EPS, con base en el pago que en forma centralizada se liquida.

Aunque la ley se ha aplicado en un periodo muy corto y aún existen aspectos no reglamentados, puntualmente sobre la aplicación de la medida de giro directo a las EPS que se realiza desde el mes de mayo del presente año, las EPS manifiestan que no reciben el esfuerzo propio por parte de las entidades territoriales y las IPS manifiestan que continúan sin percibir mejoras en el recaudo de su cartera.

Gráficamente, desde el punto de vista del flujo de recursos, la Ley 1438 de 2011 establece lo siguiente:



2.3 Atención a población pobre no asegurada y eventos no cubiertos por el POS del régimen subsidiado

En la distribución de los recursos y competencias definidos por los artículos 42, 43 y 49 de la Ley 715 de 2001 corresponde a los departamentos y municipios descentralizados gestionar y financiar la prestación de los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda de dicha población mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

La atención en salud de la población pobre, la totalidad de los servicios en caso de no estar asegurada o aquellos servicios que no están cubiertos por el plan de beneficios del régimen subsidiado de los asegurados son financiados básicamente por el Sistema General de Participaciones. El monto total que se debe distribuir entre estos dos conceptos es el saldo que queda de restar, al total de los recursos que el Sistema General de Participaciones destina para salud, los subsidios a la demanda y salud pública (artículo 49 Ley 715).

La distribución total entre los dos conceptos enunciados se realiza en forma proporcional entre la población nacional pobre por atender (no asegurada), con un ajuste positivo por dispersión geográfica para aquellos municipios con número de habitantes por kilómetro cuadrado inferior al promedio nacional, y la población nacional pobre asegurada por el factor de ajuste de los servicios no incluidos en el plan de beneficios del régimen subsidiado. La distribución municipal o distrital de los dos conceptos enunciados se realiza con base en la participación porcentual dentro del total nacional.

Del total de los recursos del Sistema General de Participaciones destinados para la atención a población pobre no asegurada, el 41% debe destinarse al primer nivel de atención y el 59% para los otros niveles. Si los municipios son certificados para administrar los servicios de salud, reciben directamente de la Nación el 41% y el departamento administra el restante 59%. Si los municipios no están descentralizados, el departamento administra el 100% de los recursos. En el departamento se deben distribuir los recursos entre los municipios usando los criterios generales establecidos por la Ley. Los distritos reciben el 100% de los recursos para la atención a población pobre no asegurada (Ley 715 de 2001 y Decreto 360 de 2011).

De los recursos destinados para eventos no cubiertos por el POS del régimen subsidiado, para el caso de subsidios totales, el 90% de la distribución se asigna al departamento y el 10% para los municipios certificados. Cuando se trata de subsidios parciales el 50% se destina para el departamento y el 50% para municipios certificados. Los departamentos reciben y administran el 100% de los recursos de los municipios no descentralizados. Los distritos reciben el 100% de los recursos (Decreto 360 de 2011).

2.3.1 Inconvenientes en el flujo de recursos entre departamentos, distritos y municipios, las EPS y la red de prestación de servicios

Adicional a los recursos previstos por el Sistema General de Participaciones, las entidades, los departamentos y distritos cuentan con recursos provenientes de rentas cedidas y de regalías que deben destinar a la prestación de los servicios de salud de la población pobre no asegurada o para actividades no cubiertas por el aseguramiento de dicha población.

Los funcionarios de las secretarías de salud departamentales o distritales consideran insuficientes tanto los recursos asignados por el Sistema General de Participaciones como los que recaudan en forma autónoma. Consideran

que existen deficiencias sobre el control del recaudo y de la distribución de los recursos de los juegos de suerte y azar, de las rentas cedidas provenientes de la distribución y consumo de licores y cigarrillos al interior de los departamentos y de los recursos provenientes de saldos de liquidación de contratos previstos en la Ley 1122 de 2007. A la insuficiencia de recursos se suman las debilidades existentes en las empresas sociales del Estado en cuanto a sus procesos de facturación y auditoría médica para la resolución de glosas y conciliaciones. La falta de recurso humano para auditar las cuentas médicas que presentan los prestadores es otro inconveniente reportado.

Adicional a la insuficiencia de los recursos para atender a la población pobre no asegurada o para financiar las actividades no incluidas en el plan de beneficios del régimen subsidiado, tanto las EPS como los departamentos manifiestan preocupación ante la falta de oportunidad y de recursos para el pago de los recobros por concepto de servicios no incluidos en el plan de beneficios del régimen subsidiado y prestados a sus afiliados en cumplimiento de fallos de tutela o por recomendación del Comité Técnico Científico.

2.3.2 Entidades deudoras

Después de la clasificación indicada en la metodología, se presentan las entidades deudoras por naturaleza jurídica, por tipo de deudor o negocio, empresas promotoras de salud (EPS), entes territoriales, EPS del régimen subsidiado (EPS-S), las cinco principales deudoras por cartera de 60 días o más y la cartera comparada de los dos últimos semestres.

2.3.3 Por naturaleza jurídica

Bajo esta clasificación, las entidades privadas adeudaban a junio 30 de 2009 el 46,2% del total de cartera reportada y las públicas el 37%. En esta ocasión el crecimiento de la cartera de los deudores de naturaleza mixta se debió al volumen que aportó la Nueva EPS y en menor cuantía la Clínica Cardiovascular del Niño de Cundinamarca, participando conjuntamente del 11,9% de la deuda total. El monto registrado se sumó a la cartera sin clasificar para una participación del 16,7% respecto del total de cartera. La cartera sin clasificar registra la deuda de organismos internacionales, avances y anticipos y demás cartera no clasificada. Las entidades deudoras de naturaleza pública registran una mayor concentración de cartera a más de 90 días en 62,9%, menor en 7 puntos respecto del semestre anterior. Los deudores privados deterioraron su relación de cartera respecto del pasado informe en 6,7 puntos y registraron una concentración de 44,8% en la cartera de 90 días y más.

Tabla 5. Composición de cartera por naturaleza jurídica del deudor y de IPSs

N. J. Deudor	N. J. IPS	A 30 días mas cte	Part % edad	De 31 a 60 días	Part % edad	De 61 a 90 días	Part % edad	Más de 91 días	Part % edad	Total	Part % total
Privada	Priv y Mix	620.009	45,6%	100.141	7,4%	82.444	6,1%	557.939	41,0%	1.360.534	38,0%
	Pública	67.612	23,1%	10.744	3,7%	31.244	10,7%	182.682	62,5%	292.283	8,2%
Total Privada		687.621	41,6%	110.885	6,7%	113.689	6,9%	740.622	44,8%	1.652.817	46,2%
Pública	Priv y Mix	161.901	23,4%	32.962	4,8%	45.491	6,6%	450.483	65,2%	690.837	19,3%
	Pública	165.190	26,1%	17.743	2,8%	68.335	10,8%	382.833	60,4%	634.101	17,7%
Total Pública		327.091	24,7%	50.705	3,8%	113.826	8,6%	833.316	62,9%	1.324.938	37,0%
Mixta y sin Clasificar	Priv y Mix	198.240	35,8%	43.093	7,8%	83.662	15,1%	228.079	41,2%	553.073	15,5%
	Pública	8.999	19,9%	1.689	3,7%	5.464	12,1%	29.140	64,3%	45.293	1,3%
Mixta y sin Clasificar		207.239	34,6%	44.782	7,5%	89.126	14,9%	257.219	43,0%	598.366	16,7%
Total General		1.221.951	34,2%	206.373	5,8%	316.641	8,9%	1.831.156	51,2%	3.576.121	100,0%

Fuente: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

La mayor morosidad se presenta entre los deudores de naturaleza pública con las IPS privadas en 65,4%. A este comportamiento le siguen los deudores privados con las IPS públicas en 62,5%. La cartera representativa menos morosa la presentan la entidades privadas con las IPS de la misma naturaleza en 41,1%.

2.3.4 Deudores públicos por tipo de negocio

En este numeral se presenta la clasificación definida como “Estado”, el cual contempla la cartera de los entes territoriales, el operador fiduciario del Fosyga y demás entidades públicas del orden nacional. Además, con el fin de establecer la participación total del sector público, se le adiciona la cartera de las EPS públicas que administraron el régimen contributivo y las liquidadas y en operación que administran régimen subsidiado. El Seguro Social fue la última EPS pública que administró régimen contributivo: éste funcionó hasta el 31 de julio del 2008 y cedió sus afiliados a la Nueva EPS. También se suma la cartera generada por los operadores del régimen especial de maestros clasificado como “magisterio”, las aseguradoras y demás empresas de naturaleza pública.

El monto adeudado por esta clasificación es de \$1'324.9 mil millones, que equivalen al 37% de la cartera total reportada por esta muestra de instituciones, presentando una morosidad del 62,9% en la edad de 90 días y más, menor en 7 puntos respecto del semestre anterior y afectando a las IPS privadas en 65,4%, menor en 2,1 puntos respecto del pasado informe. La deuda de las entidades públicas con las IPS de la misma naturaleza redujo la morosidad en 11,5 puntos, situándose en 60,4%.

Tabla 6. Composición de cartera de entidades públicas por tipo de deudor a junio 30 de 2009

Tipo de Deudora	A 30 días más cte.	Part. % Edad	De 31 a 60 días	Part. % Edad	De 61 a 90 días	Part. % Edad	Más de 91 días	Part. % Edad	Total	Part % total
Estado	226.937	26,0%	36.021	4,1%	81.672	9,4%	528.598	60,5%	873.228	65,9%
<i>Entes Territoriales</i>	135.937	25,7%	25.039	4,7%	57.013	10,8%	310.404	58,7%	528.394	39,9%
<i>Operador fiduciario</i>	10.308	10,6%	3.154	3,2%	8.860	9,1%	75.090	77,1%	97.411	7,4%
<i>Otras</i>	80.692	32,6%	7.828	3,2%	15.799	6,4%	143.104	57,8%	247.423	18,7%
EPS - Régimen Contributivo	2.666	5,6%	41	0,1%	497	1,0%	4.376	93,3%	47.580	3,6%
<i>En liquidación</i>	2.666	5,6%	41	0,1%	497	1,0%	44.376	93,3%	47.580	3,6%
EPS - Régimen Subsidiado	61.522	21,3%	10.192	3,5%	28.157	9,7%	189.444	65,5%	289.314	21,8%
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	4.180	13,2%	1.044	3,3%	1.004	3,2%	25.447	80,3%	31.674	2,4%
Aseguradoras	7.370	19,9%	1.618	4,4%	1.800	4,9%	26.299	70,9%	37.088	2,8%
Empresas	18.224	69,9%	764	2,9%	71	0,3%	7.019	26,9%	26.078	2,0%
Riesgos Profesionales	958	34,4%	532	19,1%	453	16,3%	844	30,3%	2.786	0,2%
Magisterio	5.234	30,4%	494	2,9%	173	1,0%	11.289	65,7%	17.190	1,3%
Total General	327.091	24,7%	50.705	3,8%	113.826	8,6%	833.316	62,9%	1.324.938	100,0%

Fuente: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

Las entidades territoriales que en los dos años anteriores se presentaron como uno de los agentes perturbadores de la liquidez de las IPS, en esta ocasión disminuyeron su participación respecto de la deuda total e igualmente redujeron la morosidad.

A pesar que el operador fiduciario del Fosyga redujo la participación de cartera de 90 días y más en 5,2 puntos, se mantiene como la entidad que más genera mora, en esta ocasión con una cartera de 77,1% a más de 90 días en una deuda total de \$97.411 millones, continuando como la entidad más morosa contra los prestadores de servicios de salud en esta muestra de instituciones y afectando tanto a las IPS públicas como privadas con mora del 85,2% y de 66,58% respectivamente.

Las EPS públicas del régimen contributivo, todas en liquidación, adeudan \$47.580 millones con una mora del 93,3%. A la EPS Seguro Social aún le continúan radicando facturación de servicios de salud. Las empresas promotoras de salud públicas que administran régimen subsidiado (EPS-S), adeudan \$289.314 millones y presentan una morosidad del 65,5%, superior en 10,3 puntos respecto del pasado semestre.

2.3.5 Cartera por tipo de deudor o negocio

Después de una breve recuperación de la morosidad en el primer semestre del 2007, la cartera superior a 90 días es ascendente, pasando de 44,3% en junio de 2007, 48,7% en diciembre del mismo año, 50,3% en junio de 2008 a 51,5% en diciembre de 2008 y estabilizándose en 51,2% en el presente semestre. Los entes territoriales y

las otras entidades del Estado fueron los principales artífices del comportamiento en estos dos últimos años.

Tabla 7. Composición de cartera por tipo de deudor a junio 30 de 2009

Tipo de Deudora	A 30 días más cte.	Part. % Edad	De 31 a 60 días	Part. % Edad	De 61 a 90 días	Part. % Edad	Más de 91 días	Part. % Edad	Total	Part. % total
EPS - Régimen Contributivo	462.004	37,6%	92.191	7,5%	110.678	9,0%	565.046	45,9%	1.229.920	34,4%
<i>En operación</i>	459.337	38,9%	92.151	7,8%	110.182	9,3%	520.544	44,0%	1.182.214	33,1%
<i>En liquidación</i>	2.666	5,6%	41	0,1%	497	1,0%	44.502	93,3%	47.706	1,3%
Estado	226.937	26,0%	36.021	4,1%	81.672	9,4%	528.598	60,5%	873.228	24,4%
<i>Entes Territoriales</i>	135.937	25,7%	25.039	4,7%	57.013	10,8%	310.404	58,7%	528.394	14,8%
<i>Operador Fiduciario</i>	10.308	10,6%	3.154	3,2%	8.860	9,1%	75.090	77,1%	97.411	2,7%
<i>Otras</i>	80.692	32,6%	7.828	3,2%	15.799	6,4%	143.104	57,8%	247.423	6,9%
EPS - S - Régimen Subsidiado	181.346	27,3%	34.035	5,1%	72.351	10,9%	375.355	56,6%	663.087	18,5%
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	73.747	27,0%	11.267	4,1%	17.264	6,3%	170.797	62,5%	273.075	7,6%
Aseguradoras	48.380	38,5%	7.871	6,3%	8.186	6,5%	61.297	48,8%	125.734	3,5%
Planes Complementarios y Medicina Prepagada	60.737	61,3%	12.471	12,6%	4.020	4,1%	21.930	22,1%	99.159	2,8%
Empresas	62.627	71,6%	2.760	3,2%	3.151	3,6%	18.910	21,6%	87.447	2,4%
Particulares	6.033	25,6%	1.092	4,6%	4.944	21,0%	11.523	48,8%	23.592	0,7%
Magisterio	5.234	30,4%	494	2,9%	173	1,0%	11.289	65,7%	17.190	0,5%
Riesgos Profesionales	5.199	49,8%	1.170	11,2%	845	8,1%	3.222	30,9%	10.436	0,3%
Sin Clasificar y Otros Conceptos	89.707	51,8%	7.000	4,0%	13.358	7,7%	63.188	36,5%	173.253	4,8%
Total General	1.221.951	34,2%	206.373	5,8%	316.641	8,9%	1.831.156	51,2%	3.576.121	100,0%

Fuente: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

Las EPS del régimen contributivo volvieron a posicionarse como las entidades de mayor participación en la deuda total participando del 34,4%, seguidas de la deuda del Estado con 24,4%. Con referencia al último semestre 2008, las EPS del régimen contributivo incrementaron la mora en 14,4 puntos, las del régimen subsidiado en 7,9 puntos, en tanto que la cartera superior a 90 días del Estado se redujo en 11,3 puntos atribuido principalmente a los entes territoriales.

Bajo la clasificación enunciada, el Estado, representado por las entidades territoriales, el operador fiduciario del Fosyga y otras entidades del orden nacional, participa del 24,4% de la deuda total con un monto de \$873 mil millones de pesos y una morosidad del 60,5% en la cartera superior a 90 días, menor en 11,3 puntos respecto del pasado informe. El operador fiduciario del Fosyga es el más moroso con 77,1% de cartera a más de 90 días, de una deuda que asciende a \$97.411 millones en esta muestra de prestadores.

Las EPS-S deben \$663,1 mil millones con un registro del 56,6% en cartera superior a 90 días, mayor en 7,9 puntos respecto del informe del semestre anterior.

La participación de la cartera de los prestadores de servicios de salud fue del 7,6% de la deuda total con \$273,1 mil millones y una morosidad del 62,5% de su cartera a más de 90 días, menor en 2,6 puntos respecto del semestre pasado. Esta morosidad refleja en parte el estancamiento de flujo de recursos y grado de endeudamiento entre prestadores por cumplir con sus compromisos contractuales en la complementariedad de servicios y la atención integral en beneficio de los pacientes.

2.4 Salud pública

El artículo 32 de la Ley 1122 de 2007 estableció que:

La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar, de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

Hasta antes de la expedición de la Ley 1438 de 2011, el enfoque de salud pública en cuanto a acciones colectivas es una responsabilidad de las entidades territoriales y las acciones individuales están a cargo de las EPS, las cuales deben financiarlas con los recursos que obtienen por concepto de promoción y prevención de la salud.

La Ley 1438 establece que las acciones de salud pública deben ejecutarse con un enfoque de atención primaria en salud, definida la atención primaria como una estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios. Mientras se reglamenta la prestación de estos servicios a través de redes integradas de prestación de servicios, los recursos se ejecutan conforme a las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001 y la Ley 1122 de 2007.

Considerando la integralidad de los servicios de salud pública y promoción y prevención, bajo el esquema de atención primaria, la Ley 1438 establece que dichas acciones se financiarán con:

- a. Los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones de la Ley 715 de 2001.
- b. Los recursos que reciben las EPS para promoción y prevención de la enfermedad.
- c. Recursos de la subcuenta de promoción y prevención del Fosyga.
- d. Los recursos de promoción y prevención que destine del seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT), que se articularán a la estrategia de atención primaria en salud.
- e. Los recursos que destinen y administren las aseguradoras de riesgos profesionales para la promoción y prevención, que se articularán a la estrategia de atención primaria en salud.
- f. Recursos del presupuesto general de la Nación para salud pública.
- g. Recursos adicionales que ejecuten las cajas de compensación familiar, correspondientes a un cuarto de las contribuciones parafiscales que se destinan a atender acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. El monto de los recursos destinados por las cajas por este concepto se descontarán del SGP para salud pública y se destinarán al régimen subsidiado.
- h. Otros recursos que destinen las entidades territoriales.

Mientras se reglamenta la Ley 1438, las acciones de salud pública son financiadas con recursos del Sistema General de Participaciones según los criterios establecidos por la Ley 715 de 2001. De conformidad con dicha ley, del total de la participación para salud debe destinarse el 10% para financiar dichas acciones. Los recursos son distribuidos entre los municipios y distritos de la siguiente manera:

- a. 40% de acuerdo con la participación del municipio en el total de la población nacional.
- b. 50% distribuido de acuerdo con 5 criterios: pobreza relativa, población con riesgo de dengue, población con riesgo de malaria, población susceptible de ser vacunada y accesibilidad geográfica.
- c. 10% de acuerdo con el logro de coberturas alcanzadas en aplicación de vacunas de biológicos establecidos en el plan ampliado de inmunizaciones.

Del total de recursos distribuidos para cada municipio el departamento recibe y administra el 45% y directamente el municipio o distrito recibe el 55%. Bogotá recibe y administra el 100% de los recursos asignados.

Las acciones de salud pública deben ser contratadas por departamentos, municipios y por el Distrito Capital, principalmente con la red pública, a través de lo que se denomina el plan de intervenciones colectivas (Resolución 0425 de 2008). Dichas actividades son reconocidas por la entidad territorial con base en la facturación presentada por los prestadores. Dicha facturación no obedece a la realización detallada de actividades sino al cumplimiento de metas que las entidades territoriales establecen en cuanto a coberturas y conformación de equipos de salud. La facturación bajo tales circunstancias, de conformidad con la información suministrada por los actores, no presenta mayores inconvenientes para el flujo de los recursos.

2.5 Recobros de las IPS frente al Fosyga por concepto de accidentes de tránsito y eventos catastróficos

La Ley 100 de 1993 estableció en su artículo 167 que:

En los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía pagará directamente a la institución que haya prestado el servicio a las tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Además, el parágrafo primero del precitado artículo establece que:

En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con las modificaciones de esta Ley.

Y en el segundo parágrafo establece: “Los demás riesgos aquí previstos serán atendidos con cargo a la subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía”.

Asimismo, el Decreto 3990 de 2007, “por el cual se reglamenta la Subcuenta del

Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía ECAT, Fosyga, se establecen las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas, las condiciones generales del seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, SOAT, y se dictan otras disposiciones”, establece los ingresos y la destinación de los recursos de acuerdo con el siguiente detalle:

Las reclamaciones que realizan personas naturales o jurídicas ante la subcuenta ECAT del Fosyga se financian con:

- a. Los recursos del Fonsat:
 - Es decir, las transferencias efectuadas por las entidades aseguradoras autorizadas para operar el ramo de seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidente de tránsito, constituidas por el 20% del valor de las primas emitidas.
 - Aportes y donaciones en dinero o en especie de personas naturales y jurídicas nacionales o extranjeras.
 - Los rendimientos de sus inversiones.
 - Los demás que reciba a cualquier título.
- b. Una contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, que se cobrará en adición a ella.
- c. Los recursos que se obtengan como consecuencia de los procesos de repetición que adelante el Fosyga por cualquier suma que hubiere pagado con ocasión de un accidente de tránsito y derivada del incumplimiento de la obligación del propietario del vehículo automotor de adquirir el seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito.

De conformidad con el Decreto 3990 de 2007, los recursos se destinan al pago de indemnizaciones a personas naturales o jurídicas que acrediten su derecho para obtener el pago de la indemnización, de acuerdo con el objeto de la subcuenta ECAT del Fosyga, de la siguiente forma:

- a. Servicios médico-quirúrgicos: La institución prestadora de servicios de salud (IPS) habilitada que hubiere prestado los servicios de atención de urgencias, hospitalización, suministro de material médico-quirúrgico, osteosíntesis,

órtesis y prótesis, suministro de medicamentos, tratamientos y procedimientos quirúrgicos, servicios de diagnóstico y servicios de rehabilitación. Igualmente, podrán ser beneficiarias las IPS que suministren la atención inicial de urgencias, quienes deberán remitir al paciente a la IPS más cercana habilitada para el nivel de complejidad requerido.

- b. Indemnización por incapacidad permanente: La víctima, como se define en el numeral 9 del presente artículo, que hubiere perdido de manera no recuperable la función de una o unas partes del cuerpo que disminuyan su potencialidad para desempeñarse laboralmente, calificada como tal de conformidad con las normas vigentes sobre la materia.
- c. Indemnización por muerte: Las personas señaladas en el artículo 1142 del Código de Comercio. A falta de cónyuge, en los casos que corresponda a éste la indemnización, se tendrá como tal el compañero o compañera permanente que acredite dicha calidad. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, la totalidad de la indemnización se distribuirá entre los herederos.
- d. Indemnización por gastos de transporte al centro asistencial: La persona natural o jurídica que demuestre haber realizado el transporte.
- e. Indemnización por gastos funerarios: La persona natural que demuestre haber realizado la erogación pertinente para cubrir estos gastos con cargo a su patrimonio, hasta por el monto que acredite haber sufragado con cargo a su propio patrimonio o al de un tercero y en el valor que no le haya sido reconocido por otro mecanismo por muerte o incapacidad y a personas naturales o jurídicas, gastos funerarios o gastos de transporte.

Adicionalmente, se asignan recursos de la subcuenta a la realización de programas institucionales como fortalecimiento de la red de urgencias; atención a la población desplazada; recursos para reasegurar víctimas politraumatizadas de eventos catastróficos; y el mejoramiento, fortalecimiento y ajuste en la gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas de segundo y tercer nivel de complejidad.

Para efectos del análisis que se realiza sobre los inconvenientes y riesgos en el flujo de recursos, se considera lo correspondiente a las reclamaciones que presentan las instituciones prestadoras de servicios frente a la subcuenta ECAT del Fosyga por los conceptos previamente enunciados. Sobre el particular, las IPS manifiestan

dificultades en la solución de los rechazos aplicados por el Fosyga a sus reclamaciones e ineficacia de las mesas de trabajo adelantadas con la subcuenta ECAT para resolver el tema de las glosas.

Tabla 8. Reclamaciones radicadas de personas jurídicas durante el mes septiembre de 2009

Evento	Radicadas		Aprobadas		No Aprobadas		En Revisión	
	Cant.	Valor (\$)	Cant.	Valor (\$)	Cant.	Valor (\$)	Cant.	Valor (\$)
Accidentes de Tránsito	19.496	13.832.694.485	4.845	2.976.268.522	14.411	10.717.996.761	240	138.429.202
Eventos Naturales	27.147	5.338,549.807	480	27.322.773	26.143	5.179.108.408	524	132.118.626
Eventos Terroristas	583	698.941.265	65	76.272.572	504	616.981.549	14	5.687.144
Población Desplazada	13	12.695.329	0	0	13	12.695.329	0	0
Total	47.239	19.882.880.886	5.390	3.079.863.867	41.071	16.526.782.047	778	276.234.972

Fuente: Consorcio Fidufosyga 2005, corte: 31 de mayo de 2009.

3. Política preventiva de la gestión de los recursos financieros del sistema general de seguridad social en salud

3.1 Propósito de la política preventiva de la gestión de los recursos financieros del sistema general de seguridad social en salud

El propósito de la política preventiva de la gestión de los recursos financieros del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) es prevenir el uso inadecuado de sus recursos financieros para garantizar el acceso de la población colombiana a los servicios de salud.

3.2 Principios orientadores de la política preventiva de la gestión de los recursos financieros del sistema general de seguridad social en salud

Prevención. Entendida como la acción de promover e impulsar un conjunto de políticas, planes, programas y actividades dirigidas a evitar la ocurrencia de hechos, actos u omisiones contrarios a la Constitución o a la Ley, así como vigilar y evitar la realización de conductas que afecten el interés general y la violación de los derechos fundamentales y colectivos. Se proyecta como la función de mayor incidencia social al poder anticipar la realización de tales faltas y generar una actitud preventiva, lo que se constituye en una gestión de menor costo para el país y de mayor contribución en el marco de un proceso de desarrollo social.

Integralidad. Se refiere a dos aspectos básicos. Por una parte, a que el trabajo preventivo no excluye el trabajo correctivo sino que, por el contrario, lo incluye plenamente, por lo que es necesario actuar en los dos ámbitos al mismo tiempo. Por otra parte, implica reconocer la importancia de la participación de los diferentes actores sociales, instituciones y grupos comunitarios para lograr avances en términos de una adecuada gestión de los recursos financieros del sistema general de seguridad social en salud y por lo tanto desarrollar acciones de articulación permanentes con todas las instancias de inspección, vigilancia y control.

Participación social. Comprendida como la injerencia real de diferentes actores sociales en el monitoreo, seguimiento y evaluación de la gestión financiera del SGSSS. Esta participación social reconoce a todas las personas como ciudadanos

que tienen derechos en términos de salud y que pueden ejercer control sobre el uso de los recursos financieros del SGSSS.

Defensa de la democracia como sistema político. Se basa en la vigencia plena de las libertades y el imperio de la Ley. Permite que los actos de mala gestión financiera sean denunciados y sus responsables, investigados y sancionados.

3.3 Objetivo de la política preventiva de la gestión de los recursos financieros del sistema general de seguridad social en salud

El objetivo central de la política preventiva de la gestión de los recursos financieros del sistema es lograr una condición de adecuado manejo mediante el fortalecimiento de la identificación, análisis y valoración de los procesos que vigilan los riesgos que pueda generar un uso inadecuado de dichos recursos.

3.4 Estructura de la política preventiva de la gestión de los recursos financieros del sistema general de seguridad social en salud

Para el desarrollo de la política preventiva de la gestión de los recursos financieros del sistema se estructuraron cinco líneas de acción, cada una con sus respectivos componentes y estrategias.

a. Línea de acción uno: prevención sobre los recursos del régimen contributivo.

Componente recaudo de aportes: este componente busca identificar el proceso a través del cual el Fosyga controla la evasión y elusión de las cotizaciones al SGSSS.

Componente reconocimiento UPC proceso de compensación: este componente busca identificar el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social verifica el reconocimiento de las UPC a las EPS.

Componente auditoría sobre los recobros: este componente busca identificar el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social paga los recobros al Fosyga.

Componente de cartera del régimen contributivo: este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud vigila la situación de cartera entre las EPS y las IPS que prestan servicios de salud a la población afiliada al régimen contributivo.

b. Línea de acción dos: prevención sobre los recursos del régimen subsidiado.

Componente de distribución del Sistema General de Participaciones (SGP) para demanda: este componente identifica el proceso a través del cual el Consejo Nacional de Política Económica y Social asigna los recursos del SGP para demanda.

Componente giro a entidades territoriales: este componente identifica el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud verifican la oportunidad de los giros a las entidades territoriales tanto de los recursos del SGP como del Fosyga.

Componente liquidación de contratos: este componente identifica el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales verifican y realizan la liquidación de los contratos del régimen subsidiado.

Componente giro directo EPS: este componente verifica el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud revisan el giro directo a la EPS del régimen subsidiado.

Componente giro directo IPS: este componente verifica el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud revisan el giro directo a las IPS que atienden población del régimen subsidiado.

Componente de rentas cedidas: este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades departamentales de salud revisan y controlan el recaudo mensual de las rentas cedidas y su distribución.

Componente de capacidad de generación de esfuerzo propio: este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades departamentales de salud revisan y controlan la capacidad de generación de recursos de esfuerzo propio para la financiación del régimen subsidiado.

Componente de regalías: este componente revisa el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud verifica la oportunidad del giro de las regalías a los proyectos de desarrollo de acuerdo a coberturas por parte de las secretarías de hacienda municipales.

Componente de cartera del régimen subsidiado: este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud vigila la situación

de cartera entre las entidades territoriales y las EPS, y el proceso a través del cual las entidades departamentales vigilan la situación de cartera entre las EPS y las IPS que prestan servicios de salud a la población afiliada al régimen subsidiado.

Componente del monto contratado con las ESE: este componente verifica el proceso a través del cual las entidades territoriales verifican el cumplimiento de los montos de contratación obligatoria de los recursos del régimen subsidiado con la red pública.

c. Línea de acción tres: prevención sobre los recursos de salud pública.

Componente de distribución de los recursos de salud pública: este componente revisa el proceso a través del cual el Consejo Nacional de Política Económica y Social asigna los recursos del SGP para salud pública.

Componente de giro de los recursos de salud pública: este componente revisa el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social verifica la asignación los recursos del SGP para salud pública.

Componente de uso de los recursos de salud pública: este componente revisa el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales verifican y usan los recursos de salud pública en pertinencia con las prioridades de salud pública.

d. Línea de acción cuatro: prevención sobre los recursos de eventos catastróficos y accidentes de tránsito.

Componente seguro obligatorio de accidentes de tránsito: este componente verifica el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud revisan el recaudo sobre las primas expedidas.

Componente de recobros de la subcuenta ECAT: este componente verifica la forma como el Ministerio de la Protección Social realiza la verificación de los pagos por conceptos de indemnizaciones o por conceptos de prestación de servicios de salud en las IPS.

e. Línea de acción cinco: prevención sobre los recursos de subsidio a la oferta.

Componente de distribución del SGP para oferta: este componente identifica el proceso a través del cual el Consejo Nacional de Política Económica y Social asigna los recursos del SGP para oferta.

Componente de criterios de distribución: este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud vigila los criterios de distribución de los recursos de oferta a nivel de los departamentos.

Componente de oportunidad de giro de recursos de oferta: este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de salud vigila la oportunidad de los pagos entre la entidad territorial y las IPS.

Componente de liquidación de juegos de suerte y azar: este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales vigilan el proceso de aplicación de los porcentajes que sobre las ventas se destina a salud.

Componente de suficiencia de los recursos de oferta: este componente verifica la forma como las entidades territoriales revisan la suficiencia de recursos de oferta para la prestación de los servicios a la población pobre no cubierta con subsidios a demanda y los eventos no POS.

4. Instructivo para la aplicación de la política preventiva del flujo y uso de los recursos del sistema general de seguridad social en salud

4.1 A propósito de la implementación de políticas

Tradicionalmente se ha considerado que una vez que se diseña una política, la implementación es un acto automático, neutral, técnico y posterior a la toma de decisiones. Esta aproximación parte de tres supuestos: a) considera que el proceso decisorio y ejecutor son diferentes y separados (existe una distinción entre diseño y administración); b) el diseño antecede a la implementación, la selección de alternativas es el momento fundamental y el inicio cronológico de una política pública; c) en las fases posteriores a la de diseño, éste no se modifica sustancialmente: las decisiones en la implementación no comprometen el diseño de la política; d) los implementadores actúan objetiva, racional y neutralmente.

Se plantea que el elemento clave para el éxito de las políticas es la jerarquía y la subordinación de los actores locales al poder central. Así, se entiende que la discrecionalidad de la administración y la existencia de un margen de actuación propio de la administración son elementos que se deben eliminar porque pueden frenar el desarrollo de las políticas de salud. Esta idea tradicional se corresponde con la ejecución administrativa.

A partir de los 70 se ha considerado que esta idea tradicional de políticas públicas fracasa debido a que algo sucede después de su diseño que impide que tengan el efecto esperado. Existe un desajuste entre los planes acción del nivel central y los resultados obtenidos.

La implementación se define como el proceso de interacción entre el establecimiento de objetivos y las acciones emprendidas para alcanzarlos. Sin el acuerdo y colaboración de los intervinientes en la implementación de la política preventiva, no se pueden alcanzar los objetivos adecuadamente. Para que la política preventiva de la gestión de los recursos financieros del sistema general de seguridad social en salud se ejecute adecuadamente se necesitan los siguientes elementos: mediación, persuasión de los procuradores regionales y provinciales, el apoyo de los actores intervinientes en el proceso y la capacidad de prever la evolución de la política en el contexto de las entidades territoriales.

El plan de implementación de la política preventiva de la gestión de los recursos financieros del sistema general de seguridad social en salud se desarrolló a partir de unas líneas de acción y unos componentes de cada línea que tienen competencias centrales y regionales.

En este sentido, se propusieron cinco líneas de acción para que a partir de unas prioridades se comenzara una implementación gradual de la política.

Así, el proceso de implementación de la política no tiene un orden único, sino que está en una etapa de apropiación por parte de las procuradurías regionales y provinciales, en la cual no hay decisiones definitivas y hay transformaciones importantes a lo largo de la adaptación de la política.

4.2 ABC de una política preventiva

4.2.1 Elementos clave de la política

- a. ¿Qué es una política preventiva del flujo y uso de los recursos del sistema general de seguridad social en salud?

La política preventiva del uso y flujo de los recursos del sistema es una herramienta diseñada con el fin de prevenir los potenciales riesgos y problemas que se originan por el uso indebido de los recursos financieros del sector salud. Está planteada para ser implementada por las procuradurías regionales y por la Procuraduría General de la Nación para llevar a cabo un adecuado control preventivo sobre las entidades que tienen por objeto la vigilancia y control del sistema.

Esta política hace referencia directamente al derecho humano fundamental de la salud y tiene por objeto garantizar el acceso de la población colombiana a dichos servicios tal y como lo estipula la Ley.

- b. ¿Qué impacto puede tener una política preventiva del flujo y uso de los recursos del sistema general de seguridad social en salud?

Adoptar una política preventiva del flujo y uso de los recursos del SGSSS es un medio de fortalecimiento del sistema de salud colombiano. Por tal motivo, podría llegar a tener un gran impacto sobre éste al garantizar su oportuno funcionamiento desde el punto de vista de todos los actores. En general, la implementación de esta política agilizaría la prestación de los servicios y le permitiría al usuario final acceder más fácilmente al sistema.

- c. ¿A quién afecta la política preventiva del flujo y uso de los recursos del sistema general de seguridad social en salud?

La política preventiva del flujo y uso de los recursos del sistema afecta de forma directa a la Procuraduría General de la Nación y a las procuradurías regionales, las cuales estarán a cargo de su implementación.

Adicionalmente, las entidades de vigilancia y control se verán afectadas debido a que serán las instituciones vigiladas.

Por último, al implementar la política preventiva la idea es vigilar y controlar los procesos que más riesgos y problemas generan en cuanto al flujo de los recursos. Por tal motivo, al garantizar un buen funcionamiento y una adecuada y oportuna circulación de recursos, los más beneficiados serán los usuarios finales, quienes podrán contar con mayores y mejores servicios, de manera más oportuna.

4.2.2 Contenido de la política

Para el desarrollo de la política preventiva de la gestión de los recursos financieros del sistema general de seguridad social en salud se estructuraron cinco líneas de acción, cada una con sus respectivos componentes y estrategias.

a. Línea de acción uno: prevención sobre los recursos del régimen contributivo.

Componente recaudo de aportes: este componente busca identificar el proceso a través del cual el Fosyga controla la evasión y elusión de las cotizaciones al sistema general de seguridad social en salud.

Componente reconocimiento UPC proceso de compensación: este componente busca identificar el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social verifica el reconocimiento de las UPC a las EPS.

Componente auditoría sobre los recobros: este componente busca identificar el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social paga los recobros al Fosyga.

Componente de cartera del régimen contributivo: este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud vigila la situación de cartera entre las EPS y las IPS que prestan servicios de salud a la población afiliada al régimen contributivo.

b. Línea de acción dos: prevención sobre los recursos del régimen subsidiado.

Componente de distribución del Sistema General de Participaciones (SGP) para demanda: este componente identifica el proceso a través del cual el Consejo Nacional de Política Económica y Social asigna los recursos del SGP para demanda.

Componente giro a entidades territoriales: este componente identifica el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud verifican la oportunidad de los giros a las entidades territoriales tanto de los recursos del SGP como del Fosyga.

Componente liquidación de contratos: este componente identifica el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales verifican y realizan la liquidación de los contratos del régimen subsidiado.

Componente giro directo EPS: este componente verifica el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud revisan el giro directo a las EPS del régimen subsidiado.

Componente giro directo IPS: este componente verifica el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud revisan el giro directo a las IPS que atienden población del régimen subsidiado.

Componente de rentas cedidas: este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades departamentales de salud revisan y controlan el recaudo mensual de las rentas cedidas y su distribución.

Componente de capacidad de generación de esfuerzo propio: este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades departamentales de salud revisan y controlan la capacidad de generación de recursos de esfuerzo propio para la financiación del régimen subsidiado.

Componente de regalías: este componente revisa el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud verifica la oportunidad del giro de las regalías a los proyectos de desarrollo de acuerdo a coberturas por parte de las secretarías de hacienda municipales.

Componente de cartera del régimen subsidiado: este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud vigila la situación de cartera entre las entidades territoriales y las EPS, y el proceso a través del cual las entidades

departamentales vigilan la situación de cartera entre las EPS y las IPS que prestan servicios de salud a la población afiliada al régimen subsidiado.

Componente del monto contratado con las ESE: este componente verifica el proceso a través del cual las entidades territoriales verifican el cumplimiento de los montos de contratación obligatoria de los recursos del régimen subsidiado con la red pública.

c. Línea de acción tres: prevención sobre los recursos de salud pública.

Componente de distribución de los recursos de salud pública: este componente revisa el proceso a través del cual el Consejo Nacional de Política Económica y Social asigna los recursos del SGP para salud pública.

Componente de giro de los recursos de salud pública: este componente revisa el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social verifica la asignación los recursos del SGP para salud pública.

Componente de uso de los recursos de salud pública: este componente revisa el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales verifican y usan los recursos de salud pública en pertinencia con las prioridades de salud pública.

d. Línea de acción cuatro: prevención sobre los recursos de eventos catastróficos y accidentes de tránsito.

Componente seguro obligatorio de accidentes de tránsito: este componente verifica el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud revisan el recaudo sobre las primas expedidas.

Componente de recobros de la subcuenta ECAT: este componente verifica la forma como el Ministerio de la Protección Social realiza la verificación de los pagos por conceptos de indemnizaciones o por conceptos de prestación de servicios de salud en las IPS.

e. Línea de acción cinco: prevención sobre los recursos de subsidio a la oferta.

Componente de distribución del SGP para oferta: este componente identifica el proceso a través del cual el Consejo Nacional de Política Económica y Social asigna los recursos del SGP para oferta.

Componente de criterios de distribución: este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud vigila los criterios de distribución de los recursos de oferta a nivel de los departamentos.

Componente de oportunidad de giro de recursos de oferta: este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de salud vigila la oportunidad de los pagos entre la entidad territorial y las IPS.

Componente de liquidación de juegos de suerte y azar: este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales vigilan el proceso de aplicación de los porcentajes que sobre las ventas se destina a salud.

Componente de suficiencia de los recursos de oferta: este componente verifica la forma como las entidades territoriales revisan la suficiencia de recursos de oferta para la prestación de los servicios a la población pobre no cubierta con subsidios a demanda y los eventos no POS.

4.3 Etapas de la implementación de una política preventiva del flujo y uso de los recursos del sistema general de seguridad social en salud

4.3.1 Elementos iniciales

Ante todo, lo esencial es conocer cómo opera la Procuraduría y qué sectores de ésta se verán afectados.

La Procuraduría General de la Nación es la entidad que representa a los ciudadanos ante el Estado. Es el máximo organismo del Ministerio Público, conformado además por la Defensoría del Pueblo y la Personería.

Es su obligación velar por el correcto ejercicio de las funciones encomendadas en la Constitución y la Ley a servidores públicos y lo hace a través de sus tres funciones misionales principales: la función preventiva, la función de intervención y la función disciplinaria.

Específicamente, la política preventiva del uso y flujo de los recursos financieros del sistema se concentra en la función preventiva de la organización, la cual está empeñada en “prevenir antes que sancionar”, vigilar el actuar de los servidores públicos y advertir cualquier hecho que pueda ser violatorio de las normas vigentes, sin que ello implique coadministración o intromisión en la gestión de las entidades estatales.

4.3.2 Concientización y movilización

La adopción de una política preventiva del flujo y uso de los recursos financieros del SGSSS proviene directamente de la voluntad de un grupo de personas. Para tener éxito, es esencial lograr el apoyo de la mayoría. La conscientización, la información y la movilización serán factores decisivos en el proceso de adopción de la política al interior de la organización.

Debido a que hoy en día las procuradurías regionales están basando su operación en las funciones disciplinarias y de intervención, es necesario crear un nuevo pensamiento donde se enfatice la importancia de la función preventiva como mecanismo de anticipación y control de futuros grandes problemas.

De esta forma, dado el recurso humano existente, la idea es disponer de uno o dos funcionarios de cada procuraduría en la función preventiva, específicamente en la inspección a las instituciones encargadas de realizar el proceso de vigilancia y control a los procesos que presentan mayor riesgo de uso inadecuado en el sistema general de seguridad social en salud.

Adicionalmente, se pueden crear alianzas con las procuradurías provinciales con el fin de repartir las actividades y hacer más eficiente la implementación de la política.

4.3.3 Planeación y programación

El plan operativo anual (POA) es un documento formal en el que se enumeran, por parte de los responsables de una entidad, los objetivos que se espera conseguir durante el presente ejercicio. Éste debe estar perfectamente alineado con el plan estratégico de la institución y su especificación sirve para concretar, además de los objetivos de cada año, la manera de alcanzarlos.

Adicionalmente, cada mes los funcionarios retroalimentan este plan operativo incorporando las actividades que surgen extraordinariamente y el control de las ya establecidas con el propósito de realizar un seguimiento de manera trimestral a las metas propuestas al comienzo del periodo.

Con base en la programación de actividades que tenga la Procuraduría, se debe realizar una planeación de las acciones preventivas que se llevarán a cabo en el marco de la implementación de la política, así como una programación de visitas y requerimientos periódicos que permitan dar continuidad a la implementación de las actividades propuestas en cada una de las entidades que se tenga previsto vigilar, con el fin de adoptar adecuadamente una política preventiva del flujo y uso

de los recursos financieros del sistema y de esta forma poder incorporarla en el plan operativo anual de la entidad.

4.3.4 Ejecución de actividades preventivas

Para implementar la política preventiva del flujo y uso de los recursos financieros del sistema deben preverse varias etapas que van desde la capacitación a los funcionarios sobre el funcionamiento y la normatividad que regula el sistema de salud colombiano hasta la ejecución del plan de acción propuesto.

De esta forma, para cada una de las líneas de acción propuestas y, específicamente, para cada componente se realizarán las siguientes actividades:

a. Línea de acción uno: prevención sobre los recursos del régimen contributivo.

Componente recaudo de aportes.

El proceso debe identificar las acciones desarrolladas para conocer el comportamiento del recaudo de las cotizaciones que se realiza a través de la planilla integral de liquidación de aportes. Se debe verificar que el administrador del Fosyga realice análisis de la consistencia entre el aporte a salud y a pensiones, así como del número de meses cotizados durante el último año. Por otro lado, se debe verificar que el Ministerio de la Protección Social esté implementando un sistema donde se pueda verificar la base de cotización de los afiliados frente a sus ingresos reales, realizando cruces con información de la DIAN y entidades financieras.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita semestral al administrador fiduciario.	Solicitar el procedimiento de verificación de la consistencia entre el aporte a salud y pensiones. Verificar un reporte que permita conocer el ingreso base de cotización tanto para salud como para pensiones.	Dos informes de visita en el año.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Cuarto orden.
Programar una visita semestral al Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Financiamiento.	Solicitar el procedimiento de verificación de la base de cotización de los afiliados frente a sus ingresos reales, realizando cruces con información de la DIAN y entidades financieras.	Dos informes de visita en el año.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Cuarto orden.

Soporte legal: Decreto 1406 de 1999; Decreto 4295 de 2004; Decreto 1281 de 2002; Decreto 1464 de 2005; Decreto 1465 de 2005; Decreto 510 de 2003 y artículo 205 de la Ley 100 de 1993.

Componente reconocimiento UPC proceso de compensación.

Para verificar que se realiza el control, se debe solicitar a la firma interventora del contrato de encargo fiduciario, o a quien haga sus veces, qué tipo de cruces se realizan sobre las bases de datos para verificar la consistencia entre el recaudo de las cotizaciones y las UPC reconocidas, e igualmente solicitar información sobre los cruces realizados para establecer el número días que se reconocen por periodo, los periodos reconocidos por afiliado, cómo se verifica que no se reconozcan afiliados duplicados, e igualmente cómo se evita que no existan duplicados entre los afiliados por los cuales se reconocen las UPC del régimen contributivo frente al régimen subsidiado o frente a los regímenes de excepción.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita semestral al Ministerio de la Protección Social, Dirección de seguridad económica y pensiones.	Solicitar el procedimiento de verificación de la compensación. Verificar un reporte que permita conocer el monto recaudado por cada EPS y el valor que se va a reconocer por UPC.	Dos informes de visita en el año.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Segundo orden.

Soporte legal: Decreto 1013 de 1998; Decreto 2280 de 2004.

Componente auditoría sobre los recobros.

El procedimiento de verificación debe contemplar qué cruces se realizan para establecer que los recobros efectuados correspondan a afiliados de cada EPS que recobra, así como la validez de la identificación del afiliado frente a fuentes de datos como la de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita trimestral al administrador fiduciario.	Solicitar el procedimiento de verificación de los pagos de procedimientos, medicamentos y dispositivos médicos como eventos no POS, tanto por CTC como tutelas, contra el Acuerdo 008 de la CRES. Solicitar el procedimiento de verificación del usuario que interpone la tutela. Solicitar el procedimiento de verificación de los precios de los medicamentos, según el listado de precios expedido por el Ministerio de Protección Social	Cuatro informes de visita en el año.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Primer orden.

El soporte legal establecido son las resoluciones del Ministerio de la Protección Social números 3797 del 2004, 2366 y 3615 de 2005, 2933 de 2006, 3099 y 3754 de 2008.

Componente de cartera del régimen contributivo.

Se debe verificar si las entidades territoriales en ejercicio de la auditoría sobre el aseguramiento previsto en el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011 y la reglamentación que sobre la materia expida el Gobierno nacional han establecido frente a las EPS la obligación del reporte periódico de información sobre el estado de cartera, qué instrumentos de verificación aplican y qué acciones han tomado frente al incumplimiento de los plazos previstos para el pago de la prestación de los servicios previstos en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita trimestral a la Superintendencia Nacional de salud.	Solicitar el procedimiento de consolidación de la cartera entre las EPS y las IPS con fecha no mayor a dos meses. Solicitar las acciones tomadas contra las EPS que tienen cartera reconocida mayor a 120 días.	Seis informes de visita en el año.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Primer orden.
Programar una visita bimestral a la Secretaría departamental o Distrital de Salud.	Solicitar el procedimiento de consolidación de la cartera entre las EPS y las IPS con fecha no mayor a dos meses. Solicitar los requerimientos realizados a las EPS que tienen cartera reconocida mayor a 120 días.	Seis informes de visita en el año.	Procuradurías regionales y provinciales.	Primer orden.

Soporte legal: Ley 1122; circular única consolidada emitida por la Superintendencia Nacional de Salud y Ley 1438 de 2011.

b. Línea de acción dos: prevención sobre los recursos del régimen subsidiado.

Componente de distribución del Sistema General de Participaciones (SGP) para demanda.

Antes de la realización de la visita al Departamento Nacional de Planeación, el equipo técnico de la Procuraduría deberá verificar los criterios tenidos en cuenta para la distribución de los recursos y la distribución realizada mediante el Conpes social que cada año establece la distribución entre los sectores, en su interior y entre las entidades territoriales.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita anual al Departamento Nacional de Planeación.	Solicitar el procedimiento para la elaboración del Conpes de distribución del Sistema General de Participaciones (SGP).	Un informe de visita en el año.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Quinto orden.

Soporte legal: Ley 715 de 2001.

Componente giro a entidades territoriales.

Para verificar la calidad de la liquidación mensual de afiliados que realiza el Fosyga y que establece el valor de las UPC que se reconocen a cada EPS sobre la Base de Datos de Afiliados, se deben revisar qué cruces se realizan sobre dicha base de datos para evitar duplicidades en el régimen subsidiado y entre éste y el régimen contributivo, incluidos los regímenes de excepción. Igualmente, se debe verificar el número de días que se reconocen por afiliados para cada periodo y el valor de las UPC que se reconocen frente al valor de las UPC vigentes para cada entidad territorial de conformidad con los acuerdos emitidos por la Comisión de Regulación en Salud.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita semestral al Ministerio de la Protección Social, Dirección de Gestión de la Demanda.	Solicitar el calendario de giros y verificar las fechas de los giros. Verificar el número de afiliados validados en la BDUA contra los montos girados.	Dos informes de visita en el año.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Tercer orden.

Soporte legal: Ley 1438; Decreto 971; Decreto 1700; acuerdos CRES donde se establece el valor de la UPC para cada vigencia.

Componente liquidación de contratos.

Se deben verificar los criterios tenidos en cuenta para realizar la liquidación de los contratos, considerando el cargue de BDUA como requisito para el reconocimiento de la UPC, los cruces que en forma autónoma realiza la entidad territorial para detectar fallecidos no reportados por la Registraduría sobre los cuales tiene información y los informes de la interventoría de los contratos sobre afiliación efectiva.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita semestral a la secretaría territorial de salud o a la oficina encargada de salud del municipio.	Solicitar la totalidad de los contratos realizados durante la vigencia anterior y verificar el estado de liquidación, el pago de los saldos adeudados a las EPS o el recaudo de los saldos a favor de la entidad territorial de cada contrato. Solicitar la certificación de la incorporación de los recursos liberados de liquidación.	Un informe de visita en el año.	Procuradurías regionales y provinciales.	Segundo orden.

Soporte legal: artículo 17 de Ley 1122 de 2007; artículo 31 de Ley 1438 de 2011; Ley 1150 de 2007.

Componente giro directo EPS.

El componente de giro directo a las EPS y el de giro a las entidades provienen de la liquidación mensual de afiliados que realiza el Fosyga sobre la BDUA. Por consiguiente, al igual que para el componente de giro a las entidades territoriales, se deben revisar los instrumentos con los que cuenta el Ministerio de la Protección Social o la firma interventora designada para la verificación de la liquidación mensual de afiliados que genera el Fosyga, en donde se establezca la correspondencia entre dichas liquidaciones y el comportamiento de la afiliación reflejado en la BDUA, así como los resultados de la liquidación frente al valor de la UPC vigente para cada entidad territorial. El control aplicado debe garantizar que no se reconocen doblemente afiliados en el régimen subsidiado y entre éste y el régimen contributivo o los regímenes de excepción; igualmente, que el valor de la UPC reconocida corresponda con los días que efectivamente el afiliado ha estado asegurado.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita semestral al Ministerio de la Protección Social, Dirección de Gestión de la Demanda.	Solicitar el calendario de giros y verificar las fechas de los giros. Revisar los instrumentos de control y verificación que aplica el Ministerio de la Protección Social para establecer la consistencia entre el número de afiliados cargados a las BDUA y las UPC que se liquidan y giran a cada EPS por periodo.	Dos informes de visita en el año.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Tercer orden.

Soporte legal: Ley 1438, Decreto 971, Decreto 1700, acuerdos CRES donde se establece el valor de la UPC para cada vigencia.

Componente giro directo IPS.

Mensualmente, las EPS deben reportar el detalle de los montos que deben ser girados directamente a su red de prestación de servicios. Con base en dicha información, y una vez se cuente con la liquidación mensual de afiliados, se aplican los descuentos al giro de la EPS en favor de su red de prestación de servicios. Se deben verificar los montos reportados por las EPS y las glosas aplicadas en el proceso (si las IPS no están habilitadas o la liquidación a favor de la EPS es inferior, se excluyen del giro).

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita semestral al Ministerio de la Protección Social, Dirección de Gestión de la Demanda, o directamente al encargo fiduciario.	Solicitar el calendario de giros y verificar las fechas de los giros. Verificar los montos autorizados contra los montos girados.	Dos informes de visita en el año.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Primer orden.

Soporte legal: Ley 1438; decretos 971 y 1700 de 2011; Resolución MPS 2320 de 2011.

Componente de rentas cedidas.

Los departamentos y el Distrito, como administradores de las rentas cedidas por la Nación, deben realizar el control fiscal sobre la liquidación y recaudo de dichas rentas, darles la destinación prevista por la Ley y garantizar el adecuado flujo de recursos para la financiación del régimen subsidiado, para lo cual se deben verificar y validar los instrumentos con que cuenta el departamento para el control del recaudo y los criterios de distribución usados entre los municipios, así como las fechas en las cuales se realizan los giros a los municipios.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita semestral a la Superintendencia Nacional de Salud.	Verificar las acciones de control adelantadas para establecer que la liquidación realizada y reportada a través de la circular única corresponda con la distribución de los productos por departamento y que los departamentos realicen la distribución y ejecución de los recursos con base en la destinación establecida por la Ley.	Dos informes de visita en el año.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Tercer orden.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita a la entidad territorial de salud del orden departamental.	Verificar que los recursos apropiados por el departamento por concepto de rentas cedidas correspondan con el reporte realizado por las personas naturales o jurídicas obligadas a reportar; solicitar a la Secretaría de Hacienda Departamental los instrumentos previstos para la fiscalización y control del recaudo de los recursos, solicitar el calendario de giros y verificarlo contra los giros efectivos en favor de los municipios	Dos informes de visita en el año.	Procuradurías regionales y provinciales.	Tercer orden.

Soporte legal: Ley 223 de 1995; Ley 788 de 2002; Ley 1393 de 2010; Ley 715 de 2001; Decreto 971 y 1700 de 2011.

Componente de capacidad de generación de esfuerzo propio.

Mediante la información que remite el Ministerio a los municipios o que dispone en su página web en relación con las diferentes fuentes de financiación y el número de afiliados de cada entidad territorial, verificar si el departamento ha solicitado la proyección de los recursos del esfuerzo propio o ha construido escenarios de sostenibilidad, especialmente cuando en la financiación del esfuerzo propio municipal concurre el departamento.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita a la entidad territorial de salud del orden departamental.	Solicitar el estudio donde se verificaron las fuentes y la capacidad de generación de esfuerzo propio por parte de los municipios.	Un informe de visita en el año.	Procuradurías regionales y provinciales.	Segundo orden.

Soporte legal: artículo 44 de Ley 1438; artículo 43 de Ley 715.

Componente de regalías.

En relación con la visita que se realice a la Superintendencia Nacional de Salud, en la revisión que se realice sobre los controles aplicados para verificar la oportunidad del giro se debe tener en cuenta la aplicación de medidas cautelares en relación con el giro de las regalías directas. En las visitas que se realicen a los departamentos verificar los criterios usados por ellos para distribuir los recursos entre los sectores de salud, educación, agua potable y saneamiento básico. Una vez verificados tales conceptos, solicitar información sobre los criterios tenidos en cuenta para distribuir lo correspondiente a subsidios a la

demanda entre los municipios no receptores directos de regalías y, finalmente, verificar el cronograma de giros establecido frente a los giros realizados.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita semestral a la Superintendencia Nacional de Salud.	Solicitar el calendario de giros y verificar las fechas de los giros, solicitar información sobre los instrumentos de control aplicados a departamentos y municipios que reciben regalías directas en cuanto a la destinación de los recursos recibidos que deben aplicarse a la financiación del Régimen Subsidiado.	Dos informes de visita en el año.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Tercer orden.
Programar una visita semestral a los departamentos receptores directos de regalías.	Verificar la aplicación de los porcentajes previstos por la Ley con destino a salud y los criterios de distribución usados para el Régimen Subsidiado y subsidio a la oferta así como la distribución realizada entre los municipios que no reciben regalías directas.	Presentación de dos informes anuales.	Procuradurías regionales y provinciales	Segundo orden.

Soporte legal: Ley 141 de 1994 y Ley 756 de 2002.

Componente de cartera del régimen subsidiado.

Con base en la información que remiten tanto EPS como IPS, verificar si existen informes trimestrales consolidados sobre el estado de cartera por edades de las IPS frente a las EPS, verificar si se realizan cruces entre la información reportada como cuentas por pagar de las EPS y la reportada como cartera por las IPS, verificar qué acciones se toman si la información reportada no es consistente y si no cruza entre los dos actores, verificar si existe alguna clasificación de las EPS en relación con el monto de sus cuentas por pagar frente a su número de afiliados, que permita priorizar las acciones de control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y revisar si existen análisis de tendencia del comportamiento de dicha cartera para establecer la eficacia de las acciones tomadas por la Superintendencia.

En relación con la entidad departamental, verificar si se han establecido reportes periódicos de los informes de interventoría a las EPS del régimen subsidiado en relación con la cartera de las IPS frente a las EPS autorizadas en cada municipio. Luego se consolida la información de las IPS, por lo menos de los municipios no descentralizados en salud, y se revisa qué acciones se tomaron frente a los estados de cartera reportados por las IPS.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita bimensual a la Superintendencia Nacional de salud.	Solicitar el procedimiento de consolidación de la cartera entre las EPS y las IPS con fecha no mayor a dos meses. Solicitar las acciones tomadas contra las EPS que tienen cartera reconocida mayor a 120 días.	Seis informes de visita en el año.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Primer orden.
Programar una visita bimensual a la Secretaría Departamental o Distrital de Salud.	Solicitar a la Secretaría de Salud del Departamento los instrumentos de seguimiento y control, así como las acciones realizadas frente a los municipios en relación con el estado de cartera de las EPS frente a su red de prestación de servicios.	Seis informes de visita en el año.	Procuradurías regionales y provinciales.	Primer orden.

Soporte legal: Ley 1122, artículos 35 al 40; Ley 715, artículo 43.

Componente del monto contratado con las ESE.

Verificación de la efectividad de la contratación mediante la comparación del monto total facturado en una vigencia frente al monto total contratado.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita a la entidad territorial de salud.	Solicitar el estudio donde se verificaron los recursos contratados por las EPS de Régimen Subsidiado con las ESE de la entidad territorial municipal y departamental. Solicitar el estudio de evaluación financiera y suficiencia técnica de la red pública de la entidad territorial.	Un informe de visita en el año.	Procuradurías regionales y provinciales.	Segundo orden.

Soporte legal: Ley 715, artículo 43; Ley 1122, artículo 16.

c. Línea de acción tres: prevención sobre los recursos de salud pública.

Componente de distribución de los recursos de salud pública.

Realizar inicialmente la verificación del Conpes anual que realiza la distribución de las doceavas del componente de salud pública frente a los criterios de distribución establecidos por la Ley 715 y encontrar inconsistencias.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita anual al Departamento Nacional de Planeación.	Solicitar el procedimiento para la elaboración del Conpes de distribución del Sistema General de Participaciones (SGP).	Un informe de visita en el año.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Quinto orden.

Soporte legal: Ley 715, artículo 52; Decreto 159 de 2002 y Decreto 317 de 2008.

Componente de giro de los recursos de salud pública.

Se debe verificar el cumplimiento del calendario de giros.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita semestral al Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Financiamiento.	Solicitar el calendario de giros y verificar las fechas de los giros.	Dos informes de visita en el año.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Cuarto orden.

Soporte legal: artículo 53 de la Ley 715.

Componente de uso de los recursos de salud pública.

Solicitar a Supersalud los instrumentos de control aplicados frente a los departamentos y el Distrito Capital en relación con la ejecución de los recursos de salud pública, la existencia y funcionamiento del sistema de vigilancia en salud pública (Decreto 3518 de 2006) y el estado de la cartera de las IPS que prestan los servicios a los departamentos en materia de salud pública. Para el caso de las visitas a las secretarías departamentales de salud, verificar los instrumentos de reporte y monitoreo de la ejecución de los planes de salud municipal, periodicidad de los reportes y cumplimiento de metas del plan.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita semestral a la Dirección Territorial de de Salud de los departamentos y del Distrito Capital.	Solicitar la verificación de los procesos de convocatoria para la contratación del plan de intervenciones colectivas a su cargo y de los controles aplicados para la ejecución de los programas a su cargo. Verificar las acciones de control sobre los municipios de su jurisdicción en relación con los planes de salud pública municipales	Un informe de visita en el año.	Procuradurías regionales y provinciales.	Segundo orden.
Programar visita semestral a la Superintendencia Nacional de Salud para conocer los instrumentos de control aplicados para controlar la ejecución de los recursos de salud pública asignados directamente a los departamentos.	Solicitar los instrumentos usados por la Superintendencia Nacional de Salud para el reporte y monitoreo de la ejecución de los recursos de salud pública y la ejecución de los planes de salud pública departamentales.	Generar un informe semestral de visita.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Segundo orden.

Soporte legal; artículo 5 de Ley 1438 de 2011; artículo 43, numeral 43.3.

d. Línea de acción cuatro: prevención sobre los recursos de eventos catastróficos y accidentes de tránsito.

Componente seguro obligatorio de accidentes de tránsito.

Para la verificación del número de pólizas expedidas y con ello los aportes realizados al Fosyga por parte de las aseguradoras, se debe consultar con Fasecolda el número de pólizas SOAT que son expedidas anualmente y verificar la consistencia entre dichas cifras y los aportes al Fosyga. Igualmente, verificar la oportunidad del recaudo tanto de la transferencia del 20% del valor de las pólizas expedidas que deben realizar las aseguradoras cada dos meses, así como del giro de la sobreprima del 50% sobre el valor que pagan los usuarios y que las compañías deben transferir mensualmente.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita semestral a la Superintendencia Nacional de salud.	Solicitar el reporte de pólizas del SOAT expedidas por los aseguradores y los aportes recaudados por el Fosyga.	Dos informes de visita en el año.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Tercer orden.

Soporte legal: Decreto 1283 de 1994 y artículo 40 de Ley 1122 de 2007.

Componente de recobros de la subcuenta ECAT.

Solicitar reporte mensual de reclamaciones presentadas por prestadores de servicios de salud que contenga el número y monto de las reclamaciones presentadas, auditadas, rechazadas y autorizadas para pago, motivo de glosas y acciones adelantadas para subsanar la glosa. Igualmente, verificar el número y monto de las reclamaciones presentadas por personas naturales, el número y monto glosado y el número y monto pagado. Solicitar los cruces que realiza el Fosyga para identificar que los servicios reclamados no han sido pagados por pólizas del SOAT, que las IPS efectivamente prestaron los servicios y están habilitadas para la prestación de los servicios y que los servicios fueron prestados a personas debidamente identificadas por la Registraduría Nacional del Estado Civil en el momento de ocurrencia del siniestro. Para el caso de las personas naturales, solicitar el tipo de verificación que se realiza sobre bases de datos para evitar que se paguen indemnizaciones ya cubiertas por el sistema de pensiones o de riesgos profesionales.

Para el caso de la visita a la Superintendencia Nacional de Salud, verificar qué acciones de control adelanta esa institución para mejorar la oportunidad en el pago de las reclamaciones de las IPS frente al Fosyga, comprobando con qué periodicidad e instrumentos la Superintendencia verifica la calidad y oportunidad de la auditoría de cuentas que realiza la firma contratada por el Fosyga para confirmar las reclamaciones, o la firma que contrate directamente el Ministerio de la Protección Social. Verificar si el instrumento aplicado por la Supersalud evalúa el número y valor de las reclamaciones, el tiempo promedio de pago de cada reclamación, el porcentaje de reclamaciones y de pagos frente al número y monto de reclamaciones radicadas, el promedio de días para pagar una vez aprobadas dichas reclamaciones e, igualmente, verificar las acciones tomadas por la Superintendencia frente a las desviaciones en los plazos previstos para el pago.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita semestral al administrador fiduciario.	Solicitar el procedimiento de auditoría médica y financiera que se realiza sobre las reclamaciones presentadas por las IPS. Solicitar el proceso de validación para el reconocimiento de indemnizaciones a personas naturales.	Dos informes de visita en el año.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Tercer orden.
Programar una visita semestral a la Superintendencia Nacional de salud.	Solicitar los procedimientos de verificación de los montos reclamados por las IPS, la oportunidad y calidad para la realización de la auditoría y los tiempos de pago de las cuentas auditadas.	Dos informes de visita en el año.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Tercer orden.

Soporte legal: Decreto 1283 de 1994 y artículo 40 de Ley 1122 de 2007.

e. Línea de acción cinco: prevención sobre los recursos de subsidio a la oferta.

Componente de distribución del SGP para oferta.

Verificar el cumplimiento de los planes de transformación de los recursos de subsidios de oferta a demanda.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita anual al Departamento Nacional de Planeación.	Solicitar el procedimiento para la elaboración del Conpes de distribución del Sistema General de Participaciones (SGP). Solicitar los soportes para el descuento que se realiza para el pago de seguridad social y cesantías, así como los recursos de transformación que se descuentan de este componente y se designan a subsidios a la demanda.	Un informe de visita en el año.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Primer orden.

Soporte legal: artículo 49 de Ley 715 de 2001; artículo 44 de Ley 1438 de 2011.

Componente de criterios de distribución.

Solicitar el estudio que soporta la distribución, el presupuesto y ejecución presupuestal del Fondo Departamental de Salud en el componente de subsidio a la oferta y verificar la ejecución de los pagos a la red de prestación de servicios.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita anual a la entidad departamental de salud.	Solicitar los criterios y el presupuesto de asignación de los subsidios a oferta.	Un informe de visita en el año.	Procuradurías regionales y provinciales.	Primer orden.

Soporte legal: artículo 49 de Ley 715 de 2001.

Componente de liquidación de juegos de suerte y azar.

Verificar los cruces realizados con la información obtenida mediante la circular unificada para establecer consistencia entre la información reportada por los generadores de recursos frente a las consignaciones realizadas a los fondos de salud. Hacer inspección sobre los volúmenes de ventas realizados para establecer el valor de los derechos de explotación y solicitar instrumentos para verificar que los recursos son consignados en oportunidad. En el caso de las entidades territoriales, solicitar

información correspondiente a visitas de inspección e instrumentos de control aplicados a los operadores de los juegos sobre ventas realizadas y liquidación de los derechos de explotación.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita semestral a la Superintendencia Nacional de salud.	Solicitar el procedimiento a través del cual se vigila que la liquidación reportada por los generadores de recursos corresponde con las ventas realizadas y que es efectivamente consignada a los fondos distritales, municipales o departamentales de salud.	Dos informes de visita en el año.	Procuraduría General de la Nación, procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	Tercer orden.
Programar una visita semestral a la secretaría territorial de salud.	Solicitar el procedimiento a través del cual la entidad territorial vigila que la liquidación de los derechos de explotación corresponde al volumen de ventas realizadas.	Dos informes de visita en el año.	Procuradurías regionales y provinciales.	Tercer orden.

Soporte legal: artículo 45 de Ley 643 de 2001; Ley 1393 de 2010.

Componente de suficiencia de los recursos de oferta.

Verificar que el departamento o distrito cuente con instrumentos que le permitan entre otros medir el valor per cápita ejecutado por concepto de atención a la población pobre no asegurada, tomando como elementos para su cálculo la información del Sisbén, la población asegurada tanto en el régimen subsidiado como en el régimen contributivo y los regímenes de excepción.

Acciones generales	Estrategias	Metas	Responsable	Prioridad
Programar una visita anual a la entidad departamental de salud.	Solicitar los criterios y el presupuesto de asignación de los subsidios a oferta.	Un informe de visita en el año.	Procuradurías regionales y provinciales.	Primer orden.

Soporte legal: artículo 57 de Ley 715 de 200; artículos 39 y 40 de Ley 1122 de 2007.

4.4 Generación de informes

Por último, con el objetivo de llevar un adecuado control de los hallazgos de cada una de las acciones preventivas implementadas en el marco de la política del flujo y uso de los recursos financieros del sistema, se debe diligenciar un informe que permita realizar un seguimiento a la entidad vigilada.

Proceso preventivo	Fecha de revisión	
Formato de informe de realización de acción preventiva	Fecha de aprobación	
NOMBRE DE INSTITUCIÓN VIGILADA INFORME DE REALIZACIÓN DE ACCIÓN PREVENTIVA Fecha de realización		
1. Identificador único de acción	2. Fecha	
3. Materia de vigilancia		
4. Entidad (es) vigilada (s)		
5. Breve descripción de la acción		
6. Resultados encontrados		
7. Conclusiones y recomendaciones		
8. Nombre y firma del operador preventivo	9. Nombre y firma del jefe de dependencia	

5. Metodología y herramientas para la evaluación, monitoreo y seguimiento del plan de acción propuesto en la política preventiva

5.1 Preguntas de seguimiento y evaluación

Dado que el propósito del sistema de indicadores no es otro que el de hacer monitoreo, seguimiento y evaluación al plan de implementación de la política, es fundamental saber qué queremos seguir y evaluar y posteriormente revisar si los indicadores responden estas preguntas. Entonces, el proceso de seguimiento y evaluación debe comenzar con el desarrollo de las preguntas. Especificar claramente las preguntas es el paso más importante de diseño del sistema de seguimiento y evaluación.

Para desarrollar las preguntas se abordaron los siguientes pasos básicos: a) trabajar sobre las líneas de acción y sus componentes, b) especificar los objetivos, los procesos, los productos o servicios de cada componente, c) transformar los objetivos, los procesos y los productos en preguntas y d) seleccionar las preguntas importantes que se responderán por el sistema de seguimiento y evaluación.

Paso 1. Trabajar sobre las líneas de acción y sus componentes.

Se trabajó sobre las siguientes líneas de acción y componentes que se establecieron en la política.

a. **Línea de acción uno: prevención sobre los recursos del régimen contributivo.**

- *Componente recaudo de aportes:* este componente busca identificar el proceso a través del cual el Fosyga controla la evasión y elusión de las cotizaciones al SGSSS.
- *Componente reconocimiento UPC proceso de compensación:* este componente busca identificar el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social verifica el reconocimiento de las UPC a las empresas promotoras de salud.
- *Componente auditoría sobre los recobros:* este componente busca identificar el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social paga los recobros al Fosyga.

- *Componente de cartera del régimen contributivo:* este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud vigila la situación de cartera entre las EPS y las IPS que prestan servicios de salud a la población afiliada al régimen contributivo.

b. Línea de acción dos: prevención sobre los recursos del régimen subsidiado.

- *Componente de distribución del Sistema General de Participaciones (SGP) para demanda:* este componente identifica el proceso a través del cual el Consejo Nacional de Política Económica y Social asigna los recursos del SGP para demanda.
- *Componente giro a entidades territoriales:* este componente identifica el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud verifican la oportunidad de los giros a las entidades territoriales tanto de los recursos del SGP como del Fosyga.
- *Componente liquidación de contratos:* este componente identifica el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales verifican y realizan la liquidación de los contratos del régimen subsidiado.
- *Componente giro directo EPS:* este componente verifica el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud revisan el giro directo a la EPS del régimen subsidiado.
- *Componente giro directo IPS:* este componente verifica el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud revisan el giro directo a la IPS que atiende población del régimen subsidiado.
- *Componente de rentas cedidas:* este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades departamentales de salud revisan y controlan el recaudo mensual de las rentas cedidas y su distribución.
- *Componente de capacidad de generación de esfuerzo propio:* este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades departamentales de salud revisan y controlan la capacidad de generación de recursos de esfuerzo propio para la financiación del régimen subsidiado.
- *Componente de regalías:* este componente revisa el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud realiza la verificación de la oportunidad del giro de las regalías a los proyectos de desarrollo de acuerdo a coberturas por parte de las secretarías de hacienda municipales.

- *Componente de cartera del régimen subsidiado:* este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud vigila la situación de cartera entre las entidades territoriales y las EPS y el proceso a través del cual las entidades departamentales, distritales y municipales vigilan la situación de cartera entre las EPS y las IPS que prestan servicios de salud a la población afiliada al régimen subsidiado.
- *Componente del monto contratado con las ESE:* este componente verifica el proceso a través del cual las entidades territoriales revisan el cumplimiento de los montos de contratación obligatoria de los recursos del régimen subsidiado con la red pública.

c. Línea de acción tres: prevención sobre los recursos de salud pública.

- *Componente de distribución de los recursos de salud pública:* este componente revisa el proceso a través del cual el Consejo Nacional de Política Económica y Social asigna los recursos del SGP para salud pública.
- *Componente de giro de los recursos de salud pública:* este componente revisa el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social verifica la asignación los recursos del SGP para salud pública.
- *Componente de uso de los recursos de salud pública:* este componente revisa el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales verifican y usan los recursos de salud pública en pertinencia con las prioridades de salud pública.

d. Línea de acción cuatro: prevención sobre los recursos de eventos catastróficos y accidentes de tránsito.

- *Componente seguro obligatorio de accidentes de tránsito:* este componente verifica el proceso a través del cual el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud revisan el recaudo sobre las primas expedidas.
- *Componente de recobros de la subcuenta ECAT:* este componente revisa la forma como el Ministerio de la Protección Social realiza la verificación de los pagos por conceptos de indemnizaciones o por conceptos de prestación de servicios de salud en las IPS.

e. Línea de acción cinco: prevención sobre los recursos de subsidio a la oferta.

- *Componente de distribución del SGP para oferta:* este componente identifica el proceso a través del cual el Consejo Nacional de Política Económica y Social asigna los recursos del SGP para oferta.

- *Componente de criterios de distribución:* este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud vigila los criterios de distribución de los recursos de oferta a nivel de los departamentos.
- *Componente de oportunidad de giro de recursos de oferta:* Este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud vigila la oportunidad de los pagos entre la entidad territorial y las IPS.
- *Componente de liquidación de juegos de suerte y azar:* Este componente verifica el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales vigilan el proceso de aplicación de los porcentajes que sobre las ventas se destina a salud.
- *Componente de suficiencia de los recursos de oferta:* Este componente verifica la forma como las entidades territoriales revisan la suficiencia de recursos de oferta para la prestación de los servicios a la población pobre no cubierta con subsidios a demanda y los eventos no POS.

Paso 2. Especificación de los objetivos, procesos y productos.

El siguiente paso fue identificar los objetivos de cada componente. El primer reto fue definir si todos los objetivos de los componentes se podían medir de manera clara y si podrían ser entendidos por los diferentes actores.

En la matriz inicial de acción, de valoración de riesgos y del plan de implementación se identificaron los objetivos, acción general y metas de la política.

Paso 3. Transformación de los objetivos, procesos y productos en preguntas.

Una vez los objetivos, acciones generales y metas fueron especificados, el siguiente paso fue transformarlos en preguntas.

Paso 4. Seleccionar las preguntas.

Como la política apenas se inicia, se concentró la atención en la implementación de ésta. Las preguntas se centrarían en si se han implementado las acciones de política y qué dificultades se han presentado en el proceso de implementación.

5.2 Respuesta a la preguntas

Una vez se definieron las preguntas, se procedió a identificar los diferentes indicadores que podrían responderlas. Esta fase de la metodología desarrolló dos pasos.

Paso 1. Construcción de los indicadores.

El primer paso fue la formulación de los indicadores que pudieran dar respuesta a las preguntas. En la matriz de preguntas se formuló un indicador para cada una de las preguntas de seguimiento y evaluación.

Paso 2. Desarrollo básico de cada indicador.

En el segundo momento se desarrolló cada indicador en la matriz definida.

5.3 Ajuste y difusión del sistema

Para el ajuste final del sistema de monitoreo y evaluación se elaboró un plan de acción con las siguientes actividades: estudiar los resultados de la prueba piloto, establecer los ajustes necesarios del sistema, establecer la estrategia, establecer metas e indicadores y establecer una estrategia para su implementación. En el anexo uno se presenta la matriz de indicadores propuestos.

6. Diseño operativo del sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación del plan de acción

Se presentan los procedimientos y orientaciones generales correspondientes al diseño operativo del sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación del plan de implementación de la política preventiva de la gestión de los recursos financieros del sistema general de seguridad social en salud. El sistema debe ser aplicado por toda la Procuraduría tanto a nivel central como regional y provincial.

El monitoreo consiste en el análisis de las actividades realizadas para la implementación de la política. Su referencia será entonces el plan operativo anual (POA), ya que éste debe contener la programación de sus actividades, las cuales cuentan con indicadores que nos proporcionarán información sobre el grado de cumplimiento de lo programado.

Al momento de implementar el sistema de monitoreo y evaluación se debe contar, previamente, con el plan operativo anual, el cual debe contener:

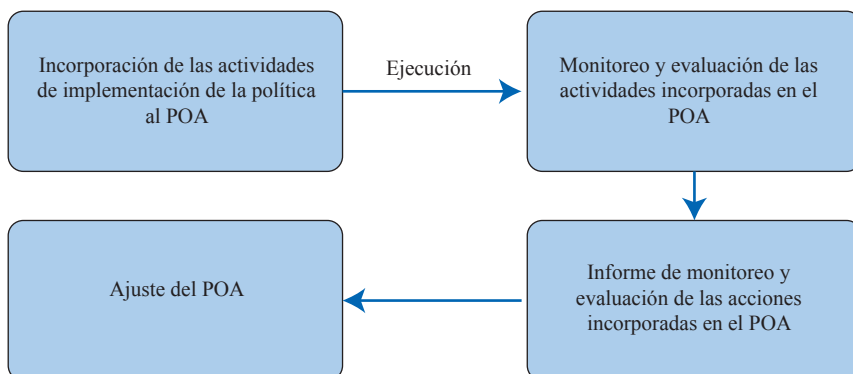
- a. Las actividades previstas en el documento de plan aprobado. Como resultado del monitoreo, se puede analizar la conveniencia de modificar ciertas actividades.
- b. Se especifican los resultados, los cuales se expresan numéricamente a través de los indicadores.
- c. Se incorpora un cronograma de las actividades de carácter mensual y trimestral que servirá como elemento de monitoreo del factor tiempo en la ejecución de las intervenciones.
- d. La cuantificación y detalle de las actividades en el plan operativo que permitirán realizar el monitoreo permanente.

En términos generales, el monitoreo consistirá en el seguimiento periódico de las actividades de implementación de la política que se hayan incorporado en el plan operativo anual. Busca hacer correcciones y ajustes a tiempo, utiliza indicadores, y se realiza sobre la base de la matriz de monitoreo definida específicamente. Los avances obtenidos del monitoreo van a permitir comparar las actividades y metas programadas versus las ejecutadas a la fecha de corte, con el fin de analizar el grado de cumplimiento de los objetivos planteados y realizar los ajustes correspondientes,

de ser el caso. El monitoreo puede conducir a la reformulación de actividades y tareas e, incluso, al cambio en las prioridades de las acciones incorporadas en el POA, lo que originaría la elaboración de un plan operativo anual ajustado.

A continuación se presenta la secuencia del proceso:

Ilustración 1. Proceso de monitoreo y evaluación



Los responsables de cada uno de los pasos son:

Nro.	Procedimiento	Responsable
1	Incorporación de las actividades de implementación de la política al POA.	Cada funcionario de la Procuraduría que desarrolle acciones de la política preventiva.
2	Monitoreo y evaluación de las actividades incorporadas en el POA.	Procurador regional/Procurador provincial / Delegado.
3	Informe de monitoreo y de evaluación de las acciones incorporadas en el POA.	Procurador regional/Procurador provincial / Delegado.
4	Ajuste del POA.	Cada funcionario de la Procuraduría que desarrolle acciones de la política preventiva.

6.1 Procedimiento para el monitoreo de la implementación de la política a través del plan operativo anual

Para adelantar el monitoreo se desarrollarán las siguientes tareas:

- Conformar un equipo de trabajo para el seguimiento de las acciones preventivas incorporadas en el POA.
- Elaborar el plan de monitoreo para el año: incluye la matriz de monitoreo.

- Levantamiento y análisis de información: el equipo deberá recopilar, revisar, sistematizar y analizar la información recogida.
- Elaborar el informe de monitoreo correspondiente, el cual debe incluir los avances y logros, problemas encontrados y medidas correctivas.

a. Conformación del equipo de trabajo.

Se debe designar, a nivel de cada procuraduría regional y provincial, un equipo de trabajo conformado por personal cuyo trabajo esté relacionado con la implementación de la política. El número de miembros por equipo lo definirá cada instancia en función de su población objetivo, geografía y disponibilidad de recursos.

Este equipo deberá estar involucrado en todas las fases, especialmente en la incorporación de las acciones preventivas a los planes operativos anuales y en la elaboración de la matriz de monitoreo. Sus miembros son responsables del seguimiento de todas las actividades metas de la política preventiva de la gestión de los recursos financieros del sistema general de seguridad social en salud.

b. Elaboración del plan de monitoreo (PM).

El plan de monitoreo es el instrumento que va a permitir, sistemáticamente, organizar las acciones de monitoreo para medir el avance y logros de las acciones incorporadas al Plan Operativo Anual. En él se describirán los siguientes elementos:

- Selección de un conjunto de indicadores que estén relacionados con las acciones incorporadas.
- Periodos de recolección de datos y manejo de los registros de manera que los datos requeridos por la estimación de los indicadores sean recolectados.
- Disposiciones institucionales y de recursos para la recopilación, análisis e información de los datos requeridos para el sistema de información e inversión en creación de capacidad con el fin de garantizar la implementación de las actividades de monitoreo.
- Definición de mecanismos que permitan la retroalimentación de las conclusiones de la labor de monitoreo, con el fin de realizar los ajustes y enmiendas que sean necesarias.

c. Levantamiento y análisis de la información.

- Revisión de registros y fuentes secundarias.
- Esta información, sistematizada, permitirá la alimentación de la matriz y permitirá evaluar el logro de las metas.

d. Elaboración de informes de monitoreo.

El informe se construye teniendo como base la matriz de monitoreo y deberá registrarse mensualmente, considerando la información sobre la programación y ejecución de metas en el “Aplicativo de la Procuraduría General de la Nación”.

La información de monitoreo consignada en esta matriz será de insumo para elaborar los informes. Así, el sistema de seguimiento a la implementación de la política se alinea al sistema de gestión de la Procuraduría General de la Nación.

La idea principal es que a través de los POA de cada funcionario se incorpore el seguimiento de las acciones seleccionadas con sus respectivos indicadores. Éstos tendrían un diligenciamiento mensual y una consolidación trimestral.

Finalmente, se propone que como elemento complementario de seguimiento a la implementación de la política se realicen visitas a las diferentes procuradurías regionales y provinciales para conocer cómo se han desarrollado las actividades previstas y qué dificultades se han presentado en su implementación.

En las siguientes matrices se presentan los indicadores de proceso o implementación, que corresponden a las acciones de implementación de la política y los indicadores para las evaluaciones futuras de efectos.

La evaluación del POA toma en consideración la información correspondiente a las metas sobre la base de la programación inicial y modificada para el ejercicio, la ejecución al primer semestre y al finalizar el ejercicio fiscal.

La evaluación semestral y anual refleja el grado de cumplimiento en la ejecución de metas a nivel de actividades para el logro de los objetivos institucionales previstos para el año.

La evaluación operativa es el proceso sistémico que verifica las acciones incorporadas al POA, a la luz de sus objetivos, en cada una de sus dimensiones (ejecución y resultados), debiendo tomar en cuenta los avances en el cumplimiento

de compromisos. Compara los resultados con las metas propuestas. En este sentido, la evaluación constituye una herramienta de gestión que permite tomar decisiones al proveer información acerca del grado de cumplimiento de las metas, los desvíos en el cumplimiento y sus causas, así como los principales problemas y cuellos de botella que requieren atención.

Los productos de este proceso son los informes de evaluación de las acciones incorporadas al plan operativo anual, los cuales se deben elaborar semestral y anualmente a partir de los informes de monitoreo.

- **Estructura del informe.**

El contenido mínimo del informe de evaluación del POA es el siguiente:

- Resumen ejecutivo.
- Análisis del periodo de evaluación del ejercicio fiscal.
- Avance de la ejecución de metas.
- Logros obtenidos.
- Enumeración de problemas presentados.
- Determinación de medidas correctivas.
- Conclusiones y recomendaciones.

- **Resumen ejecutivo.**

El resumen ejecutivo es el primer acápite del documento de evaluación del plan, pero el último en elaborarse. Su desarrollo es esencial, ya que debe lograr captar la atención de aquellos que revisan la evaluación y extraer los principales logros, conclusiones y recomendaciones, sintetizados en un par de páginas.

- **Análisis del periodo de evaluación del ejercicio fiscal.**

Cada instancia deberá realizar un breve análisis cualitativo y cuantitativo al inicio y otro al final del periodo de evaluación. Éste se describirá de acuerdo a las modificaciones y cambios durante el proceso de ejecución, compatible con el término de los calendarios de compromisos y de acuerdo a los avances logrados para el cumplimiento de los objetivos plasmados en las actividades y proyectos programados en sus respectivos planes operativos.

- **Avance de la ejecución de metas.**

Consiste en poder comparar la información contenida en el plan inicial y/o ajustado con el fin de detectar el grado de consecución de las metas, así como las desviaciones presentadas.

- **Logros obtenidos.**

Cada instancia deberá consignar los principales logros obtenidos en el proceso de implementación de la política. Los logros obtenidos deberán reflejar los avances que se vienen realizando para implementar la política.

- **Enumeración de problemas presentados.**

Forma parte del análisis cualitativo y consiste en determinar las causas de las variaciones observadas en el cumplimiento de las metas propuestas. Se deberá consignar en detalle los puntos críticos y problemas presentados durante el proceso de ejecución de actividades, suscitados en el periodo de evaluación semestral y anual del ejercicio fiscal.

- **Determinación de medidas correctivas.**

Consiste en el detalle de las soluciones adoptadas frente a los problemas mencionados en el punto anterior. Este punto permitirá evaluar la capacidad de gestión de la entidad en cuanto a su cualidad para superar los inconvenientes presentados y tomar decisiones.

- **Conclusiones y recomendaciones.**

Las conclusiones deberán precisar de manera resumida y clara los logros alcanzados durante el ejercicio fiscal. En cuanto a las recomendaciones, se debe sugerir acciones que permitan mejorar la situación que se determinó a partir de los resultados de la evaluación y proponer los mecanismos necesarios que pueden ser factibles en los procesos de gestión administrativa, institucional y/o de capacitación.

Es importante que, después de implementada la política, se piense en el mediano o largo plazo en desarrollar una evaluación de impacto de ésta.

Tabla 9. Matriz de indicadores

	FUENTE	RESPONSABLE	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	META ANUAL	OPERACIONALIZACIÓN	PRIORIDAD
CONTRIBUTIVO	COTIZACIONES	Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	CONTROL, EVASIÓN Y ELUSIÓN	Verificar que se realicen acciones de control, evasión y elusión de los aportes a la salud en el Régimen Contributivo.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para control, evasión y elusión. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos del proceso para control, evasión y elusión/ 2]*100	4
		Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	VERIFICACIÓN, RECONOCIMIENTO Y PAGO UPC POR AFILIADO	Verificar que se estén reconociendo las Unidades de Pago por Capitalización de los afiliados a cada EPS evitando que haya duplicidades.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para reconocimiento de pago por afiliado. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para reconocimiento y pago de UPC por afiliado/ 2]*100	2
	PRESUPUESTO FOSYGA	Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	PAGO DE LO DEBIDO POR CONCEPTO DE RECOBROS	Verificar que no se realicen pagos indebidos a las EPS por recobros de eventos no POS por CTC o tutelas	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para pagos debidos por recobros. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Trimestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para pagos debidos por recobros/ 4]*100	1
	TODAS LAS FUENTES	Procuradurías regionales y provinciales.	PAGO DE LAS EPS A LAS IPS	Verificar que las EPS están pagando sus compromisos con las Instituciones Prestadoras de Salud.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el pago de los compromisos de las EPS con las IPS. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Trimestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el pago de los compromisos de las EPS con las IPS/ 4]*100	1
		Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	PAGO DE LAS EPS A LAS IPS	Verificar que las EPS están pagando sus compromisos con las Instituciones Prestadoras de Salud.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el pago de los compromisos de las EPS con las IPS. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Trimestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el pago de los compromisos de las EPS con las IPS/ 4]*100	1

	FUENTE	RESPONSABLE	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	META ANUAL	OPERACIONALIZACIÓN	PRIORIDAD
SUBSIDIADO	SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	ESTABLECIMIENTO DE LOS MONTOS	Verificar la forma como el Conpes asigna los recursos de subsidio a la demanda	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la asignación de los montos de subsidio de la demanda. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Anual	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la asignación de los montos de subsidio de la demanda/ 1]*100	1
		Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	OPORTUNIDAD EN LA LIQUIDACIÓN	Verificar la oportunidad en la liquidación de los montos del SGP por sectores y entidades territoriales	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la oportunidad en la liquidación de los montos por sectores y entidades territoriales. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Anual	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la oportunidad en la liquidación de los montos por sectores y entidades/ 1]*100	2
	SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	GIRO ENTIDADES TERRITORIALES	Verificar el proceso de control en la oportunidad de giro de los recursos desde el Fosyga a las entidades territoriales con base en la liquidación mensual de afiliados	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el giro a las entidades territoriales con base en la liquidación mensual de afiliados. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el giro a las entidades territoriales con base en la liquidación mensual de afiliados/ 2]*100	3
		Procuradurías regionales y provinciales.	GIRO A LAS EPS	Verificar el proceso de control en la oportunidad de giro de los recursos desde el Fosyga a las EPS con base en la liquidación mensual de afiliados.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el giro a las EPS con base en la liquidación mensual de afiliados. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el giro a las EPS con base en la liquidación mensual de afiliados/ 2]*100	3
		Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	GIRO IPS	Verificar el proceso de control en la oportunidad de giro de los recursos desde el Fosyga a las IPS con base en la liquidación mensual de afiliados.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el giro a las IPS con base en la liquidación mensual de afiliados. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el giro a las IPS con base en la liquidación mensual de afiliados/ 2]*100	1

	FUENTE	RESPONSABLE	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	META ANUAL	OPERACIONALIZACIÓN	PRIORIDAD
SUBSIDIADO	FOSYGA	Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL FOSYGA	Verificar la asignación de recursos del Fosyga por entidad territorial	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos del proceso para la asignación de recursos del Fosyga por entidad territorial. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Anual	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la asignación de recursos del Fosyga por entidad territorial/ 2]*100	3
		Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	GIRO CON BASE EN LA BDU A	Verificar el proceso de control en la oportunidad de giro de los recursos desde el Fosyga a las entidades territoriales con base en la BDU A	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos del proceso para el giro a las entidades territoriales con base en la BDU A. Visita de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el giro a las entidades territoriales con base en las BDU A/ 2]*100	1
		Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	GIRO CON BASE EN LA LIQUIDACIÓN MENSUAL DE AFILIADOS	Verificar el proceso de control en la oportunidad de giro de los recursos desde el Fosyga a las EPS con base en la BDU A.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el giro a las EPS con base en la BDU A. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el giro a las EPS con base en las BDU A/ 2]*100	1
		Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	GIRO CON BASE EN LAM Y MONTOS AUTORIZADOS POR LA EPS	Verificar el proceso de control en la oportunidad de giro de los recursos desde el Fosyga a las IPS con base en la BDU A	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el giro a las IPS con base en la BDU A. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el giro a las IPS con base en las BDU A/ 2]*100	1
	FOSYGA	Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	GIRO ENTIDADES TERRITORIALES	Verificar el proceso de control en la oportunidad de giro de los recursos desde el FOSYGA a las Entidades Territoriales con base en la liquidación mensual de afiliados	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el giro a las entidades territoriales con base en la liquidación mensual de afiliados. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el giro a las entidades territoriales con base en la liquidación mensual de afiliados/ 2]*100	1

	FUENTE	RESPONSABLE	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	META ANUAL	OPERACIONALIZACIÓN	PRIORIDAD
SUBSIDIADO	FOSYGA	Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	GIRO A LAS EPS	Verificar el proceso de control en la oportunidad de giro de los recursos desde el Fosyga a las EPS con base en la liquidación mensual de afiliados	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el giro a las EPS con base en la liquidación mensual de afiliados. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el giro a las EPS con base en la liquidación mensual de afiliados/ 2]*100	1
		Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	GIRO IPS	Verificar el proceso de control en la oportunidad de giro de los recursos desde el Fosyga a las IPS con base en la liquidación mensual de afiliados.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el giro a las IPS con base en la liquidación mensual de afiliados. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el giro a las IPS con base en la liquidación mensual de afiliados/ 2]*100	1
	ESFUERZO PROPIO	Procuradurías regionales y provinciales.	CAPACIDAD DE GENERACIÓN DE RECURSOS	Comprobar que los departamentos verifican la capacidad de generación de recursos de esfuerzo propio en los municipios para cofinanciar el Régimen Subsidiado.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la capacidad de generación de recursos de esfuerzo propio. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Anual	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la capacidad de generación de recursos de esfuerzo propio/ 1]*100	3
		Procuradurías regionales y provinciales.	ASIGNACIÓN DE LAS REGALÍAS A LOS PROYECTOS DE DESARROLLO DE ACUERDO A COBERTURAS	Verificar la asignación y uso de las regalías a los proyectos de desarrollo de acuerdo a las coberturas	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la asignación de las regalías a los proyectos de acuerdo a las coberturas. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la asignación de las regalías a los proyectos de acuerdo a las coberturas/ 2]*100	3
		Procuradurías regionales y provinciales.	CRITERIOS DE EQUIDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DE LAS REGALÍAS	Verificar los criterios de equidad en la distribución de regalías entre los municipios del departamento	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para los criterios de la equidad en la distribución de las regalías. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para los criterios de la equidad en la distribución de las regalías/ 2]*100	3

	FUENTE	RESPONSABLE	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	META ANUAL	OPERACIONALIZACIÓN	PRIORIDAD
SUBSIDIADO	ESFUERZO PROPIO	Procuradurías regionales y provinciales.	OPORTUNIDAD EN EL GIRO A LOS MUNICIPIOS	Verificar la oportunidad en el giro de las regalías a los municipios.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la oportunidad en el giro de las regalías a los municipios. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la oportunidad en el giro de las regalías a los municipios/ 2]*100	2
	ESFUERZO PROPIO	Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	VERIFICACIÓN DEL RECAUDO MENSUAL	Verificar el proceso de control sobre el recaudo mensual de las rentas.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el control del recaudo de las rentas cedidas. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el control del recaudo de las rentas cedidas/ 2]*100	3
		Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	CUMPLIMIENTO DE LOS PORCENTAJES PREVISTOS EN LA LEY 1393 DE 2010	Verificar el proceso de distribución de las rentas cedidas entre los componentes de salud con base en la destinación establecida por la Ley.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la distribución de las rentas cedidas entre los componentes de salud. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la distribución de las rentas cedidas entre los componentes de salud/ 2]*100	3
		Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	CRITERIOS USADOS PARA LA DISTRIBUCIÓN ENTRE LOS MUNICIPIOS	Verificar que el proceso de distribución de las rentas cedidas entre los municipios por parte del departamento corresponda con las reportadas en la circular única.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la distribución de las rentas cedidas entre los municipios por parte del departamento. Visita de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la distribución de las rentas cedidas entre los municipios por parte del departamento/ 2]*100	3
		Procuradurías regionales y provinciales.	LIQUIDACIÓN Y OPORTUNIDAD EN LOS GIROS POR PARTE DE LOS OPERADORES DE LOS JUEGOS DE SUERTE Y AZAR	Verificar el recaudo y distribución de giros de recursos de los juegos de suerte y azar. Revisar la base de liquidación frente a los montos recaudados y la consistencia entre los montos presupuestados de recaudo efectivo y los recursos girados a las ESE.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el recaudo y la distribución de giros de recursos de los juegos de suerte y azar. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el recaudo y la distribución de giros de recursos de los juegos de suerte y azar/ 2]*100	3

	FUENTE	RESPONSABLE	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	META ANUAL	OPERACIONALIZACIÓN	PRIORIDAD	
SUBSIDIADO	ESFUERZO PROPIO	Procuradurías regionales y provinciales.	GIRO DE LOS RECURSOS PROVENIENTES DE IMPUESTOS LOCALES HACIA LOS FONDOS LOCALES DE SALUD	Verificar las asignaciones, recaudo y giro de impuestos municipales con destino al sector salud.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para las asignaciones, recaudo y giro de impuestos locales hacia los fondos locales de salud. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para las asignaciones, recaudo y giro de impuestos locales hacia los fondos locales de salud/ 2]*100	3	
		Procuradurías regionales y provinciales.	GIRO AL FONDO LOCAL DE SALUD DE LOS RECURSOS DEL SGP DE PROPÓSITO GENERAL DESTINADOS A SALUD	Verificar el giro al fondo local de salud de los recursos del SGP de propósito general destinados a salud	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el giro al fondo local de salud de los recursos del SGP de propósito general destinados a salud. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el giro al fondo local de salud de los recursos del SGP de propósito general destinados a salud/ 2]*100	3	
	TODAS LAS FUENTES	Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	PAGO A LAS IPS	Verificar si se realiza seguimiento al estado de la cartera entre las EPS y las IPS de Régimen Subsidiado	Verificar si se realiza seguimiento al estado de la cartera entre las EPS y las IPS de Régimen Subsidiado	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el seguimiento al estado de la cartera entre las EPS y las IPS de Régimen Subsidiado. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Bimensual	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el seguimiento de la Superintendencia Nacional de Salud al estado de la cartera entre las EPS y las IPS de Régimen Subsidiado/ 6]*100	1
		Procuradurías regionales y provinciales.	PAGO A LAS IPS	Verificar si las secretarías territoriales de salud realizan seguimiento al estado de la cartera entre las EPS y las IPS de Régimen Subsidiado	Verificar si las secretarías territoriales de salud realizan seguimiento al estado de la cartera entre las EPS y las IPS de Régimen Subsidiado	Visitas de verificación realizada y/o requerimientos con respuesta del proceso para el seguimiento de las secretarías territoriales de salud al estado de la cartera entre las EPS y las IPS de Régimen Subsidiado. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Bimensual	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el seguimiento de las secretarías territoriales de salud al estado de la cartera entre las EPS y las IPS de Régimen Subsidiado/ 6]*100	1

	FUENTE	RESPONSABLE	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	META ANUAL	OPERACIONALIZACIÓN	PRIORIDAD
ATENCIÓN A POBLACION POBRE NO ASEGURADA Y EVENTOS NO POS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	PARI PASSU	Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	CONTROL SOBRE LOS RECURSOS DEL PARI PASSU	Verificar el control sobre los recursos del pari passu, que financiarán el Régimen Subsidiado.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el control de los recursos del pari passu. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Anual	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el control de los recursos del pari passu/ 1]*100	3
		Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	CONTROL SOBRE LOS RECURSOS DEL PARI PASSU	Verificar el control sobre los recursos del pari passu, que financiarán el Régimen Subsidiado.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el control de los recursos del pari passu. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Anual	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el control de los recursos del pari passu/ 1]*100	3
	SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	ASIGNACIÓN Y OPORTUNIDAD EN EL GIRO DE LOS RECURSOS CON BASE EN LA LEY 715	Verificar el proceso de asignación y oportunidad de los recursos del SGP para oferta, con base en los criterios de la Ley 715.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la asignación y la oportunidad en el giro de los recursos del SGP para la oferta. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Anual	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la asignación y la oportunidad en el giro de los recursos del SGP para la oferta/ 1]*101	5
		Procuradurías regionales y provinciales.	CRITERIOS DE DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS Y MONITOS DISTRIBUIDOS	Verificar la asignación y oportunidad en el giro de los recursos para la prestación de los servicios de salud de los municipios certificados.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la asignación y oportunidad en el giro de los recursos para la prestación de servicios de salud. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Anual	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la asignación y oportunidad en el giro de los recursos para la prestación de servicios de salud/ 1]*100	2
		Procuradurías regionales y provinciales.	OPORTUNIDAD EN EL GIRO HACIA LOS MUNICIPIOS CERTIFICADOS	Verificar la distribución y oportunidad en el giro a las IPS para la prestación de salud de los municipios certificados	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la distribución y oportunidad en el giro de recursos a las IPS para la prestación de salud. Visita de verificación y/o requerimientos planeadas.	Anual	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la distribución y oportunidad en el giro de recursos a las IPS para la prestación de salud/ 1]*100	2

	FUENTE	RESPONSABLE	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	META ANUAL	OPERACIONALIZACIÓN	PRIORIDAD
ATENCIÓN A POBLACION POBRE, NO ASEGURADA Y EVENTOS NO POS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	ESFUERZO PROPIO	Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	LIQUIDACIÓN DE DERECHOS DE JUEGOS DE SUERTE Y AZAR	Verificar la aplicación del porcentaje sobre las ventas y liquidación del porcentaje de suerte y azar, destinados a salud	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para liquidación de derechos de juegos de suerte y azar. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la liquidación de derechos de juegos de suerte y azar/ 2]*100	3
		Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	CRITERIOS DE DISTRIBUCIÓN ESTABLECIDOS Y OPORTUNIDAD EN EL GIRO HACIA IPS Y MUNICIPIOS	Verificar la asignación de recursos a los municipios certificados y oportunidad en el giro de recursos provenientes de los juegos de azar a los prestadores	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la asignación y oportunidad en el giro de recursos provenientes de los juegos de azar. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Anual	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la asignación y oportunidad en el giro de recursos provenientes de los juegos de azar/ 1]*100	3
		Procuradurías regionales y provinciales.	RECAUDO RENTAS CEDIDAS LICORES Y CIGARRILLOS	Verificar el recaudo y liquidación de las rentas cedidas para las IPS y municipios certificados.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el recaudo y liquidación de las rentas cedidas de licores y cigarrillos. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Anual	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el recaudo y liquidación de las rentas cedidas de licores y cigarrillos/ 1]*100	3
		Procuradurías regionales y provinciales.	DISTRIBUCIÓN RENTAS CEDIDAS PARA PAGO PRESTACIÓN Y PARA MUNICIPIOS CERTIFICADOS	Verificar los criterios de distribución establecidos y oportunidad en el giro de las rentas cedidas hacia las IPS y municipios certificados	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la distribución y oportunidad en el giro de rentas cedidas hacia IPS y municipios. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Anual	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la distribución y oportunidad en el giro de rentas cedidas hacia IPS y municipios/ 1]*100	3
		Procuradurías regionales y provinciales.	CONTROL RECAUDO, CRITERIOS DE DISTRIBUCIÓN	Verificar el proceso de control de recaudo y criterios de distribución de los saldos de liquidación de los contratos de aseguramiento por parte de los departamentos y distritos	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el control de recaudo y criterios de distribución de los saldos de liquidación de los contratos de aseguramiento. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Anual	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el control de recaudo y criterios de distribución de los saldos de liquidación de los contratos de aseguramiento/ 1]*100	3

	FUENTE	RESPONSABLE	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	META ANUAL	OPERACIONALIZACIÓN	PRIORIDAD
	ESFUERZO PROPIO	Procuradurías regionales y provinciales.	LIQUIDACIÓN DE DERECHOS DE JUEGOS DE SUERTE Y AZAR	Verificar la aplicación del porcentaje sobre las ventas y liquidación del porcentaje de juegos de suerte y azar destinado a salud	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para liquidación de derechos de juegos de suerte y azar. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Anual	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la liquidación de derechos de juegos de suerte y azar/ 1]*100	3
		Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	DISTRIBUCIÓN DE LAS REGALÍAS ENTRE SECTORES Y ENTRE MUNICIPIOS	Verificar la distribución de las regalías por parte de la entidad territorial entre sectores y entre municipios	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la distribución de las regalías por parte de la entidad territorial. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Anual	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la distribución de las regalías por parte de la entidad territorial/ 1]*100	3
SALUD PÚBLICA	SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	ESTABLECIMIENTO DE LOS MONTOS Y OPORTUNIDAD EN LA LIQUIDACIÓN	Verificar el establecimiento y distribución de los montos y oportunidad en la liquidación del 10% del SGP entre los conceptos y entidades territoriales.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el establecimiento y oportunidad en la liquidación del SGP. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Anual	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el establecimiento y oportunidad en la liquidación del 10% del SGP/ 1]*100	3
		Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	OPORTUNIDAD EN EL GIRO MENSUAL A LAS ENTIDADES TERRITORIALES	Verificar el proceso de control en la oportunidad de los giros de los recursos.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la oportunidad en el giro mensual a las entidades territoriales. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la oportunidad en el giro mensual a las entidades territoriales/ 2]*100	3
		Procuradurías regionales y provinciales.	EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DE SALUD PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO.	Verificar la ejecución de los proyectos de salud pública a cargo del departamento, previstos en el numeral 43.4 de la Ley 715 y la Resolución 425 de 2008 del MPS.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la ejecución de los proyectos de salud pública del departamento. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Anual	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la ejecución de los proyectos de salud pública del departamento/ 1]*100	3

	FUENTE	RESPONSABLE	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	META ANUAL	OPERACIONALIZACIÓN	PRIORIDAD
		Procuradurías regionales y provinciales.	DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS AL INTERIOR DEL DEPARTAMENTO, ESPECIALMENTE PARA MUNICIPIOS DE CATEGORÍAS 4, 5 Y 6	Verificar criterios de distribución de los recursos entre los municipios (especialmente los de categorías 4, 5 y 6) y oportunidad en el giro de los recursos a las IPS que ejecutan los planes de intervenciones colectivas.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la distribución y oportunidad en el giro de los recursos entre los municipios e IPS. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para distribución y oportunidad en el giro de los recursos entre los municipios e IPS/ 2]*101	3
EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO	CONTRIBUCIONES PÓLIZAS SOAT	Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	RECAUDO DE CONTRIBUCIONES DE LAS COMPAÑÍAS QUE OPERAN EL SOAT	Verificar el proceso a través del cual la Superintendencia Nacional de Salud revisa el recaudo sobre las primas expedidas equivalentes al 20% y el 50%, valor adicional que debe ser consignado al Fosyga por los aseguradores que operan el SOAT.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la revisión de las pólizas expedidas y el valor adicional consignado por los aseguradores que operan el SOAT. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la revisión de las pólizas expedidas y el valor adicional consignado por los aseguradores que operan el SOA/ 2]*101	3
		Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	RECAUDO DE CONTRIBUCIONES DE LAS COMPAÑÍAS QUE OPERAN EL SOAT	Verificar el proceso a través del cual el MPS revisa el recaudo sobre las primas expedidas equivalentes al 20% y el 50%, valor adicional que debe ser consignado al Fosyga por los aseguradores que operan el SOAT.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la revisión de las pólizas expedidas y el valor adicional consignado por los aseguradores que operan el SOAT. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la revisión de las pólizas expedidas y el valor adicional consignado por los aseguradores que operan el SOAT/ 2]*101	3
		Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	AUDITORÍA RECOBROS ECAT	Verificar el control de que no se realicen pagos indebidos a las IPS por recobros de eventos catastróficos o accidentes de tránsito e igualmente que las indemnizaciones pagadas se reconozcan a personas no cubiertas por el seguro de pensiones o riesgos profesionales.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el debido pago y la oportunidad en el giro por concepto de recobros del ECAT. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el debido pago y la oportunidad en el giro por concepto de recobros del ECAT/ 2]*101	3

	FUENTE	RESPONSABLE	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	META ANUAL	OPERACIONALIZACIÓN	PRIORIDAD
EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO PROCESOS DE REPETICIÓN POR INDEMNIZACIONES PAGADAS POR EL FOSYGA		Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	COBRO Y RECAUDO DE LOS PROCESOS DE REPETICIÓN CONTRA CONDUCTORES IDENTIFICADOS	Verificar el recaudo del Fosyga de la subcuenta ECAT de los procesos de repetición.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el cobro y recaudo de los procesos de repetición contra conductores identificados. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el cobro y recaudo de los procesos de repetición contra conductores identificados/ 2]*101	3
		Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	COBRO Y RECAUDO DE LOS PROCESOS DE REPETICIÓN CONTRA CONDUCTORES IDENTIFICADOS	Verificar el recaudo del Fosyga de la subcuenta ECAT de los procesos de repetición.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el cobro y recaudo de los procesos de repetición contra conductores identificados. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para el cobro y recaudo de los procesos de repetición contra conductores identificados/ 2]*101	3
		Procuraduría General de la Nación, Procuraduría delegada para asuntos del trabajo y la seguridad social.	AUDITORÍA RECOBROS ECAT	Verificar el pago de lo debido y la oportunidad en el giro por concepto de recobros del ECAT.	Visitas de verificación realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la auditoría de los recobros ECAT. Visitas de verificación y/o requerimientos planeadas.	Semestral	[Número de visitas realizadas y/o requerimientos con respuesta del proceso para la auditoría de los recobros ECAT/ 2]*102	3

La prioridad de las acciones, así como de los indicadores se basa en el resultado obtenido de la probabilidad e impacto de los riesgos encontrados en el diagnóstico de la problemática encontrada en el sistema general de seguridad social en salud.

En una matriz de zona de riesgos se ubica el riesgo mediante el cruce de su calificación (probabilidad vs impacto), de acuerdo con los siguientes criterios:

- Zona de riesgo de quinto orden (verde esmeralda): Significa que su probabilidad es baja e impacto leve.
- Zona de riesgo de cuarto orden (verde claro): Significa que su probabilidad es media e impacto leve, o su probabilidad es baja e impacto moderado.

- Zona de riesgo de tercer orden (amarillo): Significa que su probabilidad es alta e impacto leve, o su probabilidad es media e impacto moderado, o su probabilidad es baja e impacto catastrófico.
- Zona de riesgo de segundo orden (naranja): Significa que su probabilidad es alta e impacto moderado, o su probabilidad es media e impacto catastrófico.
- Zona de riesgo de primer orden (rojo): Significa que su probabilidad es alta e impacto catastrófico.

PROBABILIDAD		VALOR	ZONA DE RIESGO	ZONDA RIESGO	ZONA DE RIESGO
	ALTA	3	15 Tercer orden	30 Segundo orden	45 Primer orden
	MEDIA	2	10 Cuarto orden	20 Tercer orden	30 Segundo orden
	BAJA	1	5 Quinto orden	10 Cuarto orden	15 Tercer orden
			LEVE	MODERADO	CATASTRÓFICO
			5	10	15
			IMPACTO		

Cuando se ubican los riesgos en la matriz de zona de riesgos se define cuáles de ellos requiere acciones inmediatas. La priorización en el tratamiento de riesgos se verá reflejada en el plan de implementación de la política preventiva.

7. Problemática

7.1 Problemas de regulación

En el modelo de sistema que propuso la Ley 100 de 1993, la función de regulación es fundamental como elemento modulador de los mercados que se generarán a partir de su implementación. Esto involucra la definición, implementación y evaluación de las reglas de juego para una adecuada operación del sistema general de seguridad social en salud. Un sistema de mercado con tantas fallas, como es el caso de la salud, implica que el Estado asuma la regulación como una función pública indelegable, lo que le exige grandes capacidades de liderazgo, gestión y planeación.

En lo relativo a la regulación del sistema, las críticas y los problemas son una situación de cada día. Por un lado, el alto número de decretos, resoluciones y circulares, en algunos casos contradictorias, generan confusión e incertidumbre en los actores y en alguna medida una posición pasiva de éstos, que solo se mueven a la luz de una norma. Una ilustración de esta situación es la presentada durante el periodo comprendido entre el año 1993 y el 2010, durante el cual se generaron más de 630 normas que pretendían regular la operación del sistema.

Otra situación es la presentada con la aplicación de la norma, que se hace a partir de la interpretación que cada actor le da. Es el caso de la obligación de la afiliación al sistema⁴, pero la confusión en la ejecución y falta de coherencia de las normas y la ligereza de algunos actores han permitido la elusión y la evasión⁵. Esta situación, poco vigilada por las instancias de gobierno, ha provocado que algunas personas actúen como beneficiarios de otro afiliado o se afilien al sistema a través del régimen subsidiado. Hay estadísticas que muestran hasta un 30% de afiliaciones fraudulentas tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, lo que no solo afecta los recursos del sistema, sino que muestra la baja capacidad de inspección, vigilancia y control del gobierno para controlar estas irregularidades⁶. Otro aspecto que merece destacarse es el uso clientelista del sistema de selección de beneficiarios para programas sociales (Sisbén), que permitió afiliaciones al régimen subsidiado de personas con capacidad de pago.

4 Artículo 156, literal b de la Ley 100 de 1993.

5 GALLARDO H. & CAMACHO M. (1998). “La evasión en el sistema de salud de Colombia”. *Vía Salud* (4): 5-12.

6 FLÓREZ, B.L. (2000). “La inseguridad de la seguridad social en Colombia”. *Colombia un país por construir. Problemas y retos, presentes y futuros*. P.J.Amaya (director). Universidad Nacional de Colombia. Edit. Unibiblos, Bogotá: 469-487.

En términos de inequidad, tal vez el hecho más relevante es la no igualación de los planes de beneficios. Es bien sabido que esto no se ha realizado, hasta el punto de requerir la intervención de la Corte Constitucional. La inequidad avanza también a nivel regional, en la medida que se han encontrado municipios y departamentos que no cuentan con una proporción de recursos adecuados para la afiliación de sus poblaciones, mientras que otros muestran excedentes⁷.

La Superintendencia Nacional de Salud no ha mostrado la suficiente capacidad para garantizar el cumplimiento de las normas⁸. La intervención de las entidades territoriales y otras entidades que podrían constituir una eficaz red de controladores es débil. Adicionalmente, se le quitaron funciones a las entidades territoriales para controlar a los administradores y a los prestadores, así como la función de recopilar y analizar la información de los registros individuales de la prestación de servicios de salud (RIPS). La Resolución 2546 de 1998 estableció que la información debe ser enviada por las IPS a las administradoras de planes de beneficios para que éstas las envíen al Ministerio de Salud y hoy en día la captura se realiza en línea, sin la participación de las entidades territoriales.

7.2 Problemas del financiamiento del sistema general de seguridad social en salud

La principal fuente de financiamiento del régimen contributivo es el ingreso por las cotizaciones que realizan las personas. Durante el desarrollo del sistema, y contrario a las estimaciones que se realizaron cuando se formuló la Ley 100 de 1993, el crecimiento económico no ha sido sostenible. Esto ha generado un cambio en la estructura del aseguramiento, donde se pensó que el aumento de la cobertura se realizaría a expensas del régimen contributivo. El país experimentó una desaceleración de la economía desde 1995 y una posterior recesión en 1999. Esto causó una reducción en el empleo y en los ingresos para la subcuenta de compensación.

Esta reducción también se debe al cambio en la calidad del empleo, entre empleo formal e informal. Es evidente el crecimiento de la informalidad, la cual pasó de 54% en 1996 a 60% en 2000. Según Salazar y cols. (2001), durante el año 2000 en Colombia, “por cada 100 nuevos ocupados en las siete áreas metropolitanas, 23 se

7 PAREDES N. (2000). “A cinco años de la reforma del sistema de salud colombiano, ¿Qué ha pasado con el derecho a la salud?”. *La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos*. ILSA, PCDHDD, Santafé de Bogotá: 167-187.

8 HERRERA V. (1999). “Régimen subsidiado de salud: evolución y problemática”. *Revista de Salud Pública* 1(3): 193-211.

incorporaron como asalariados y 77 lo hicieron como independientes”. Ésta es una tendencia mundial y, para el caso de la última década en América Latina, el empleo formal cayó del 48,2% al 42,3%, mientras el informal creció de 51,8% a 57,7%. El incremento de la informalidad hace difícil el recaudo de aportes vía cotizaciones por el costo tan alto que representa para las personas, por tener que cotizar sin ayuda de un empleador y por la dispersión de los posibles cotizantes.

Tabla 10. Aseguramiento por actividad laboral formal e informal

Vinculación	Cobertura total de aseguramiento	Régimen contributivo			Régimen subsidiado
		Total RC	Cotizantes	Beneficiarios	
Formales	91,6%	89,3%	84,4%	5,0%	2,3%
Informales	48,1%	24,0%	14,3%	9,7%	24,1%

Fuente: Salazar y cols. (2001).

Sumada a la baja capacidad de aportes de las personas, la evasión es un fenómeno importante. En un estudio realizado por el Programa de apoyo a la reforma del Ministerio de Protección Social, en el año 2000 hubo una evasión del 36,2% del recaudo potencial. Es interesante anotar que, según el mismo estudio, en 1997 la evasión representó el 45,8% del recaudo potencial. Esto es explicado por los investigadores en razón a la disminución de los ingresos en los quintiles altos, lo cual los coloca más cerca de los salarios bajos sobre los cuales cotizaban en 1997 y, en parte también, porque el recaudo potencial cayó como consecuencia del desempleo.

Desde el punto de vista de los rendimientos financieros que generan ingresos para la subcuenta, la caída en las tasas no permitió continuar acumulando rendimientos a la misma velocidad; la caída en las tasas coincidió además con la recesión económica y el desempleo, lo que contribuyó a acelerar el agotamiento de las reservas. Esto se suma al manejo del portafolio de inversiones que han realizado los encargos fiduciarios en los últimos años. Si se revisan los datos a corte mayo de 2009, se encuentra que para el caso de la subcuenta de compensación, el 69,91% de su portafolio de inversiones está en TES, títulos que son del gobierno. Similar situación se presenta para las subcuentas de solidaridad, ECAT (Eventos catastróficos y accidentes de tránsito) y promoción, como se observa en la tabla 11, donde se muestra que de las inversiones del portafolio del Fosyga, el 72% de sus recursos se invierten en TES.

Tabla 11. Consolidado portafolio de inversiones Fosyga - Mayo 2009

Tipo de Inversión (\$ Millones)	Compensación	Promoción	Solidaridad	ECAT	FOSYGA
TES	69,91%	73,83%	76,07%	69,56%	72,08%
CDT	18,13%	19,95%	18,50%	20,55%	19,18%
BONOS	7,37%	4,10%	2,31%	6,71%	5,27%
TDA	1,09%	0,70%	0,29%	0,70%	0,67%
Recursos vista	3,51%	1,42%	2,83%	2,48%	2,80%
Total Recursos – FOSYGA	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Consorcio Fidufosyga 2005, Corte: 31 de mayo de 2009.

La rentabilidad efectiva de estos títulos para el año 2007 fue del 8,05%, la menor del portafolio de inversiones. Similar situación se presentó en el 2008, en la que los TES generaron la menor rentabilidad efectiva anual. ¿Será esto el resultado de un comportamiento muy conservador con respecto al portafolio de inversiones, o existe algún incentivo no monetario para determinar esta configuración?

Uno de los aspectos que llevó a la declaratoria de emergencia social fue la poca liquidez de las EPS y las IPS por la evolución de los recobros de las EPS. Llama la atención que existe un porcentaje muy importante, el 30,5%, del portafolio de inversiones, que está entre 366 a 730 días. Ahora bien, si se suma la participación mayor a seis meses, se encuentra el 80,39% de estas inversiones. Bajo esta mirada, se podría explicar el problema de pagos que presentan algunos actores en el sistema. Es muy posible que la rentabilidad de las inversiones del portafolio del Fosyga no compense la pérdida que tienen tanto las EPS como las IPS por falta de un adecuado flujo de recursos.

Tabla 12. Rentabilidad del portafolio de inversiones

Tipo de inversión	AÑO	TES	CDT	BONOS	OTRAS	TOTAL
Rentabilidad efectiva anual	2007	8,05%	8,46%	8,64%	8,64%	8,16%
Rentabilidad efectiva anual	2008	10,84%	10,85%	11,06%	11,06%	10,88%

Fuente: Consorcio Fidufosyga 2005, Corte: 31 de mayo de 2009.

Desde el punto de vista de los egresos, el elemento de mayor relevancia es el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) a las EPS. El cálculo de la UPC, así como de sus ponderadores por edad y sexo, se constituyen en elementos

fundamentales del equilibrio financiero. La baja calidad y confiabilidad de la información que proveen las empresas administradoras de planes de beneficios no ha permitido realizar un estudio de la suficiencia “que como mínimo pueda establecer las probabilidades de uso por edad y sexo” de la UPC transparente y técnicamente sustentable, lo que genera un manto de dudas acerca de si realmente la UPC cubre o no los gastos de la prestación de los servicios de salud.

Otro elemento que afecta los recursos del sistema es la multifiliación. Las fallas del sistema de información, que impiden obtener de cada afiliado su información básica para el proceso de compensación, no han permitido un adecuado control de este factor; por ejemplo, la convivencia en el sistema de los regímenes de excepción que impiden la consolidación de una sola base de datos, así como la laxitud en los requisitos de identificación de grupos poblacionales especiales en el régimen subsidiado.

Finalmente, la garantía constitucional de protección del derecho a la salud como derecho fundamental ha generado un profundo debate acerca del impacto de dicha garantía sobre el sistema de aseguramiento; la alta frecuencia de acciones de tutela en salud y su tendencia creciente hacen pensar que aunque la magnitud bruta del problema hoy no sea muy grande, en el futuro podrá ser una causa adicional de desequilibrio de la subcuenta de compensación. Otro aspecto importante de este fenómeno son los recobros por eventos no POS. En el régimen contributivo se pasó de 1.278 millones de pesos en el año 2001 a más de dos billones de pesos en el año 2010. Para el caso del régimen subsidiado se pasó de 20 millones de pesos a 250.000 millones. Se plantean varias hipótesis y tal vez las que mayor fuerza tienen son las siguientes: a) no se ha presentado una adecuada actualización de los planes de beneficios, lo que ha generado una demanda creciente por parte de los usuarios a eventos y medicamentos no POS; b) los aseguradores han acudido a la cuenta para financiar la prestación de los servicios de sus usuarios porque no se encuentra en equilibrio la Unidad de Pago por Capitación que reciben.

Al examinar cuáles son los diagnósticos más frecuentes recobrados al FOSYGA entre el 2002 y 2005 se encuentra que los cinco primeros son VIH –SIDA, epilepsia, hipertensión arterial, enfermedad coronaria y cáncer de seno. Estos problemas de salud se encuentran dentro de los problemas cubiertos por el POS, lo que implica que los recobros corresponderían a medicamentos o procedimientos que son necesarios para atender este problema de salud, pero que no están previstos dentro del plan de beneficios. El otro planteamiento es que los recobros se pueden estar realizando por la utilización de medicamentos que tienen diferente presentación o nombre comercial, lo que implicaría que tienen un sustituto en los medicamentos del POS.

Al entrar al tema de los medicamentos más costosos, se observa que el primer motivo de recobro se hace por medicamentos que no están especificados, denominado *Campo no diligenciado*. Este recobro ascendió a más de 23.000 millones de pesos. Se puede decir que es posible que se hayan pagado medicamentos que están dentro del POS, y que los aseguradores cobraron disminuyendo la presión del gasto sobre la UPC. La no actualización del POS, en términos de medicamentos, favorece la disminución del gasto en salud, elemento que a su turno beneficia a quien administra el riesgo financiero de esta prima.

Este comportamiento tendría que revisarse con las tutelas. El estudio de la Defensoría del Pueblo del año 2006 muestra que el 53,38% de las demandas por tutelas son para eventos POS y medicamentos POS. De esta participación, en el régimen contributivo se tiene el 85,51% y en el régimen subsidiado el 14,49%, lo que hace pensar que gran cantidad de los recobros que se pueden haber hecho al Fosyga está cubierta con la prima que reciben las EPS. Se está hablando que el 58% de las tutelas del régimen contributivo está relacionado con eventos POS. Para el caso del régimen subsidiado, el 35% de los casos de tutelas es por eventos POS. Si estos servicios prestados bajo el amparo de las tutelas efectivamente se han pagado quiere decir que el sistema está haciendo un doble pago al estar incorporados en el cálculo de la UPC. Esto se presta para un comportamiento oportunista de extracción de rentas ante la baja capacidad del Fosyga para auditar los recobros que le hacen los aseguradores del sistema. Si se acepta este argumento, entonces no es aceptable que estos actores hayan participado en la concepción y redacción de los decretos de emergencia social.

Las dificultades en la determinación del origen de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales han hecho difícil el reconocimiento por parte de las ARP a las EPS de los siniestros que son pagados con cargo a la UPC. Esto se considera un elemento más de distorsión en la financiación por cuanto con carga a las UPC se financian las prestaciones asistenciales que tienen origen en un accidente de trabajo o una enfermedad profesional y que no son identificadas por los médicos en las IPS que prestan los servicios, de modo que no son asumidas por las administradoras de riesgos profesionales.

Para el caso del régimen subsidiado, el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007 aclara que el aporte del *pari passu* será, desde 2008, un monto “por lo menos igual en pesos constantes más un punto anual adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007 (\$286.953 mil millones), partiendo de que se garantizarán los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población de Sisbén I, II y III”, esto último puesto tal vez como un blindaje a otra sentencia negativa de las altas cortes sobre el recorte al *pari passu*. En la siguiente tabla se presenta la deuda de la Nación a pesos contantes del 2008.

Tabla 13. Deuda de la Nación a pesos constantes del 2008

Año	Recaudo punto de cotización	Aporte de la Nación	Aporte real recaudado	Pago deuda vigencias anteriores	Diferencia por reconocer al Fosyga	Valor actualizado
1997	254.357,87	254.357,87	-		254.357,87	669.327,42
1998	310.107,54	310.107,54	133.371,00		176.736,54	395.200,17
1999	384.051,63	384.051,63	500		383.551,63	734.926,22
2000	386.316,53	386.316,53	4.846,80		381.469,73	669.172,46
2001	500.676,23	500.676,23	90.554,40		410.121,83	661.548,38
2002	515.947,02	515.947,02	-		515.947,02	773.107,33
2003	590.453,21	590.453,21	119.308,69		471.144,53	659.850,65
2004	618.149,51	618.149,51	131.979,87		486.169,64	639.396,87
2005	768.645,46	768.645,46	140.819,14		627.826,32	782.653,85
2006	818.504,25	818.504,25	263.904,73	79.291,69	554.599,52	565.114,87
2007				71.785,00		-71.785,00
2008				377.188,06		-377.188,06
						6.101.325,17

Fuente: Estimaciones Dirección General de Financiamiento.

La Contraloría General de la República, basada en un estudio de la Auditoría General de la República de 2009, reportó datos sobre los principales problemas de gestión del Sistema General de Participación – Salud. Encontró que las deficiencias más comunes en tesorería se referían a unidad de caja en un 13,3%; ausencia de convenios con entidades financieras en un 19,2%; manejo de recursos en cuentas corrientes en un 19,2%; dispersión de recursos en cuentas bancarias en un 23,3%; pagos sin soportes o incompletos en un 5,0%; embargos a los recursos del SGP en un 14,2%; sobregiros en cuentas bancarias generando intereses en un 0,1%; y no pago oportuno de las obligaciones en un 5,0%.

Las deficiencias comunes en presupuesto se refieren a destinación diferente en un 32,5%; violación de normas y principios presupuestales en un 19,2%; no incorporación de recursos Conpes en un 11,7%; CDP expedidos con nombre propio o recursos propios con posterioridad a la ejecución de los contratos en un 10,0%; baja ejecución de recursos en un 0,8%; y no incorporación de rendimientos financieros en un 8,3%.

En relación con las principales deficiencias en contratación, las irregularidades en la etapa contractual constituyen el 25,8%; las deficiencias en interventoría y seguimiento a la ejecución de los contratos un 33,3%; los contratos sin liquidar un 51,7%; y deficiencias en la constitución de pólizas un 15,8%.

Al hablar de deficiencias en líneas específicas en salud, las multifiliaciones en las mismas ARS, en diferentes ARS y en diferentes municipios, con el régimen contributivo, registraron una frecuencia del 50,0%; deficiencias en los registros de las bases de datos del antiguo y nuevo Sisbén un 29,2%; cartera de las EPS a favor de las IPS el 27,5%. Un alto porcentaje de afiliados a las ARS no aparece registrado en el Sisbén antiguo, lo que genera incertidumbre acerca de criterios de priorización con una frecuencia de 26,7%; presentar fallecidos en las bases de datos de los contratos con ARS un 20,8%; la no constitución de veedurías ciudadanas para el control del Sisbén un 16,7%; no implementar el Sisbén en el término previsto, 15,8%; cumplimiento parcial de actividades de promoción y prevención un 15,8%; contratación de ARS con IPS por periodos menores a un año, 13,3%; y los municipios, departamentos y el Ministerio de la Protección Social no realizan oportunamente la depuración y cruce de las bases de datos, un 11,7%.

Uno de los fines de la reforma era buscar que los subsidios siguieran a la demanda y no a la oferta. Esta transformación respondía a la búsqueda de una mayor eficiencia en los prestadores al tener que ser competitivos en la prestación de los servicios. Sin embargo, esta transformación es válida si los servicios demandados son cubiertos en su totalidad por los subsidios a demanda. La situación actual muestra que la no igualación de los planes obligatorios de salud y la permanencia de población no afiliada al sistema han llevado a una demanda de servicios que tiene un costo mayor que los recursos disponibles para subsidiar la demanda. La cartera del Estado, entendido como entes territoriales y él mismo, representa el 17,2% con 654.238 millones de pesos⁹.

Las EPS son entidades privadas que manejan dineros públicos y tienen la libertad de negociar con las IPS y, dentro de esta dinámica, pueden repetir y perpetuar ciertos vicios administrativos, tales como la integración vertical y la demora en el pago de los compromisos con las IPS, que en el ajuste a la Ley 100, mediante la Ley 1122, se intentaron corregir.

Tabla 14. Resumen cartera IPS en Colombia

Tipo Deudor	30	31-60	61-90	>91	Total	% PART.
Estado	117.153	87.533	48.233	459.850	712.769	29%
EPS – RC	236.996	117.984	56.323	228.835	640.138	26%
EPS – RS	84.209	50.726	42.122	234.398	411.455	17%
Otros	215.975	102.506	43.102	293.227	654.810	27%
Total	654.333	358.749	189.780	1.216.310	2.419.172	100%

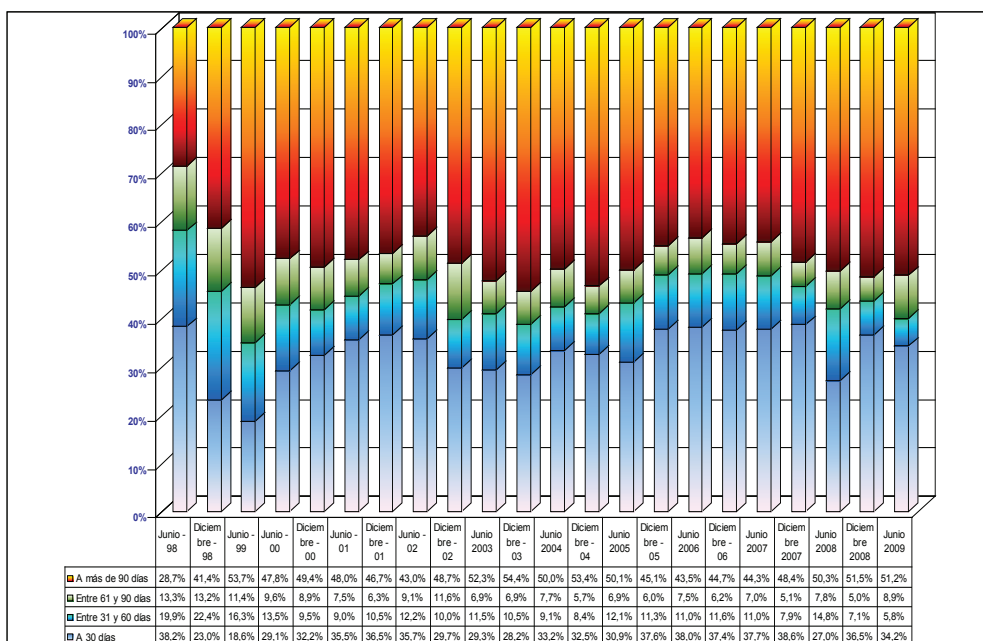
Fuente: ACHC Reporte a junio de 2008.

⁹ Contraloría General de la República. Sistema General de Participaciones. Análisis y resultados de los hallazgos del proceso auditado. Plan General de Auditoría 2009.

Según ACEMI, las cuentas por cobrar al Fosyga registradas en los estados financieros superan los 900.000 millones de pesos, de los cuales más de 500.000 millones ya fueron glosados por el Fosyga y que, según el Ministerio de la Protección Social, tal deuda no existe.

A continuación se presenta la situación de cartera EPS-IPS¹⁰ a partir del informe de seguimiento con corte a junio 30 de 2009 realizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) y que desde 1998 presenta los resultados consolidados que para este último reportaron, en 65.522 registros de deudores, 115 instituciones prestadoras de servicios de salud afiliadas a esta agremiación.

Gráfica 5. Comportamiento histórico de la composición de cartera por edad 1998-2009



Fuente: informes de seguimiento de cartera - ACHC.

Después de 11 años de seguimiento, la ACHC ha identificado diversos factores por tipo de deudor que han mantenido una morosidad promedio del 46,0% de cartera superior de 90 días respecto de la deuda total.

10 22º Informe de Seguimiento de Cartera a Junio 30 de 2009. Estudios técnicos, área de investigación y planeación. Programa de seguimiento de cartera. ACHC noviembre de 2009.

La reglamentación que ha pretendido asegurar un adecuado flujo de recursos hacia los prestadores se orientó inicialmente a las anteriores ARS —hoy EPS— para garantizar el pago oportuno de sus acreencias por servicios de salud. La norma vigente (Decreto 4747 de 2007) contempló a la mayoría de responsables del pago de servicios de salud, sin que se observe plenamente el efecto deseado.

Los reportes de hace 10 años y hasta la mitad de la década establecían que el mayor monto de cartera lo concentraban las EPS del régimen contributivo, entidades con la práctica extendida de glosar la facturación y otras causas que, sin explicación alguna, ejercieron la cultura del no pago que ocasionó alta morosidad. Este comportamiento lo acentuaban las extintas EPS públicas que se liquidaron, como fueron en su momento EPS Caldas, EPS Risaralda, Capresub, Caprecom cuando incursionó en este negocio, Cajanal (entidad de la cual aún se registran deudas) y el Seguro Social como la última EPS pública en claudicar. Entre las EPS privadas que se fueron extinguiendo y generaron deuda morosa estuvieron Bonsalud, Unimec y Colseguros.

Los deudores públicos se han caracterizado por concentrar en promedio la cartera de mayor edad y entre ellos el récord de constante morosidad se lo lleva el operador fiduciario del Fosyga con un promedio del 76,0% de sus deudas mayores a 90 días.

Tabla 15. Cartera entidades territoriales. En millones de pesos

Tipo Deudor	30	31-60	61-90	>91	Total
Entidades Territoriales	74918	51311	38984	342352	507565
% Participación	15%	10%	8%	67%	100%

Fuente: ACHC Análisis de cartera a junio de 2008.

En los últimos dos años, las entidades territoriales ubicaron al Estado como el mayor deudor y el más moroso debido al crecimiento de sus obligaciones por los servicios de salud no cubiertos por subsidios a la demanda prestados a los usuarios, responsabilidad asignada por el Decreto 806 de 1998 y la Ley 715 de 2001, reiterada por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y la Resolución 5334 del 26 de diciembre de 2008. Los mandatarios departamentales argumentan que el crecimiento de sus obligaciones se originó en el agotamiento de la fuente de financiación al haber adoptado la política nacional de ampliación de la cobertura en el régimen subsidiado, que asegura un plan de beneficios limitado y los servicios por fuera de este plan que ineludiblemente están bajo su competencia.

La problemática de las entidades del régimen subsidiado de salud ha radicado en la complejidad de la asignación de las fuentes de financiación y la falta de oportunidad en la transferencia de fondos que las respectivas secretarías locales de salud o

alcaldes deben hacer, el desvío de recursos para fines diferentes del aseguramiento por estos mandatarios en los primeros años de operación del régimen y la cambiante reglamentación para la operación de este régimen en el periodo de la serie. A inicios del periodo de referencia, existían cerca de 240 operadores que fueron fusionados o salieron del mercado de este tipo de aseguramiento en cumplimiento del Decreto 1804 de 1999, lo que dejó 52 operadores a nivel nacional. Entre otros aspectos que la norma exigió se destaca el de garantizar un mínimo de 200 mil afiliados por entidad, haciendo que las que se quedaron en el camino dejaran cuantiosas deudas. Otra de las modalidades que afectó las finanzas de las IPS fue la operación de este régimen a través de la figura contractual de uniones temporales, que en la medida que cambiaba la vigencia de contratación se extinguían dejando deuda con las IPS.

La coyuntura actual de la morosidad reciente de las EPS, especialmente del régimen contributivo, la adjudican sus representantes al no pago de los recobros de Fosyga por concepto de servicios y medicamentos otorgados a los usuarios mediante tutela o por el Comité Técnico Científico. Estas entidades tienen aspiraciones de recobro por un monto cercano a los \$900 mil millones, en tanto que el Ministerio de la Protección Social les reconoce cerca de la mitad de esta pretensión, situación que ha inducido unos procesos conciliatorios.

En el último año se ha agudizado la morosidad por deuda que los departamentos tienen con los prestadores en su obligación de garantizar los servicios de salud no contemplados en el plan de beneficios del régimen subsidiado. Los mandatarios departamentales argumentan que la ampliación de cobertura redujo la fuente de financiación para el pago, como se explica más ampliamente en la sección de entes territoriales.

La fuente primaria para estas conclusiones de la ACHC se deriva de los datos suministrados por las IPS agremiadas en la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas a la Superintendencia Nacional de Salud, bajo la estructura prevista en la Circular Externa Única 047 de 2007 y modificatoria 049 de 2008, emitidas por dicho órgano de control así: los archivos de deudores tipo 059 para las IPS de naturaleza privada y los archivos tipo 064 y 114 para las IPS públicas.

La reclasificación de los 11 tipos de deudores establecidos por la ACHC incluye todas las descripciones contempladas en los archivos de deudores enunciados anteriormente así:

1. *Régimen contributivo*: registra la deuda de las entidades promotoras de salud que administran este régimen y las EPS en liquidación que claudicaron en este tipo de inversión.

2. *Estado*: conformado por entidades territoriales que agrega la cartera generada por las secretarías locales y departamentales de salud, las direcciones o departamentos seccionales de salud, alcaldías, gobernaciones, municipios o departamentos por la atención a la población pobre no asegurada con subsidios a la demanda o comúnmente conocidos como “vinculados” y la atención de servicios no POS a cargo de éstas¹¹, más la deuda de las cajas de previsión del orden territorial no convertidas en entidades adaptadas de salud, el operador fiduciario del Fosyga¹² y otras entidades del Estado¹³.
3. *Régimen subsidiado*: registra la deuda de las entidades promotoras de salud (EPS) que administran este régimen, sean éstas entidades promotoras de salud, cajas de compensación, empresas solidarias o mutuales. Igualmente, agrega la cartera identificada por código del tipo de negocio, incluso de administradoras que se fusionaron y aún registran deuda.
4. *Las instituciones prestadoras de servicios de salud*: se clasifican en IPS públicas y privadas en general, las que conforman uniones temporales y capitadoras cuando el reporte permite identificar esta modalidad de contratación y pago.
5. *Aseguradoras*: por reclamaciones SOAT, cubrimiento de pólizas de salud y vida y empresas donde se registra el nombre sin identificar del tipo de cubrimiento.
6. *Entidades de medicina prepagada y planes complementarios*.
7. *Empresas*: que cuentan con planes de salud para sus empleados y familiares.
8. *Particulares*: registra la deuda de personas naturales.
9. *Magisterio*: corresponde a la cartera que se registra como magisterio, Fondo Educativo Regional (FER) o Fiduciaria La Previsora que cubre los recursos de este régimen de excepción.
10. *Administradoras de riesgos profesionales*.

En cartera “sin clasificar y otros conceptos” se registran deudores como organismos internacionales y otras entidades que no califican para ser incluidas en las categorías

11 De acuerdo con lo establecido en el Decreto 804 de 1998 y la Resolución 5334 de diciembre de 2008 que reglamenta lo ordenado por la Sentencia T -760 de 2008.

12 En muchos reportes se registra deuda de Fosga y Fisalud, las primeras fiducias que operaron los recursos del Fosyga.

13 Policía Nacional, Ejército, Armada Nacional, Fuerza Aérea, INPEC, SENA, ICBF, Fiscalía General de la Nación, ministerios y demás entidades públicas que dependen de aportes del presupuesto nacional.

antes enunciadas, más anticipos, avances, y provisiones de cartera.

La información se consolidó con el reporte de 115 IPS que sumaron 65.522 registros de deudores. El 63,5% de las IPS que enviaron información son de naturaleza privada y el restante 35,7%, pública. En esta ocasión reportó una IPS de naturaleza mixta. Las instituciones de alta y mediana complejidad representan un 77,4%.

Además, teniendo en cuenta los resultados encontrados en las visitas de campo realizadas en el marco del proyecto de *seguimiento a las finanzas del sistema general de seguridad social en salud* se evidenció que el sistema de salud colombiano se ha convertido en un círculo de recursos donde las intermediaciones crean retrasos en su flujo, perjudicando el acceso de la población a la salud.

De esta forma, no contar con una normatividad clara que regule estas interrelaciones genera riesgos en la destinación de los recursos, así como posibilidades de uso discrecional o indebido de los mismos. Por ejemplo, en la asignación de tiempos en los pagos, principalmente en los contratos por evento donde al radicar la factura se tienen 10 días para aceptarla, después de esos 10 días se paga el 50% y el otro 50% queda sujeto a los 10 días de la glosa, etc., lo que evidencia que la misma norma genera trabas y retraso en los pagos.

Tabla 16. Instituciones prestadoras de servicios de salud que reportaron informe de cartera por naturaleza jurídica

Naturaleza Jurídica	Complejidad	N°	Part. % por N.J.	Complejidad	N°	Part. % por Compl.
Privada	Alta	54	47,0%	Alta	64	55,7%
	Mediana	16	13,9%	Mediana	25	21,7%
	Baja	3	2,6%	Baja	26	22,6%
Total Privada		73	63,5%	Total general	115	100,0%
Pública	Alta	9	7,8%			
	Mediana	9	7,8%			
	Baja	23	20,0%			
Total Pública		41	35,7%			
Mixta	Alta	1	0,9%			
Total general		115	100,0%			

Fuente: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

Tabla 17. Composición de cartera por edad, junio 30 de 2009

Edad de cartera	Miles de pesos	Participación %
A 30 días corriente	1.221.951.333	34,2%
De 31 a 60 días	206.372.541	5,8%
De 61 a 90 días	316.640.913	8,9%
Más de 91 días	1.831.156.194	51,2%
Total Cartera	3.576.120.982	100,0%

Fuente: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

Tabla 18. Composición de cartera por edad, junio 30 de 2009

N. J. IPS	Complejidad	A 30 días más cte.	Part. % edad	De 31 a 60 días	Part. % edad	De 61 a 90 días	Part. % edad	Más de 91 días	Part. % edad	Total	Part. % total
Privada y Mixta	Alta	893.866	36,5%	162.246	6,6%	200.582	8,2%	1.189.100	48,6%	2.445.795	68,4%
	Mediana	81.064	56,3%	12.749	8,9%	10.489	7,3%	39.701	27,6%	144.003	4,0%
	Baja	5.220	35,6%	1.201	8,2%	527	3,6%	7.699	52,6%	14.647	0,4%
Total Priv y Mix		980.150	37,6%	176.196	6,8%	211.598	8,1%	1.236.501	47,5%	2.604.445	72,8%
Pública	Alta	164.623	23,4%	14.125	2,0%	79.381	11,3%	446.783	63,4%	704.913	19,7%
	Mediana	25.400	20,0%	10.152	8,0%	15.814	12,4%	75.892	59,6%	127.258	3,6%
	Baja	51.778	37,1%	5.899	4,2%	9.848	7,1%	71.980	51,6%	139.505	3,9%
Total Pública		241.801	24,9%	30.176	3,1%	105.043	10,8%	594.655	61,2%	971.676	27,2%
	Alta	1.058.490	33,6%	176.371	5,6%	279.963	8,9%	1.635.884	51,9%	3.150.708	88,1%
	Mediana	106.464	39,2%	22.901	8,4%	26.303	9,7%	115.593	42,6%	271.261	7,6%
	Baja	56.997	37,0%	7.100	4,6%	10.375	6,7%	79.679	51,7%	154.152	4,3%
Total		1.221.951	34,2%	206.373	5,8%	316.641	8,9%	1.831.156	51,2%	3.576.121	100,0%

Fuente: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

El total de cartera reportada por las 115 instituciones ascendió a tres billones quinientos setenta y seis mil millones de pesos (\$3.576,1 m.m.), arrojando un promedio simple de \$31.096,7 millones por IPS, con una variación del 10,9% respecto de diciembre de 2008. La cartera mayor de 90 días representa el 51,2% de la deuda total, menor en 0,3 puntos en relación con el cierre del semestre anterior.

Las instituciones de alta complejidad que representan el 55,7% de la muestra participan del 88,1% del total de la deuda y presentan una concentración de 51,9% en cartera mayor a 90 días por \$1,8 billones. Las IPS públicas que participan con el 27,2% del total de cartera reportada continúan presentando un mayor deterioro en su cartera mayor a 90 días frente a las IPS privadas con el 61,2% de morosidad, originado en la concentración de cartera en mora de las IPS de alto nivel de complejidad.

7.3 Problemas en la prestación de servicios de salud

La implementación de las leyes del mercado en la prestación de los servicios de salud generó un problema de factibilidad en la operación de los prestadores públicos. La dinámica de los hospitales antes de la entrada de la reforma era de deterioro y rezago tecnológico, mientras las instituciones privadas tenían la dinámica contraria: el sector privado se venía preparando para la competencia del mercado. Así las cosas, la supuesta autonomía de los prestadores públicos, como empresas sociales del Estado (ESE), que suponía un incremento de su eficiencia y la autosostenibilidad a través de la venta de servicios, ha producido resultados desalentadores hasta ahora¹⁴.

La presión de rentabilidad económica en las instituciones públicas ha generado un deterioro de su papel público como garante del acceso a los servicios por el déficit a los cuales se enfrenta por la atención de la población vinculada y los eventos no POS. La cartera hospitalaria es la principal preocupación de estas instituciones.

En la política nacional de prestación de servicios de salud, construida por el Ministerio de la Protección Social, se describen los siguientes problemas:

- a. Se ha evidenciado baja capacidad resolutive de las instituciones de baja y media complejidad, con factores asociados a la deficiente actualización del recurso humano, las condiciones de la infraestructura y la forma en que se determina e incorpora la tecnología en estas instituciones.
- b. El régimen laboral en los hospitales públicos está regido por una legislación que dificulta la adaptación de las instituciones a los retos que les imponen los cambios en el sistema de salud, los cambios en el perfil epidemiológico de la población y en los modelos de prestación de servicios. Esta situación incrementa además los costos de operación.
- c. Las instituciones públicas aún no han resuelto el tema del pasivo prestacional en cuanto a clarificar la magnitud y establecer las posibilidades de financiación. Esto pone en riesgo la sostenibilidad y la viabilidad de las instituciones del sector público.
- d. El país no ha desarrollado los mecanismos suficientes que permitan identificar, evaluar, incorporar y gestionar la tecnología biomédica. En muchos casos,

14 GONZÁLEZ, J. & PÉREZ F. (1997). “La Transición de los Hospitales Públicos de Colombia hacia la Financiación por Venta de Servicios (1993 - 1995)”. *Coyuntura Social*, No. 16, Bogotá, mayo: 21-38.

la introducción e incorporación de técnicas, equipos o medicamentos costo-efectivos se da de forma tardía por la ausencia de un sistema de evaluación de tecnología en el país.

- e. La información sobre prestadores y prestación de servicios de salud es fragmentada y no responde a las necesidades del país. El sistema integral de información en salud y su componente de prestación de servicios está por desarrollarse, situación que limita el direccionamiento, la planeación y la gestión de los prestadores de servicios.
- f. El país no dispone de un sistema de rendición de cuentas cuyos ejes sean los resultados en salud y la gestión de la prestación de los servicios. El sistema debe partir de la evaluación de los responsables de las entidades territoriales, aseguradoras y prestadoras.
- g. El desarrollo y la organización de la red de servicios en las regiones y departamentos, en muchos casos, no ha respondido a las necesidades y características de la región, lo que ha generado duplicidad e ineficiencia en la prestación de los servicios. Existen serias limitantes en la capacidad de gestión de las redes de servicios por parte de los departamentos, lo que se suma a las decisiones de municipios que no consultan la realidad local ni regional.
- h. Existen debilidades de gestión en las entidades de dirección, aseguramiento y prestación de los servicios, tanto públicas como privadas. Las juntas directivas en general no ejercen el rol de direccionamiento y evaluación, y los gerentes han dejado de lado el tema de la calidad de la gestión clínica y del talento humano.
- i. Si bien se han hecho esfuerzos por aumentar las coberturas de aseguramiento y a 31 de diciembre de 2004 el 71% de la población se encontraba asegurada, trece millones de habitantes no contaban con seguro de salud. Se requiere lograr universalización del seguro para obtener mejoras en el acceso a los servicios para la población pobre y vulnerable.
- j. La ausencia de articulación y direccionamiento de la oferta mantiene a los usuarios con servicios fragmentados que limitan el acceso y la integralidad de la atención. En el país, los conceptos de redes de servicios y de modelos de atención en salud son la opción a la fragmentación y atomización en la prestación de servicios.
- k. Si bien se definió en el país el SOGC (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad), la información sobre la calidad de los servicios es incipiente y no

existen mecanismos ni canales para determinar y divulgar la situación de la calidad de los servicios.

- l. La política de incentivos se ha centrado en limitadas acciones para mejorar el prestigio de las instituciones. A la fecha no se ha consolidado una estrategia con incentivos positivos y negativos para los prestadores y aseguradores en el sistema de salud. No existen incentivos para la investigación científica y el desarrollo tecnológico.
- m. Existe una situación de permanente disconformidad y contradicción entre aseguradores y prestadores por la forma en que los aseguradores definen precios y contratan a los prestadores de servicios.
- n. Los mecanismos de pago actualmente utilizados entre aseguradores y prestadores básicamente consultan precio y responden más a ejercicios intuitivos basados en actividades históricas y precios indexados que a estudios que consulten variables como calidad y costo efectividad.
- o. Existen regiones del país con limitaciones de oferta y regiones con sobreoferta de servicios. Situación generada tanto por el sector privado como por el sector público.

Adicionalmente, teniendo como referencia las visitas de campo, después de analizar los tres municipios escogidos se evidenciaron principalmente inconformidades con respecto a los procesos que se generan en la operación del sector salud en el país.

Por un lado, este sector es uno de los que más reciben recursos de orden nacional con respecto al PIB (aproximadamente 7%), y sin embargo se ve que éstos no son suficientes y, por ende, gran parte de la población sigue estando desprotegida. Por otro lado, el flujo de los recursos no está completa ni claramente regulado. Por ejemplo, en el tema de liquidación de contratos, la falta de normatividad creaba riesgos en la destinación de los recursos.

7.4 Problemas del aseguramiento

La función de aseguramiento ha sido asignada a las empresas promotoras de salud y consiste en afiliarse a la población, recaudar sus aportes, concentrar los recursos en fondos específicos y contratar la prestación de los servicios de salud. Sin embargo, la función de asegurador de las EPS ha estado en entredicho, en la medida en que estas instituciones se han limitado al trabajo de intermediación financiera y no han logrado generar una conciencia de aseguramiento entre sus afiliados y el personal de salud.

A pesar de la ampliación de coberturas respecto del sistema anterior, el aumento de los trámites ha comenzado a constituir barreras de acceso para la población. Por otra parte, la posición dominante de las EPS sobre las IPS presenta efecto sobre la calidad del servicio, especialmente en el componente de la relación interpersonal, como lo evidencia el aumento progresivo de quejas, reclamos, demandas y tutelas, referidas a este aspecto.

La encuesta nacional de calidad en salud percibida por los usuarios, adelantada por la Defensoría del Pueblo¹⁵, concluye que frente a los servicios diagnósticos y farmacológicos los usuarios opinan que éstos son en gran medida oportunos y se realizan con una dotación suficiente, aunque hay un porcentaje importante de usuarios que refiere que no se están realizando la totalidad de los exámenes, así como que se están realizando pagos de alto rango.

7.5 Problemas de salud pública¹⁶

El deterioro de los programas de vacunación infantil, de los programas de control de malaria, dengue y otras enfermedades tropicales, así como el desmantelamiento de los programas de diagnóstico y tratamiento de enfermedades tales como la tuberculosis son ejemplos de este descuido de las entidades públicas en materia de salud en todos los niveles de la administración.

La poliomielitis se previene por vacunación oral, que es fácil de administrar a los niños. Desde 1989 está erradicada en Colombia y desde 1991 lo está también en el hemisferio americano y en la mayor parte del planeta, al punto que en 2001 solamente se informaron 537 casos en todo el mundo. En Colombia, donde venía siendo muy exitoso el programa de vacunación hasta 1995 con unas coberturas (proporción de niños menores de un año vacunados con tres dosis de la vacuna) de más del 90%, se observa una franca tendencia al descenso de las coberturas, con el peligro de que pueda aparecer una epidemia, situación que pondría al país en una difícil situación de incumplimiento de sus compromisos internacionales, con las sanciones consecuentes previstas en los tratados respectivos. Esta tendencia se mantuvo entre 1994 y 2001, cuando se llegó a una alarmante cifra de solamente 68% de los niños vacunados. Por datos recientes del Instituto Nacional de Salud, se está corrigiendo tal tendencia y se habla hoy de coberturas más altas, cercanas al 80% para 2001. Buenas noticias, sin duda, y se espera que esta corrección se mantenga en el futuro.

15 DEFENSORÍA DEL PUEBLO (2000). *Primera Encuesta Nacional de calidad en salud percibida por los usuarios*. Bogotá. 144p.

16 Este ítem es tomado de los comentarios de Álvaro Moncayo Medina al libro *La Salud Pública, Situación actual, Propuestas y Recomendaciones*.

La malaria se previene con fumigaciones de insecticidas de acción residual en las paredes de las viviendas, con la promoción del uso de toldillos impregnados con insecticidas, con diagnóstico precoz y tratamiento oportuno que interrumpen la cadena de transmisión y con el control de factores de riesgo del ambiente mediante el desarrollo regional.

El antiguo Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM) fue descentralizado a los departamentos sin el debido apoyo técnico y a nivel del Ministerio quedó reducido a un pequeño grupo de personas que además tiene que encargarse de otras enfermedades también transmitidas por otras especies de insectos como dengue y enfermedad de Chagas la cual produce graves e irreversibles lesiones cardíacas en adultos jóvenes y es transmitida por los “pitos” presentes en las viviendas rurales de mala calidad y muy frecuentes en Santander, Casanare, Boyacá, Arauca y Norte de Santander.

Entre 1980 y 2000 se observó un incremento del 30% en la incidencia de malaria, medida por el índice parasitario anual, al mismo tiempo que se registró una disminución de las acciones de control y la aparición de fenómenos de resistencia de los mosquitos a los insecticidas y de los parásitos a los medicamentos.

Las pérdidas económicas directas e indirectas a causa de la malaria en términos de incapacidad laboral, ausentismo, gastos de atención médica, gastos de los programas de control y demás se han calculado en más 15 mil millones de pesos al año, con una tendencia al crecimiento.

La tuberculosis es una enfermedad transmisible de persona a persona, seriamente incapacitante, que afecta los pulmones (tuberculosis pulmonar) y otros órganos (tuberculosis extrapulmonar) cuyo agente causal, *mycobacterium tuberculosis*, ha desarrollado resistencia a los medicamentos. Ésta, además, es una seria complicación en los pacientes afectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-SIDA).

Los programas de control de esta enfermedad se basan en planes de vacunación en la infancia, detección precoz de los enfermos y tratamiento para evitar que se siga transmitiendo entre las personas que estén en contacto en su familia o en el trabajo. Entre 1980 y 1994 hubo una franca tendencia al descenso (-60%) de las tasas de tuberculosis en todas sus formas. A partir de ese año se observa un freno en esta tendencia para pasar a mantenerse inmodificable en un valor de 25 casos x 100.000 habitantes hasta el año 2000. El freno de esta tendencia al descenso se puede interpretar como un retroceso relativo puesto que no se mantuvo la tendencia previa de la disminución del número de casos.

Para el dengue, la incidencia anual de casos de dengue clásico y dengue hemorrágico y el número de muertes por dengue hemorrágico entre 1995 y 2001 mostraron la tendencia creciente de ambos fenómenos en este periodo.

El análisis de los datos epidemiológicos oficiales, provistos por el Instituto Nacional de Salud de Colombia, indica el efecto negativo que ha tenido la reorganización del sistema de salud de Colombia en la salud pública del país.

Para terminar, la coordinación técnica de estos programas y su ejecución, como responsabilidad primaria del Ministerio de Salud, no puede delegarse en el sector privado porque se requiere unidad normativa, compilación de información estandarizada, supervisión y evaluación con criterios unificados. Todo esto no puede hacerse reduciendo la capacidad de las instituciones del Estado ni delegando y atomizando estas acciones en las EPS, las cuales, por otro lado, no están capacitadas para llevarlas a cabo y no les darían prioridad en la medida en que no sean inmediatamente «rentables» para ellas.

8. Recomendaciones

Es imperativo revisar el normograma que define y regula la operación del sistema general de Seguridad Social en Salud a la luz de lo que se quiere de éste. Es importante volver a mirar los objetivos, los procesos y los resultados esperados y articular la normatividad y su definición con estos elementos. Un ejemplo es que no se puede pretender que una EPS sea administradora de riesgo si se le define cuánto debe ser su gasto administrativo o cuánto su gasto en baja, mediana y alta complejidad. Otro ejemplo hace alusión a que no se debe permitir que quien tenga interés en mostrar altos niveles de utilización de servicios y altos gastos genere esa información para que, con esos datos, se puedan realizar los estudios de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación. Se hace necesario revisar el marco normativo por los grandes procesos del sistema. Revisar el marco del aseguramiento en lo referente con su función de administrador de planes de beneficios, cómo administrar el riesgo financiero y buscar que no se pueda transferir este riesgo a los prestadores de servicios de salud. Otro tema fundamental es revisar la normatividad de la integración vertical: el seguimiento a la representación legal no es suficiente; es necesario revisar hasta los accionistas detrás de las EPS e IPS.

De igual manera, es fundamental implementar una política preventiva para vigilar que quienes deban cumplir la función de inspección, vigilancia y control la estén desarrollando de manera adecuada y oportuna. Antes de vigilar, establecer si efectivamente los organismos de control tienen capacidad real para controlar a todos los actores del sistema. Se hace necesario fortalecer el papel de la Procuraduría General de la Nación, para lo cual sería conveniente tener una delegada especializada en el tema de salud. Así podría abarcar los temas de derechos, aseguramiento, prestación, financiamiento y la salud pública del SGSSS.

Se requiere hacer un ejercicio de priorización sobre los aspectos de mayor impacto y probabilidad de ocurrencia con el fin de realizar un eficiente trabajo de vigilancia y control, teniendo en cuenta la matriz de riesgos presentada en la política preventiva del flujo y uso de los recursos del sistema.

La información sobre los registros individuales de prestación de servicios y su comunicación en línea con el Ministerio de la Protección Social debería ser un requisito de habilitación para las IPS y una herramienta de gestión y control del sistema que el Ministerio no puede delegar en las EPS. Por el contrario, las EPS deberían ser usuarias de dicha información para efectos de auditoría sobre la prestación de servicios de su red y para la gestión del aseguramiento.

Con base en dicha información el Ministerio de la Protección Social debería construir sus indicadores sobre coberturas básicas de atención, suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación, construcción del perfil epidemiológico del país, etc.

La aplicación del Sisbén requiere que sea desarrollada por agencias idóneas y reconocidas y a las cuales se les pueda realizar un proceso de interventoría en el desarrollo del trabajo. La manipulación en la aplicación de la ficha para obtener puntajes que permitan acceder a beneficios solo es posible en la recolección de la información. Por tanto, es fundamental controlar este proceso y se debería realizar un proceso de habilitación a las firmas que aplican la ficha de clasificación socioeconómica.

La identificación de los beneficiarios del régimen subsidiado requiere que se realicen cruces con la DIAN para poder identificar personas que, teniendo capacidad de pago, no sean beneficiarias de dicho régimen y para evitar la evasión en los aportes a la seguridad social. Es fundamental establecer convenios de cooperación entre el Ministerio de Salud y la DIAN que permitan realizar consultas a partir de las personas que realizar declaraciones de renta y verificar su situación en la base de datos única de afiliados.

La Corte Constitucional emitió el Auto No. 226 de 2011, mediante el cual el Alto Tribunal establece los principales lineamientos para las actualizaciones integrales de los planes de beneficios. Para avanzar en equidad es fundamental que se busque una igualación de éstos y vigilar el cumplimiento de los plazos establecidos para este fin. El Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de establecer una metodología para la definición de los planes de beneficios que no vulnere el derecho a la salud. En este sentido, se requiere una socialización amplia tanto a nivel técnico como político de esta metodología antes de su aplicación.

Es necesario mejorar el trabajo de las entidades territoriales y otros organismos para que puedan fortalecer la red de controladores del sistema. Asimismo, es preciso devolver funciones de inspección, vigilancia y control a las entidades territoriales y así fortalecer el papel de la Superintendencia Nacional de Salud. Se requiere establecer todo un programa de asistencia técnica a nivel territorial para mejorar la capacidad de gestión de las entidades tanto a nivel municipal como departamental. De otro lado, se hace necesario revisar la situación actual de un número importante de municipios que no cuentan con recursos humanos para el desarrollo de la gestión del sistema de salud.

Con respecto a la forma de financiación del sistema, es importante reconocer que a la luz de la tendencia de la forma de vinculación laboral, más del 50% de informalidad,

la arquitectura fiscal se debe replantear y eliminar la segmentación de la financiación asociada a los regímenes de afiliación. En este sentido, se puede pensar en un esquema de financiamiento público único, que no requiera dos regímenes de afiliación, manteniendo el sistema de recaudo actual pero generando una sola subcuenta de Fosyga para los subsidios a demanda. De ese modo existiría una sola subcuenta para la operación de todo el aseguramiento.

Es importante tener una adecuada inspección, vigilancia y control sobre las operaciones que realiza el encargo fiduciario, no solo en el pago de los eventos no POS, sino también en el manejo del portafolio de inversiones. Es fundamental fortalecer las instancias del Ministerio para que puedan realizar una adecuada vigilancia de la operación del encargo fiduciario.

El tema de liquidez en las administradoras de planes de beneficios y las instituciones prestadoras de servicios de salud es primordial. Se debe diseñar un módulo de seguimiento y evaluación del estado de la cartera de los diferentes actores del sistema con un tablero de control que permita evidenciar, de manera rápida, un deterioro en la situación de la cartera. En este sentido es importante, no solo que las entidades territoriales verifiquen el estado de cartera, sino que tengan herramientas para que puedan realizar requerimientos y sanciones a los actores del sistema que incumplan las normas establecidas.

Se hace necesario revisar la información que generan los diferentes sistemas de información que operan, RUAF, BDUA, Sispro, Sisbén, entre otros, y configurar un flujo de información que permita monitorear y evaluar el desempeño del sistema.

Es prioritario revisar la factibilidad de actuar con listados extensos que definan lo que está incluido en el POS, bien sea procedimientos, medicamentos o dispositivos médicos. Se debería estructurar a partir de lo que está excluido (listados negativos) y dar claridad sobre en qué casos se pueden utilizar ciertos medicamentos, procedimientos o dispositivos médicos.

Con respecto a las tutelas, se debería revisar la forma como se vienen fallando, pues el sistema judicial debería ser garante del derecho a la salud, pero no definir el protocolo de manejo en cada problema de salud. En este caso se debería recurrir a las instancias idóneas y a las guías de manejo existentes. Se sugiere que los jueces fallen porque sean atendidas las necesidades de salud de la población colombiana, pero debe existir la instancia médico-científica en la cual se defina cuál es el protocolo que se debe seguir.

Es imprescindible revisar el esquema de subsidios a la oferta, a la luz de los eventos no POS, de la continuidad de población no afiliada al sistema general de

seguridad social en salud, y a la ubicación de instituciones en regiones apartadas con dificultades de acceso geográfico. Se hace necesario revisar la posibilidad de trabajar con presupuestos prospectivos para algunos hospitales públicos que por sus condiciones de mercado no pueden entrar en el esquema de operación en mercado de prestación de servicios de salud.

Igualmente, revisar el doble papel que tienen algunas entidades territoriales como aseguradores, financiadores de la red y habilitadores de instituciones prestadoras de servicios de salud debido a que tales funciones generan conflictos de intereses en la administración de los recursos destinados a subsidio a la oferta.

Se requiere una especial y adecuada inspección, vigilancia y control sobre los recursos de regalías y rentas cedidas para que éstas sean incorporadas a la financiación del sistema general de seguridad social en salud, además de unificar el sistema de financiación del régimen subsidiado, por cuanto existe una gran dispersión de fuentes de financiación y por consiguiente de recursos con el impacto negativo en el control y seguimiento a su recaudo y su uso.

Es necesario buscar un modelo de gestión adecuado para la operación de las ESE. Se hace necesario rescatar su función social y reconocer la necesidad de buscar incentivos por resultados en salud y no solo por productividad. Para mejorar la capacidad resolutoria de estas instituciones es necesario tener un programa de fortalecimiento que no se centre solo en productividad y equilibrio financiero. Se debe prever la necesidad de actualización tecnológica, la capacitación del recurso humano y el mejoramiento de las condiciones de infraestructura. Se debe repensar el tema de la autonomía de cada institución, que en algún momento podría ser de abandono, y actuar bajo un modelo de redes integradas administrativamente. Adicionalmente, deben existir criterios de eficiencia en la administración de dichas instituciones, empezando por replantear la estructura de sus juntas directivas ya que su conformación va en contravía de principios elementales de administración.

Con el modelo de cooperativas, las instituciones han perdido pertenencia por parte de sus servidores. Es necesario revisar cuál es el personal crítico en cada institución y considerar que éste debería tener una vinculación laboral que le permitiera generar la pertenencia, sin detrimento de las condiciones laborales de los otros colaboradores. Por ejemplo, el personal profesional que está en la actividad asistencial es el que desarrolla los procesos misionales de las instituciones prestadoras de servicios de salud. El tema de los pasivos prestacionales debe tener un abordaje definitivo por parte de las instancias de gobierno que tienen esa competencia.

Se debe buscar la creación de una instancia de evaluación tecnológica, preferiblemente por fuera de los principales actores del sistema (gobierno, EPS, IPS), que genere información relevante sobre la tecnología necesaria y ajustada a la situación del país. Se debe retomar la propuesta de crear un instituto nacional de salud, que sería una instancia adscrita al Ministerio pero con autonomía para que pueda asesorar y acompañar el desarrollo del SGSSS.

Es estratégico pensar el rol de las empresas administradoras de planes de beneficios. Existen argumentos técnicos que definen que en Colombia realmente no existe un mercado de aseguramiento, ya que las EPS no pueden competir por primas y precios. En ese sentido, el aseguramiento debería pensarse sobre los procedimientos y tratamientos que podrían causar un detrimento patrimonial de las familias y no sobre todas las prestaciones de salud. Las actividades de promoción y prevención y las de recuperación de la salud a través de un cuidado primario deberían ser administradas por los prestadores de servicios de salud y no por las EPS. Así, el aseguramiento a través de EPS sería solo sobre ciertos riesgos financieros. Se podrían constituir grandes compradores de servicios, en cabeza de agencias o de las entidades territoriales, los cuales generarían una presión sobre los hospitales y clínicas para que pudieran competir entre ellos, obligándoles a reducir necesariamente sus costos y a utilizar sus recursos de la forma más eficiente. Ésta fue la formulación teórica de cómo transformar los sistemas de prestación de servicios de salud en Colombia y cómo eliminar los desperdicios que existían en 1993.

Se hace necesario rescatar el papel de la salud pública y establecer una adecuada programación del Plan nacional de salud pública. La baja capacidad para la planificación de la ejecución de intervenciones en salud pública que sean costo-efectivas ha generado un manejo ineficiente de los recursos financieros. Es fundamental que los planes locales de salud pública tengan una planificación detallada de las acciones y que permitan conocer las inversiones que se realizan.

Por último, es importante volver al esquema de programas verticales direccionados desde el Ministerio de Salud para los temas prioritarios de salud pública del país.

Con respecto al rol de la Procuraduría General de la Nación, se recomienda que tanto la instancia general como las regionales y provinciales vigilen a los organismos de inspección, vigilancia y control del sistema general de seguridad social en salud para que cumplan con su rol rector, rol que ha sido bastante descuidado en el desarrollo del sistema. La función de la Procuraduría no debe ser reemplazar las labores de inspección, vigilancia y control de la operación del sistema. Esta función

es asignada al Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, las entidades territoriales y otros órganos de control como son la Contraloría General de la República, la Fiscalía, entre otros.

Así como se trabajó una política preventiva para el seguimiento a las finanzas del sistema, se recomienda desarrollar una política similar para el aseguramiento en salud, la prestación de los servicios de salud, la política de medicamentos y la salud pública.

Finalmente, se recomienda que la Procuraduría General de la Nación implemente la política preventiva para el seguimiento a las finanzas del sistema general de seguridad social en salud tanto en el ámbito nacional como en las regiones. Para esto es importante montar un programa de asistencia técnica a las regiones con el fin de facilitar la comprensión y acompañar el proceso de implementación de la política a nivel regional.

A continuación se presenta una matriz con recomendaciones agrupadas por cada uno de los actores del sistema.

Ministerio de la Protección Social	DNP	Administrador del Fosyga	Entidades territoriales	Superintendencia Nacional de Salud	Procuraduría General de la Nación
Es imperativo revisar el normograma que define y regula la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud a la luz de lo que se quiere de éste. Es importante volver a mirar los objetivos, los procesos y los resultados esperados y articular la normatividad y su definición con estos elementos.	Es imperativo revisar el normograma que define y regula la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud a la luz de lo que se quiere de éste. Es importante volver a mirar los objetivos, los procesos y los resultados esperados y articular la normatividad y su definición con estos elementos.	Es imperativo revisar el normograma que define y regula la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud a la luz de lo que se quiere de éste. Es importante volver a mirar los objetivos, los procesos y los resultados esperados y articular la normatividad y su definición con estos elementos.	Es imperativo revisar el normograma que define y regula la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud a la luz de lo que se quiere de éste. Es importante volver a mirar los objetivos, los procesos y los resultados esperados y articular la normatividad y su definición con estos elementos.	Es imperativo revisar el normograma que define y regula la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud a la luz de lo que se quiere de éste. Es importante volver a mirar los objetivos, los procesos y los resultados esperados y articular la normatividad y su definición con estos elementos.	Es imperativo revisar el normograma que define y regula la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud a la luz de lo que se quiere de éste. Es importante volver a mirar los objetivos, los procesos y los resultados esperados y articular la normatividad y su definición con estos elementos.

Ministerio de la Protección Social	DNP	Administrador del Fosyga	Entidades territoriales	Superintendencia Nacional de Salud	Procuraduría General de la Nación
<p>La Corte Constitucional emitió el Auto nro. 226 DE 2011, mediante el cual el Alto Tribunal establece los principales lineamientos para las actualizaciones integrales de los planes de beneficios. Para avanzar en equidad es fundamental que se busque una igualación de éstos y vigilar el cumplimiento de los plazos establecidos para este fin.</p>	<p>Se requiere una especial y adecuada inspección, vigilancia y control sobre los recursos de regalías y rentas cedidas para que éstas sean incorporadas a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p>	<p>La identificación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado requiere que se realicen cruces con la DIAN para poder identificar personas que, teniendo capacidad de pago, no sean beneficiarias del Régimen Subsidiado y para evitar la evasión en los aportes a la seguridad social.</p>	<p>El tema de liquidez en las administradoras de planes de beneficios y las instituciones prestadoras de servicios de salud es primordial. Se debe diseñar un módulo de seguimiento y evaluación del estado de la cartera de los diferentes actores del sistema con un tablero de control que permita evidenciar, de manera rápida, un deterioro en su situación.</p>	<p>Es importante tener una adecuada inspección, vigilancia y control sobre las operaciones que realiza el encargo fiduciario. No solo en el pago de los eventos no POS, sino también en el manejo del portafolio de inversiones.</p>	<p>Es fundamental implementar una política preventiva para vigilar que quienes deban cumplir la función de inspección, vigilancia y control la estén desarrollando de manera adecuada y oportuna.</p>
<p>Es prioritario revisar la factibilidad de actuar con listados extensos que definan lo que está incluido en el POS, bien sea procedimientos, medicamentos o dispositivos médicos. Se debería estructurar a partir de lo que está excluido.</p>			<p>La aplicación del Sisbén requiere que sea desarrollada por agencias idóneas y reconocidas y a las cuales se les pueda realizar un proceso de interventoría en el desarrollo del trabajo. La manipulación en la aplicación de la ficha para obtener puntajes que permitan acceder a beneficios solo es posible en la recolección de la información. Por tanto, es fundamental controlar este proceso.</p>	<p>Se hace necesario rescatar el papel de la salud pública y establecer una adecuada programación del Plan nacional de salud pública. La baja capacidad para la planificación de la ejecución de intervenciones en salud pública que sean costo-efectivas ha generado un manejo ineficiente de los recursos financieros. Es fundamental que los planes locales de salud pública tengan una planificación detallada de las acciones y que permitan conocer las inversiones que se realizan.</p>	<p>Es necesario fortalecer el trabajo de las entidades territoriales y otros organismos para que puedan fortalecer la red de controladores del sistema. Es necesario devolver funciones de inspección, vigilancia y control a las entidades territoriales y así fortalecer el papel de la Superintendencia Nacional de Salud.</p>

Ministerio de la Protección Social	DNP	Administrador del Fosyga	Entidades territoriales	Superintendencia Nacional de Salud	Procuraduría General de la Nación
<p>Es imprescindible revisar el esquema de subsidios a la oferta, a la luz de los eventos no POS, de la continuidad de población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y a la ubicación de instituciones en regiones apartadas con dificultades de acceso geográfico. Se hace necesario revisar la posibilidad de trabajar con presupuestos prospectivos para algunos hospitales públicos.</p>			<p>Es necesario buscar un modelo de gestión adecuado para la operación de las ESE. Se hace necesario rescatar su función social y reconocer la necesidad de buscar incentivos por resultados en salud y no solo por productividad. Para mejorar la capacidad resolutive de estas instituciones es necesario tener un programa de fortalecimiento que no se centre solo en productividad y equilibrio financiero. Se debe prever la necesidad de actualización tecnológica, la capacitación del recurso humano y el mejoramiento de las condiciones de infraestructura. Se debe repensar el tema de la autonomía de cada institución, que en algún momento podría ser de abandono, y actuar bajo un modelo de redes integradas administrativamente.</p>		<p>Se requiere hacer un ejercicio de priorización sobre los aspectos de mayor impacto y probabilidad de ocurrencia con el fin de realizar un eficiente trabajo de vigilancia y control, teniendo en cuenta la matriz de riesgos presentada en la política preventiva del flujo y uso de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p>

Ministerio de la Protección Social	DNP	Administrador del Fosyga	Entidades territoriales	Superintendencia Nacional de Salud	Procuraduría General de la Nación
<p>Se hace necesario rescatar el papel de la salud pública y establecer una adecuada programación del Plan nacional de salud pública. La baja capacidad para la planificación de la ejecución de intervenciones en salud pública que sean costo-efectivas ha generado un manejo ineficiente de los recursos financieros. Es fundamental que los planes locales de salud pública tengan una planificación detallada de las acciones y que permitan conocer las inversiones que se realizan.</p>					<p>Con respecto a las tutelas, se debería revisar la forma como se vienen fallando, pues el sistema judicial debería ser garante del derecho a la salud, pero no definir el protocolo de manejo en cada problema de salud. En este caso se debería recurrir a las instancias idóneas y a las guías de manejo existentes.</p>
<p>Es prioritario revisar la factibilidad de actuar con listados extensos que definan lo que está incluido en el POS, bien sea procedimientos, medicamentos o dispositivos médicos. Se debería estructurar a partir de lo que está excluido.</p>					
<p>Revisar el doble papel que tienen algunas entidades territoriales como aseguradores, financiadores de la red y habilitadores de Instituciones Prestadoras de Servicios de salud debido a que tales funciones generan conflictos de intereses en la administración de los recursos destinados a subsidio a la oferta.</p>					

