

# Régimen Subsidiado de Salud: Evolución y Problemática

**Vicente Herrera Tello**

Médico, Especialista en Planificación y Administración del Desarrollo,  
Especialista en Gerencia Social. Escuela Superior de Administración Pública–ESAP,  
Santafé de Bogotá. Tel. 4161853.

---

## RESUMEN

Se examinan las problemáticas y distorsiones que se han generado en el proceso de implantación del régimen subsidiado de salud, atendiendo los aspectos conceptuales, la focalización y distribución de subsidios, afiliación, aseguramiento, contratación, financiamiento, control y vigilancia, y la descentralización. Algunas consecuencias serían la persistencia de las características del sistema anterior y la insuficiente cobertura.

**Palabras Claves:** Seguridad social en salud, régimen subsidiado, proceso.

## ABSTRACT

**Subsidized health regime: evolution and problems**

The problems and distortions which have been generated during the process of establishing a subsidized health regime are examined in regard to fundamental aspects, focalization and distribution of subsidies, affiliation, insurance, contract making, financial aspects, surveillance and control, and decentralization. Some consequences could be the persistence of characteristics of the previous system and insufficient coverage.

**Key Words:** Social security in health, subsidized regime, process

A partir de 1990 se han dado en Colombia una serie de reformas y ajustes al sistema de salud. Con las Leyes 10 de 1990 y 60 de 1993 se orientaron los esfuerzos gubernamentales y sectoriales a desarrollar la estrategia de Atención Primaria, a la organización del sistema por niveles de atención y a asignar competencias y recursos de salud entre los niveles territoriales del país. En 1993, con

la expedición de la Ley 100 se constituyó el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS. En este Sistema se adoptó como eje organizacional y funcional el modelo de aseguramiento en salud, se introdujo un nuevo actor, las Empresas Promotoras de Salud – EPS o entes aseguradores y dos regímenes: el Contributivo para la población asalariada o con capacidad de pago y el régimen subsidiado – RS, para la población pobre. En el RS se orientaron los recursos y servicios de salud bajo el esquema de subsidios a la demanda y la afiliación de la población a administradoras de régimen subsidiado de salud- ARS.

En los cinco años de vigencia de la Ley 100 de 1993 y de la implantación del SGSSS, es evidente que el régimen subsidiado ha contribuido a incrementar la cobertura de la seguridad social en especial de grupos poblacionales de escasos recursos, facilitando el acceso a servicios de salud e incentivando el incremento de las finanzas del sector. Las estadísticas indican lo siguiente: el grado de afiliación de la población a la seguridad social, ha pasado del 24 % en 1993 al 61 % en 1998; 40,2 % del total pertenece al régimen contributivo correspondiente a una población de 16,4 millones y el 20,8 % pertenece al régimen subsidiado, correspondiente a una población de 8,5 millones y equivalente al 57 % de la población con necesidades básicas insatisfechas-NBI; la inversión pública en subsidios pasó de representar 1,36 % del PIB en 1993 a 2,46 % del PIB en 1997 y ascendió a 1,1 billón de pesos en 1998. El gasto total en salud en cifras promedio llegó aproximadamente a un 10 % del PIB.

Si bien estas cifras son logros sustanciales en el desarrollo del SGSSS, se han presentado una serie de fenómenos que dan origen a expresiones de insatisfacción y conflicto entre actores y ponen en evidencia la crisis del sector salud y la salud pública. En otra publicación (1) se examinan de manera amplia los fenómenos y consecuencias derivadas de la implantación de la Ley 100. En este ensayo se examinan procesos, logros, problemas y consecuencias del régimen subsidiado. Para tal fin se consideran los siguientes períodos históricos del régimen subsidiado: despegue o período D, comprendido entre la expedición de la Ley 100 (Diciembre de 1993) y Agosto de 1994, caracterizado por la copiosa expedición de Decretos reglamentarios y la adecuación del Ministerio de Salud; el período T o de Transición, comprendido

entre el inicio del gobierno Samper y la terminación de la transición del régimen subsidiado, caracterizado como una época de ilusión financiera por el manejo directo de los recursos; el período F o de Formalización de la afiliación de población beneficiaria del subsidio a las Administradoras del Régimen Subsidiado-ARS (Julio de 1996-Marzo de 1998) en el cual se suscribieron los primeros contratos con las ARS y se dio una voluminosa afiliación. El período A o de Ajuste que correspondió al primer año del régimen subsidiado y la aplicación de ajustes (Abril de 1998 - Marzo de 1999), especialmente en el gobierno de Pastrana.

#### ASPECTOS CONCEPTUALES DEL REGIMEN SUBSIDIADO

En el período D se interpretó el RS como un mecanismo estratégico para que la población pobre accediese a un plan integral de salud y para alcanzar el objetivo de universalidad. Esta concepción se distorsionó en el período T al adecuar el RS como una modalidad de asignación de beneficiarios a la red pública de servicios y de manejo de los subsidios a través de las EPS-transitorias. En el período F se configuró el RS como un régimen diferencial para pobres y se establecieron entes afiliadores diferenciales o ARS y se situó al usuario como un agente pasivo. Esta concepción se mantuvo en el período A, a pesar de los ajustes y correctivos reglamentarios del gobierno nacional. Esto ha terminado por configurar al RS como un programa diferencial y discriminatorio de acceso a servicios mediante la asignación de subsidios, sin adaptación cultural ni práctica del modelo de aseguramiento y en donde el usuario ha sido desplazado por los intereses de rentabilidad económica y por la política de los demás actores.

#### FOCALIZACION DE LOS SUBSIDIOS DE SALUD

En el período D se concibió la focalización como proceso de asignación del gasto social hacia los grupos más pobres, según el ingreso. En el período T se dilató el proceso y las autoridades territoriales de salud le restaron importancia a la focalización. Se adoptó como instrumento de focalización el Sistema de Identificación de Beneficiarios-SISBEN, instrumento que define de manera inapropiada la situación de ingresos de las familias. En el período F se dio un incipiente desarrollo en la aplicación del SISBEN y el propio sector de salud se vio obligado a

asumir la paternidad, desarrollo y financiación del mismo. El SISBEN ligado al RS adquirió importancia técnica y política a tal punto que se interpretaron y asumieron los términos como similares, confusión que permanece hasta nuestros días. En el período F una gran proporción de beneficiarios entraron como afiliados o fueron presentados por las autoridades locales y las ARS sin SISBEN o con una inadecuada aplicación de la encuesta, fenómeno ocasionado por el desarrollo vertiginoso de la afiliación y las limitaciones financieras y técnicas de los municipios para aplicar el instrumento. En el período A, dadas las limitaciones para ampliar coberturas del RS y la demanda por subsidios que generó la "sisbenización" se desaceleró el proceso de afiliación.

Si al anterior fenómeno se le agrega la utilización politiquera y clientelista del SISBEN en algunos territorios, podría explicarse el hecho de que el 50 % de los subsidiados actuales pertenezcan a grupos no pobres de población. Conclusión similar se obtiene al analizar la Encuesta de Calidad de Vida practicada por el DANE en 1997 que permite inferir que al menos 4 millones de subsidiados tienen ingresos económicos que los cataloga como población no pobre. Si se considera que otro porcentaje importante de subsidios distribuidos corresponde a población inexistente o con múltiple afiliación (entre un 8 y 15 %), la resultante de eficacia en la focalización es supremamente crítica. La corrección de este inmenso defecto implica un alto costo económico, social y político para el Estado y las autoridades en salud, sobre todo porque los límites entre población pobre y no pobre son difusos y variables.

#### DISTRIBUCION DE SUBSIDIOS

En los períodos D y T se reportaron un total de 4,7 millones de subsidios a la demanda distribuidos en el país. Esta cifra es controvertida por diversos actores en el período F (2). Entre los años 1996 a 1998 el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud -CNSSS, señalaron en los respectivos informes a las Comisiones VII del Congreso de la República contar con 5,98 millones de subsidios asignados en 1996, 7,02 millones en 1997 y 8,52 millones en 1998.

El período de mayor incremento de subsidios asignados fue el F, dado que en este tuvieron lugar varias ampliaciones de cupos de cobertura, financiados con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA y con contrapartidas de recursos de los entes territoriales. En el período A la distribución más significativa tuvo lugar al finalizar el gobierno Samper, ampliándose la cobertura en 600 000 nuevos cupos.

La distribución de subsidios, en especial de recursos de cofinanciación del FOSYGA por regiones y Departamentos, no ha estado acompañada de criterios de equidad, destinándose mayores recursos a Departamentos y municipios con mayor capacidad financiera o por la gestión e influencia ante el MINSALUD o el CNSSS. Esto llevaría a concluir que el FOSYGA, que pudo ser instrumento inductor de equidad territorial no ha cumplido con tal función. Esta problemática en la equidad territorial fue más evidente en el período F y se trató de corregir en el período A al adoptar como criterio de distribución del FOSYGA el porcentaje de cobertura específica según población NBI y el rezago del municipio con respecto al promedio de cobertura nacional, sin que se lograra efectos positivos.

#### AFILIACION DE BENEFICIARIOS

La afiliación implica inscribir, carnetizar, informar y formar al usuario sobre los derechos y deberes adquiridos como afiliado; estos aspectos no tuvieron mayor aplicación en el período T y son aún difusos en el período F. En el período F se registró la afiliación de 7,1 millones de habitantes como resultante de la suscripción de contratos de régimen subsidiado entre las ARS y los entes territoriales. Sin embargo, con base en análisis de interventorías, el autor considera que las cifras de afiliación efectiva pudieron estar entre un 40 % y un 60 % de lo reportado. En el período A, en medio de la campaña política y luego en el empalme de gobiernos, se presentó la controversia en las cifras sobre afiliados. La problemática en la identificación, inscripción, traslados, contratación y prestación de servicios es ajustada mediante procesos de reglamentación, evidenciándose resultados positivos; cosa que no ocurre en la misma magnitud con el proceso de libre elección y traslado entre ARS, dadas las barreras, la tramitología y lo complejo

del procedimiento. En el período A se termina informando una cifra de 8,5 millones de subsidios asignados, sin que se pueda definir con precisión la población efectivamente afiliada, que puede corresponder a un 50 o 70 % del total reportado, dependiendo del rigor en los procesos de seguimiento e interventoría que los municipios practiquen a los contratos con las ARS.

Teniendo en cuenta la problemática existente en la identificación de beneficiarios, las cifras reportadas a lo largo de los cinco años como población afiliada deben interpretarse más como subsidios asignados o distribuidos en los territorios del país. El régimen subsidiado pudiera estar siendo efectivo y objetivo en solo un 35 % dado que solo la mitad de los afiliados reales son pobres en términos de ingresos económicos. Si se incluye el porcentaje de múltiple afiliación que oscila en un 10 % la cifra resultante es preocupante.

#### ASEGURAMIENTO EN SALUD

La condición esencial para definir aseguramiento, es la materialización de la afiliación del beneficiario mediante la relación asegurado ente asegurador y el acceso a los servicios cubiertos por la póliza; por ello, en los períodos D y T no es posible hablar de aseguramiento. En los períodos F y A, los procesos anteriormente descritos convirtieron al usuario en un agente pasivo y se distorsionó el régimen subsidiado como mecanismo de aseguramiento en salud de grupos poblacionales pobres. Por esto, aunque las cifras sobre aseguramiento pudieran corresponder a las de afiliación efectiva, en las encuestas de satisfacción o conocimientos los usuarios no se reconocen como asegurados o desconocen las funciones y obligaciones de su ARS. En Bogotá se demostró en 1998 (3), que el 78 % de la población no sabía ni respondía sobre conocimientos acerca de las ARS y un 18,6 % tenía conocimientos incorrectos; en conclusión solo un 4 % conocía sobre el régimen subsidiado y las ARS. Esta cifra es supremamente preocupante ya que es en Bogotá donde la población, independientemente de su nivel de pobreza, tiene mayores posibilidades de recibir información y donde la Secretaría de Salud ha hecho importantes esfuerzos técnicos y económicos para que los diferentes actores del régimen subsidiado cumplan con el rol asignado. Resultados similares se derivan de estu-

dios realizados con población afiliada en otras regiones, incluyendo la evaluación practicada en 1998 a Empresas Solidarias de Salud y los estudios adelantados por el Programa de Apoyo a la Reforma del Ministerio de Salud.

El actual Plan Nacional de Desarrollo apunta a mantener el carácter diferencial entre el régimen subsidiado y el contributivo, al conservar la categoría diferencial entre los entes aseguradores y al aplazar más allá del año 2001 la nivelación entre los dos planes obligatorios de salud, como lo establecía la Ley 100 de 1993.

#### EVOLUCION DEL POS-S

El primer plan de salud para población pobre fue el prestado en el período D por las Empresas Solidarias de Salud-ESS, y en un alto porcentaje correspondió a servicios de primer nivel de atención; este plan obligatorio de salud del régimen subsidiado-POS-S se mantendría sin variaciones en el período T. El período F arrancó con un POS-S ajustado mediante los Acuerdos 23 y 49 del CNSSS, incorporando atenciones del segundo y tercer nivel para las madres y niños, y atención de alto costo. Finalizando el período F el POS-S fue reformulado mediante los Acuerdos 72 y 74 del CNSSS, que precisaron actividades del primer nivel e incorporaron patologías y especialidades de los segundo y tercer niveles de atención. La ampliación del POS-S, dadas las limitaciones estadísticas sobre el comportamiento del plan, se sustentó en la demanda sentida y la necesidad de generar retorno de recursos a la red hospitalaria. Igualmente en este período, se hizo exigible el gasto de un 80 % de la Unidad de Pago por Capitación-UPC en servicios de salud.

Al finalizar el período se definió el mantenimiento del POS-S sin incremento de la UPC y sin mayores protestas por parte de las ARS. Los componentes de promoción y prevención del POS-S fueron precisados a lo largo de los períodos y en el período F se le definió un porcentaje de la UPC, para su financiación; los logros obtenidos son difusos y el activismo de las ARS produjo pocos y costosos resultados. El período A finalizó con signos de crisis en salud pública cuyas causas

son la dispersión de responsabilidades y la poca efectividad de las ARS en el manejo de acciones colectivas.

El POS-S resultante a lo largo de los cinco años no ha dado respuesta a las necesidades esenciales en aseguramiento de servicios de salud de la población, ni se ha garantizado su prestación por las ARS. Entre el POS-S reglamentado y el POS-S garantizado y prestado existe una importante diferencia, la cual se acrecienta en regiones que no cuentan con desarrollo de la red de servicios o donde la población supuestamente asegurada carece de los medios para demandar su prestación. Si bien está reglamentado un porcentaje mínimo de la UPC para gastos en servicios de salud, correspondiente al 70 % en 1998 y 75 % en 1999, más el 10 % destinado a promoción y prevención; en demanda real de servicios se siguen dando frecuencias de utilización bajas y patrones muy irregulares entre las ARS de un mismo municipio para poblaciones similares. El estudio adelantado por el Ministerio de Salud en 1999, para definir el mantenimiento de la UPC del régimen subsidiado demuestra que el gasto de las ARS en 1998 no sobrepasó el 72 %. Este hallazgo llevaría a concluir que el costo de la intermediación es además de alto, poco efectivo, conclusión que no ha sido rebatida en estudios practicados por las mismas ARS.

La entrada al plan por el primer nivel de atención antes que resolver los problemas de salud se está convirtiendo en una barrera de contención de costos o de doble efecto: freno de la demanda hacia otros niveles cuando la red es de las ARS o de inducción de demanda cuando la red no es propia. Los programas de promoción y prevención no han sido asumidos con el suficiente rigor y reflejan activismo de las ARS con poca o nula articulación con las políticas, programas y metas de salud pública a escala territorial; este fenómeno se complica cuando se presentan choques entre los entes territoriales y las ARS a propósito de las acciones de salud pública colectiva, contempladas tanto en el Plan de Atención Básica-PAB como en el POS-S, choques que en algunos territorios terminan en omisión de acciones o debilitamiento y sobrecosto en las mismas.

Para superar estas distorsiones sería necesario revisar las barreras de acceso con miras a configurar un POS-S necesario y posible para



una población en una región, en términos de cubrimiento de riesgos y de garantía de prestación por el ente asegurador. De otra parte, el abordaje de la problemática en salud pública colectiva indudablemente requiere de reintegrar esta responsabilidad a los entes de dirección de salud del nivel territorial.

#### DESARROLLO DE LAS ARS

La Ley 100/93 no estableció categoría diferente para los entes responsables de asegurar la población subsidiada en el SGSSS y así pareciera estar concebido el Decreto 1485 / 94, pero en poco tiempo se configuró las ARS como entes diferentes, en comportamiento y garantías, enfatizando su papel de intermediarios-administradores más que su papel de aseguradoras.

El período D inició con 154 Empresas Solidarias impulsadas por el Ministerio de Salud a un costo cercano a los 60 mil millones de pesos, permitiéndoles en el período T operar como ARS experimentales, conjuntamente con 31 EPS-transitorias. El período F se inició con la aplicación del decreto 2357/95 que precisó las exigencias para administrar los subsidios y apuntó a incrementar la oferta y presencia de las ARS en todo el país. El país quedó cubierto con 229 ARS: 161 ESS, 49 Cajas y 19 EPS. En el período A las exigencias en organización y las garantías no tuvieron mayores ajustes; el número de ARS tipo Cajas o EPS se mantuvieron relativamente constantes, mientras se incrementaron en un 50 % las ARS tipo ESS, fenómeno que estuvo asociado con las utilidades que genera la administración de subsidios y la falta de regulación en la materia.

Al crecimiento del número de ARS fue desordenado y condujo a una oferta desproporcionada en municipios con bajas coberturas: El análisis de las coberturas por municipios, excluyendo los municipios capitales, demuestra que en 1998 en promedio el número de afiliados por municipio oscilaba entre 4 000 y 7 000 y en promedio existían entre 3 y 5 ARS por municipio, de las cuales una manejaba el 60 % de la afiliación, existiendo ARS que no contaban con más de 100 afiliados. Esto se acompañó de fenómenos de competencia desleal, crisis

financieras evidenciadas en las grandes ARS y conflictos de las ARS con las autoridades locales, IPS y Direcciones de Salud.

Este fenómeno de proliferación de entes especiales y diferenciales para el aseguramiento de los afiliados al RS ha generado incertidumbre en el Sistema en cuanto a garantías, y en algunos territorios han terminado convirtiéndose en factor de conflicto entre los actores del Sistema. El carácter diferencial entre los entes aseguradores del RS y el Régimen Contributivo, es observable hasta en las EPS que actúan en ambos regímenes, a tal punto que adoptan una doble personalidad institucional.

En cuanto a las ARS de carácter comunitario o ESS, algunos estudios practicados en 1998 y la problemática actual, demuestran que en muchas de ellas se ha distorsionado su carácter y objeto, convirtiéndose en entes que no son de propiedad de los beneficiarios del subsidio, que no orientan su gestión con énfasis en lo social y la salud de los afiliados, que no evidencian desarrollo organizacional y empresarial, o que han perdido su pertenencia territorial.

Sin embargo, subsisten Empresas Solidarias que han logrado exactamente lo contrario y han obtenido resultados adecuados y eficientes, compromiso local en salud y rescate del usuario como actor activo y protagónico. Aproximadamente 30 % de las ESS existentes en el país y que cuentan con 8 000 a 40000 afiliados y cubren entre 2 y 10 municipios de una misma región, tienen un desempeño cercano al modelo de aseguradoras comunitarias para el desarrollo en salud local, logro alcanzado a pesar de los factores adversos que ha tenido la implantación del RS. Estos logros no han estado presentes en las grandes ARS algunas de las cuales han hecho evidente su crisis y fracaso como administradores del subsidio.

Los resultados evidenciados en las ARS de tipo comunitario y pertenencia regional pondría en cuestionamiento lo planteado en el Plan Nacional de Desarrollo 1999-2002, en cuanto a agrupar las ARS o centrar la exigencia de garantías en torno al tamaño o respaldo financiero, lo cual podría llevar a la constitución de monopolios en el aseguramiento en salud, a coartar los procesos de construcción de la sa-

lud desde lo local y en últimas a menguar aún más el débil papel del usuario. Además, el obligar a un proceso de agrupación en empresas solidarias en proceso de desarrollo podría originar serios conflictos entre comunidades regionales por el poder en el ente resultante o propiciar que un grupo minoritario de avivatos se apropie de un capital que pertenece a las comunidades dueñas de estas empresas (Ley 100/93 art. 216). En el Plan Nacional de Desarrollo “Cambio para Construir la Paz” está claramente presente la intención de mantener a los entes afiliadores del RS en su papel de intermediarios o administradores de recursos y no reconocerles su papel como agentes aseguradores en salud.

#### EL PROCESO DE LAS IPS

En la Ley 100 de 1993 aparece dentro de los fundamentos del servicio público en salud no solo la libre escogencia de EPS, sino también de IPS; igualmente, la Ley posibilitó que las EPS pudieran prestar los servicios de salud a través de instituciones propias o contratadas, preceptos que terminaron siendo adoptados como contrarios. En el período D no se reglamentó la operatividad de estos preceptos. En el período T se instituyó el aseguramiento desde las Direcciones Departamentales de Salud en calidad de EPS transitorias con lo que la población “afiliada” quedó supeditada a obtener los servicios a través de la red pública de servicios y se truncó la libre elección tanto de IPS como EPS. Pero, los resultados financieros fueron atractivos para ambos actores al punto de crear una ilusión financiera transitoria con los recursos del subsidio a la demanda.

Cuando entraron en operación las ARS, tanto las direcciones territoriales de salud como las IPS publicas trataron de mantener la utilidad financiera derivada de la administración de los subsidios e incidieron directamente para mantener la contratación por capitación entre las ARS y las IPS. Esto le permitió a la red publica asegurar entre un 35 % y 50 % de la UPC a cambio de comprometerse con la prestación de una fracción del POS-S a los afiliados. Este procedimiento se mantuvo en el período A aún cuando en un menor nivel, pues algunas ARS ejercieron resistencia ante el ente territorial y defendieron la contratación con las IPS por medio del pago por servicio prestado.

Estos fenómenos prácticamente convirtieron en ilusión el precepto de libre elección de las IPS y desincentivaron el crecimiento de la oferta por servicios, objetivo esperado por la Ley 100 de 1993.

Aunque no hay estudios técnicos sobre crecimiento de la oferta de servicios de salud, el análisis empírico permitiría inferir que la oferta de servicios de mediana y alta complejidad en el RS se ha mantenido rígida a lo largo de los cinco años; es más, la situación de crisis hospitalaria entre 1998 y 1999 daría lugar a pensar que existe un decrecimiento de la oferta. Los servicios de baja complejidad del POS-S en una gran proporción de municipios colombianos deben ser garantizados con la red de puestos, centros de salud y hospitales locales, red que no se ha incrementado en gran parte del país. En algunos municipios Empresas Solidarias de Salud se han arriesgado al montaje de IPS o a la prestación directa de acciones de promoción y prevención, generando competencia y conflicto con la red pública local. Esta red alterna ha sido señalada por los contradictores como IPS “de garaje”. No se conocen estudios comparativos entre los dos tipos de IPS, pero lo cierto es que en algunos municipios las encuestas de satisfacción llevarían a pensar que la población prefiere a las últimas. De otra parte, el grado de resolución del POS-S se ha debilitado y el desarrollo del Sistema de Garantía de Calidad es aún incipiente así como el proceso de auditoría en salud. O sea, la reglamentación sobre las IPS, expedida en 1997, ha tenido escaso desarrollo.

#### PROCESO DE CONTRATACION

En los períodos D y T se suscribieron convenios para la puesta en marcha de las Empresas Solidarias de Salud. Los entes territoriales ejecutaron los recursos del subsidio mediante convenios a través de las EPS-transitorias. En el período F se operacionalizó la contratación del RS mediante la suscripción de contratos entre entes territoriales y las ARS, y se reglamentó parcialmente la Ley 100, posibilitando que los entes territoriales manejaran la contratación en forma diversa, haciendo difusas las obligaciones tanto del contratista como del contratante y sin mayores desarrollos del proceso de interventoría.

El período A se inició con la aplicación de actos reglamentarios que precisaron las obligaciones entre las partes al igual que definieron procedimientos para el ejercicio de la interventoría y control por parte de los entes territoriales; este ajuste normativo no se acompañó de mecanismos de apoyo financiero o de la cualificación técnica del personal de las direcciones territoriales de salud. Esta deficiencia terminará incidiendo en la poca dinámica de la interventoría, lo que llevó a que en la liquidación de los contratos no se contara con el suficiente referente técnico para verificar el cumplimiento de las ARS en la afiliación y aseguramiento efectivos de la población. Las distorsiones en la focalización, afiliación y prestación de servicios han afectado directamente la responsabilidad que tanto el ente territorial como las ARS adquieren con la suscripción de los contratos de administración de subsidios, lo que ha generado relaciones perversas entre autoridades territoriales, administradores y prestadores. Igualmente la imprecisión del derecho aplicable (público o privado) al proceso de contratación, la imprecisión de criterios para verificar cumplimiento y las limitantes financieras y técnicas de los entes contratantes para practicar el seguimiento e interventoría han hecho que el proceso de contratación tenga un bajo grado de desarrollo. Estas limitantes han llevado a que la liquidación de los contratos de períodos anteriores no haya avanzado, ni demostrado la ejecución y destino de los recursos del subsidio a la demanda.

#### EL PROCESO DE FINANCIACION

En 1996 la financiación del RS recayó en mayor proporción en recursos FOSYGA, fuente que tiende posteriormente a participar en menor grado en los períodos F y A, a tal punto que se equipara con los aportes que efectúan los entes territoriales. Los aportes con los recursos de participación municipal, presentan una tendencia prácticamente estable en los períodos F y A. En cambio, los recursos de situado fiscal o de transformación de oferta a demanda tienden a decrecer en el último período, e igual ocurre con los recursos aportados por las Cajas de Compensación Familiar.

En términos generales, la financiación del régimen subsidiado ha mostrado un incremento creciente y ha incentivado en los últimos

años a los entes territoriales (Departamento y Municipio) a que comprometan recursos que mejoren la sostenibilidad financiera y el incremento de coberturas. Este esfuerzo territorial no ha estado acompañado en la misma medida por el nivel central con recursos FOSYGA. Estos últimos recursos han dependido en alta medida del recaudo del punto de solidaridad del régimen contributivo; es más, este ingreso ha sido mayor al esperado presupuestalmente por el mismo gobierno. En contraposición el gobierno central ha cumplido parcialmente con el aporte del presupuesto nacional “paripassu”. Un estudio (4) señala que el aporte del Presupuesto Nacional al RS disminuyó en un 48 %, dejándose de percibir \$ 63 000 millones por este concepto y convirtiendo al gobierno central en el primer infractor en la aplicación de los recursos de salud, sumada cuenta de la baja ejecución de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA que en 1998 llegó al 76 %.

Recursos del Régimen subsidiado según fuentes (%). 1996-1998

Fuentes	1996	1997	1998
FOSYGA	65,3	43,3	52,2
Participaciones municipales-ICN	0	31,6	27,2
Situado Fiscal	21,0	18,3	13,3
Cajas Compensación	13,2	6,5	4,8
Rentas cedidas	0	0	2,2
TOTAL \$ <sup>a</sup>	349 438	800 818	1 099 544

<sup>a</sup> Millones de pesos del respectivo año.

Fuente: Informes del CNSSS al Congreso de la República

El respaldo financiero que los entes territoriales han dado al RS al comprometer recursos adicionales, provenientes de transferencias, ingresos propios y transformación de subsidios a la oferta, podría verse comprometido si el Gobierno Nacional mantiene la línea derivada del Plan Nacional de Desarrollo 1999-2002, en cuanto a abordar la solución al problema del flujo oportuno de los recursos mediante la transferencia directa a las ARS, desconociendo al nivel territorial; esto no solo traerá consecuencias financieras, sino que dificultará el ejercicio del control del RS, dado que la capacidad sancionatoria o de control de un contratante está ligada a la capacidad de afectar el pago al contratista. Es necesario por lo tanto identificar el incumplimiento de la autoridad territorial en el desembolso de los recursos comprometidos

y tomar medidas ejemplarizantes a quien incumpla, más no modificar las competencias territoriales.

Las perspectivas de ampliar coberturas del RS en 1999 son inciertas dada la inminente caída de las fuentes financieras. La situación fiscal del país, el recorte del gasto público y el eventual recorte y/o reforma de la Ley 60 de 1993 en el sistema de transferencias territoriales, incidirán directamente en los aporte municipales y en el situado fiscal de demanda. Detener la aplicación progresiva de la transformación de subsidios de oferta a demanda (Ley 344) pone en riesgo la sostenibilidad financiera de las coberturas actuales. El nivel de desempleo del país, que llega a cifras del 22 % traerá consecuencias en la afiliación al Régimen Contributivo y por ende en el recaudo del punto de cotización de solidaridad con que se alimenta el FOSYGA. De su parte, la reforma y la flexibilización laboral incidirán en el recaudo de los recursos de las Cajas de Compensación y en la financiación de afiliados al RS con estas fuentes. La recesión económica y la baja en el consumo incidirá en el recaudo de las rentas cedidas. En conclusión, la incertidumbre no es sólo alta para ampliar las coberturas sino también para sostener los niveles actuales.

A lo anterior se suma la posición difusa del Plan Nacional de Desarrollo 1999-2002 frente a la ampliación de coberturas del RS y el distanciamiento con respecto a la meta definida en la Ley 100 de 1993 de lograr la universalidad, igualdad e integralidad en el año 2001.

#### CONTROL Y VIGILANCIA DEL REGIMEN SUBSIDIADO

Después de un relativo estancamiento del RS en los períodos D y T, se presentó un desarrollo vertiginoso en el período F sin que con la misma dinámica se desarrollaran los mecanismos de control y vigilancia; se depositó confianza excesiva en el autocontrol, pero el desconocimiento de la normatividad o el conocimiento de las debilidades del aparato de control hacen que las normas no se acaten ni se desarrollen. La SUPERSALUD, como principal ente de control, no evidenció en el período F resultados contundentes frente a los infractores y sus efectos se hicieron evidentes sólo en el período A, en especial en el cambio de gobierno, al suspender la autorización de 12 ARS, sancio-

nar varias decenas y suspender la afiliación al régimen contributivo de algunas EPS que actúan en ambos regímenes. La Contraloría, la Procuraduría y la Fiscalía General han mostrado resultados aún incipientes y de poca magnitud en relación con la problemática.

Los entes departamentales y locales tanto de dirección como de control aún no tienen claras sus competencias en control y vigilancia, no cuentan con el suficiente apoyo y confianza del nivel central y sus decisiones tienen poca aceptación por los controlados; algunas terminan siendo desvirtuadas por las instancias superiores. El ejercicio de la interventoría a los contratos del RS no tiene desarrollo en los tres primeros períodos, fue objeto de precisiones en el período A pero no cuenta con mecanismos técnicos y financieros para implementarlo en el país. El proceso de liquidación de la contratación no demuestra un importante avance, carece de precisión en cuanto al procedimiento para verificar cumplimiento, no es aceptado y acatado en su rigor por las partes contratantes y finalizado el período A, aún no indica resultados que permitan dilucidar el grado de cumplimiento de lo contratado en períodos anteriores.

En conclusión, hay un rezago importante, tanto en la precisión como en la aplicación de los mecanismos de control y se ha generado un ambiente propicio para que se presenten fenómenos de corrupción y pérdida de cuantiosos recursos del sistema.

La solución no necesariamente está en expedir más normas, sino en simplificar las existentes y hacerlas cumplir; en establecer con precisión las competencias y obligaciones de cada actor y velar porque se cumpla con el rol asignado.

Es necesario recobrar la capacidad analítica y técnica del Ministerio de Salud y el CNSSS para ejercer el liderazgo y regulación del sistema; igualmente, es necesario fortalecer la Superintendencia Nacional de Salud para hacer efectiva la inspección, vigilancia y control por medio de mecanismos de descentralización y desconcentración. A nivel territorial se requiere fortalecer el papel directivo, técnico y de autoridad de las Direcciones Departamentales y Locales de Salud, e impulsar y respaldar los procesos de control social.



## LA DESCENTRALIZACION

En el contexto de la descentralización política y fiscal del país, en el período D se expidieron una serie de reglamentaciones algunas en sintonía con el proceso de descentralización desencadenado por la Ley 10/90 y la Ley 60/93. En el período T se dio competencia al nivel Departamental para asumir el proceso de aseguramiento y manejo de los recursos, ente territorial que para esta época estaba en proceso de redefinición práctica de las funciones y relaciones con el nivel municipal. El modelo de EPS transitorias conservó y respetó la relación entre entes territoriales y red de servicios; además, garantizó el retorno de los recursos financieros al territorio, aspecto que será conservado como ilusión o bandera reivindicativa tanto de las direcciones territoriales de salud como de la red pública, en los períodos sucesivos. En el período F se alteró la relación las direcciones territoriales de salud y la red prestadora con la irrupción de las ARS que se centraron en su papel como intermediarios financieros o como administradoras de subsidios. Este papel no permitió articularse con las políticas, planes y programas de salud que han trazado los municipios y Departamentos; es más, se convirtieron en obstáculos para la orientación de las direcciones de salud.

En gran parte del país las ARS no reconocen al alcalde y secretario de salud como directores de salud de su territorio, lo cual puede estar dado por el bajo desarrollo institucional de las direcciones territoriales de salud, por la imprecisión de las competencias, en especial las de control y vigilancia, y por que se construyeron relaciones perversas entre la autoridad local y la ARS.

El régimen subsidiado se ha adoptado a nivel local como herramienta para fortalecer las finanzas o para generar beneficios clientelistas en favor de la autoridad local al asignar subsidios o carnets a determinados grupos de población. El origen de esta distorsión pudiera obedecer a que el esquema de aseguramiento sobrepasa el ámbito local o no tiene claro su papel frente al desarrollo de la política local o regional en salud y su contribución a la consolidación del sistema local de salud. Esto podría explicar en parte el conflicto entre actores locales y entes afiliadores, y el problema en el flujo de recur-

sos, o la lucha de los territorios por lograr el retorno a la red pública de los recursos contratados con las ARS.

Por último, muy pocos municipios cuentan con una efectiva participación social (5). Los Consejos Municipales de Seguridad Social en Salud, diseñados como instancia de participación efectiva en la gestión y orientación del Sistema Local de Seguridad Social en Salud y como instancia de encuentro de actores, y que por lo tanto serían la expresión institucional de la descentralización, paradójicamente no han tenido auge ni desarrollo.

#### ALGUNAS CONSECUENCIAS

Las distorsiones del aseguramiento en el régimen subsidiado son indicativas de que los tres subsistemas existentes antes de la Ley 100 (seguridad social, sistema público y privado) persisten y están claramente diferenciados. El subsistema de seguridad social hoy denominado régimen contributivo se acerca al modelo de aseguramiento en salud y posibilita el acceso a un POS a través de una red de servicios pública o privada. Podría decirse que el subsistema público se ha transformado hoy en el régimen subsidiado y en el régimen de vinculados, estando el primero caracterizado por asignación de población pobre a entes afiliadores que ejercen la intermediación entre el subsidio del Estado y la red de IPS públicas o privadas y el segundo caracterizado por la virtual asignación de la población no subsidiada a la red pública de servicios. El subsistema privado de una u otra manera se mantiene como compensación a las deficiencias de los dos regímenes: en el régimen contributivo la población de medianos y altos ingresos no satisfecha con su POS y EPS, se ve obligada a tomar planes complementarios que le garantizan acceso a la prestación privada en mejores condiciones de oportunidad, acceso y calidad. En el régimen subsidiado el desconocimiento y las barreras de acceso han estimulado a la población para que comporte como vinculada.

De otra parte, el anterior sistema de salud lograba, de una manera u otra, cubrir al 65% de la población, mientras que en este momento estaría amparando al 43% de la población no afiliada. Esto indicaría un incremento en la proporción de población desprotegida con respecto a

la existente antes de la Ley 100, o indicaría el agravamiento en las condiciones de acceso a la población no cubierta por la seguridad social, dada la pérdida de poder adquisitivo de las personas de estratos medios y bajos de población.

#### REFERENCIAS

1. Herrera VT. Seguridad Social en Salud para Todos: entre la utopía y la realidad; 1999 (En edición).
2. Alvarado E. El Régimen Subsidiado de Salud. Bogotá: Fundación CREER; 1998.
3. FES, Fundación Santa Fe. Estudio sobre conocimiento de la población general, asociaciones de usuarios y veedores sobre el SGSSS en Santafé de Bogotá;1998.
4. Jaramillo I. Evaluación del Régimen Subsidiado en Salud. Coyuntura en 1998-1999. Santafé de Bogotá: FESCOL-Fundación Corona;1999 (Documento mimeográfico).
5. Herrera VT. Base Social y Gestión Participativa en las ESS. Resultados de la Encuesta a las ESS. Santafé de Bogotá: MINSALUD;1998.