



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud

Informe Final

Financiamiento del Régimen contributivo y otros
procesos

Capítulo 5

Financiamiento del Régimen Subsidiado

Capítulo 6



CAPITULO 5

FINANCIAMIENTO DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y OTROS PROCESOS

A continuación se desarrollan los procesos prioritarios de IVC relacionados con el Eje de Financiamiento: Régimen Contributivo y Otros Procesos.

Para llegar al desarrollo mencionado se identifican las debilidades detectadas¹, la naturaleza de las mismas, las propuestas de solución, los instrumentos para su implementación, los agentes implicados, su coordinación y en algunos casos el esquema de la situación sugerida.

Los procesos críticos o prioritarios, parte del presente eje son:

- Evasión y Elusión de Aportes (Generación de Recursos)
- Mecanismos de Compensación
- Afiliaciones Múltiples
- Pago de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito

5.1 PROCESO: EVASIÓN Y ELUSIÓN DE APORTES (GENERACIÓN DE RECURSOS)

5.1.1 ASPECTOS GENERALES

El principio de la afiliación al régimen contributivo es el de la libre escogencia por parte de los usuarios de la aseguradora (EPS) a la cual quieren estar vinculados. En términos teóricos la decisión de afiliación y la competencia entre aseguradoras, tiene como fundamento la red de prestadores y los niveles de calidad en la atención que se ofrece a los potenciales usuarios. No se compite por precio, ya que la tasa de cotización es fijada por norma y es igual para todas las aseguradoras.

La generación de recursos financieros provenientes del aporte por cotizaciones, en el caso de los trabajadores empleados, nace de la relación existente entre el trabajador y su patrono, relación cuyo fundamento es el contrato laboral . Con respecto a los trabajadores independientes, ellos deben presentar ante la EPS elegida una declaración de ingresos en el momento de afiliarse con base en la cual se calcula un ingreso presuntivo. Todos los cotizantes se comportan como afiliados frente al

¹ Fase I: Proyecto de referencia. Informes de Objetivo.

aseguramiento y como usuarios ante la prestación.

Así, el principio esencial que se debe observar dentro de la inspección, vigilancia y control de la generación de recursos es garantizar que la población con capacidad de cotizar se encuentra realizando los aportes que le corresponden y que ellos se producen según la base salarial real. Este planteamiento general comporta dos procesos esenciales: i) Afiliación como cotizante al régimen de toda la población con capacidad de pago; y ii) Pago íntegro de las contribuciones según los niveles de ingreso real del cotizante.

De esta manera las tareas fundamentales de IVC frente a la generación de los recursos en el régimen contributivo consisten en el control a la evasión y a la elusión de aportes al sistema. La evasión es el no cumplimiento o violación de las normas sobre obligaciones que lleven a un pago de una contribución. La elusión en tanto, es la utilización de normas especiales o vacíos normativos o ambigüedades en la norma, de tal forma que, sin existir incumplimiento o violación de las normas, el resultado es el aporte inferior al esperado.

5.1.2 DEBILIDADES DETECTADAS

De acuerdo con los estimativos realizados por el Proyecto 03 del PARS, en el 2000 la evasión y elusión total de aportes al régimen contributivo ascendió a cerca de 2 Billones de pesos, el 36.2% del recaudo potencial. En 1997 dicha tasa había sido del orden de 45.8%. En el año 2000 la evasión por no afiliación al sistema de personas con capacidad de pago fue de 15.7% y por subdeclaración de ingresos el 10%, más del 70% de la evasión total.

Otros estudios realizados por la Universidad Nacional, Fedesarrollo y la Fundación Corona han encontrado resultados convergentes: con cifras para 1998 la evasión se estimó en cerca de una tercera parte (34%) en el sector formal y cerca de las dos terceras partes (66%) en el sector informal. Los estudios auspiciados por la SNS, han encontrado que, sobre la base de un conjunto de contratistas con el Estado, la elusión de aportes es, en promedio, del 78%.

La existencia de tal situación es atribuible a diversas circunstancias así:

- No existen incentivos apropiados para la afiliación de grandes segmentos de la población por parte de las EPS. En particular existe evidencia acerca de que gran parte de los trabajadores independientes tienden a incorporarse al sistema solo en condiciones de expectativas de riesgo de su salud.
- Las EPS tienen elementos perversos para la afiliación de los trabajadores independientes: "debido a que las EPS compiten entre ellas por los inscritos, éstas pueden aceptar bajas contribuciones...para así aparecer más atractivas a los afiliados potenciales"
- Aunque las tareas de afiliación han sido asignadas legalmente a las EPS, éstas no tienen la capacidad ni los instrumentos legales ni los incentivos para verificar los ingresos de los cotizantes. Esta circunstancia es agravada por el hecho de que, en cualquier situación, el ingreso de las EPS por cada uno de sus afiliados se encuentra previamente definida por la UPC, siendo

indiferente al nivel de contribuciones que ellos realizan, con lo cual se carece de incentivos para propiciar una acción efectiva de estas instituciones frente a la elusión de aportes.

- En general el sistema carece de instrumentos de información eficaces que permitan verificar que las contribuciones que realizan los afiliados sean consecuentes con los niveles salariales que perciben.
- La posibilidad de ser detectado en la comisión de una práctica evasiva o elusoria es baja. Si a esto se adiciona el relativamente bajo valor de las sanciones establecidas, el resultado es un bajo riesgo para los empleadores infractores.
- La SNS carece de recursos técnicos, informáticos y financieros para verificar la correspondencia entre los aportes y los niveles de renta la cual, de suyo, se antoja harto difícil dada la magnitud del universo objeto de control. En sólo aportantes se cuentan más de 450.000, de los cuales unos 180,000 son empresas con tres o más trabajadores asalariados. Esta carencia se refleja no sólo en su limitada acción para realizar visitas e inspecciones, sino también en la ausencia de técnicas de fiscalización y de mecanismos de información apropiados.
- El conjunto de elementos planteados conduce a señalar la inexistencia de mecanismos adecuados de IVC sobre la evasión y la elusión de aportes al régimen contributivo.

5.1.3 NATURALEZA DE LAS DEBILIDADES

- De Sistemas de Información
- De carencia de información
- De capacidad sancionatoria

5.1.4 PROPUESTA DE SOLUCIÓN

A. Discusión Conceptual

El carácter de obligatoriedad, de cobertura nacional y con unidad de reglas de juego para su determinación y pago, hace de las cotizaciones al régimen contributivo de la seguridad social en salud, una contribución parafiscal de carácter eminentemente tributario. De acuerdo con lo anterior, la pregunta de fondo se relaciona con determinar cuál es el agente estatal que debería encargarse de realizar el proceso de supervisión del pago de los aportes al sistema.

Ante su naturaleza marcadamente tributaria, la supervisión de los aportes implica una solución que, necesariamente, debe pasar por la disposición de sistemas de información que permitan verificar los niveles de renta reales de los agentes económicos y controlar su condición de evasores o elusores y se induzcan efectos disuasivos. En este orden de ideas el asunto a resolver es definir si el manejo de la información debe ser o no realizado por la SNS, debido tanto a la naturaleza de las contribuciones como a sus limitaciones de recursos actuales (en la actualidad la División de Empleadores sólo

cuenta con cinco funcionarios con los cuales no es posible hacer una fiscalización proactiva); o si, en un proceso supervisado por ésta, los controles deban ser efectuados por una entidad externa, de carácter público o privado, con las debidas capacidades para realizarlos.

Más allá de la simple disposición de recursos, el carácter parafiscal de las contribuciones y las características del universo de control, conducen a considerar:

- El control a los aportes parafiscales, así como el control a los pagos de cotizaciones a la seguridad social en salud, constituyen solo uno de los campos de acción dentro del contexto de la tributación objeto de control en Colombia.
- Las decisiones que se adopten en este campo deben consultar la real capacidad de manejo de información y de consulta con otras bases de datos que sirvan como referentes para definir la situación ante los aportes al régimen (este es el fundamento del Registro Único de Aportantes – RUA -).
- El control mencionado escapa al campo y al ámbito de acción de los agentes existentes en la seguridad social en salud como tal, y debe ser abordado por las agencias estatales que en Colombia se encargan de ese manejo.
- La DIAN es la entidad encargada de la administración de los impuestos de carácter nacional, tiene la mayor experiencia en el control (fiscalización y cobro) de los impuestos, cuenta con la mayor cantidad de recursos especializados en la materia en el país (personal, tecnología y recursos financieros), y ha desarrollado un sólido sistema de información especializado en el control de los impuestos.
- El sistema sancionatorio de la DIAN tiene efectos disuasivos mucho más efectivos que los existentes en la actualidad en el sistema de salud.
- La DIAN tiene más de 6,000 empleados y no tiene sentido reproducir un ente fiscalizador de este tamaño.

Así, el análisis conceptual parece indicar que no sería la Superintendencia Nacional de Salud el ente idóneo para realizar el control de la elusión y la evasión de aportes.

La anterior discusión conduce a plantear diversos escenarios alternativos para la supervisión de los aportes al régimen contributivo. El primer escenario se concreta en mantener la supervisión en cabeza de la SNS, mientras que la alternativa, más apropiada técnicamente, sería la de colocarla bajo la esfera del ente especializado en la supervisión de tributos (la DIAN).

B. Propuesta de Reforma al Proceso de Fiscalización del Recaudo

El proyecto 03 del PARS, que se ocupó del control de la evasión y elusión de aportes al SGSSS, contiene las propuestas de la Unión Temporal para introducir un nuevo proceso de fiscalización del recaudo, orientado a institucionalizar un procedimiento de control permanente que se incorpore en

la estructura del sistema de recaudo, para garantizar un adecuado nivel de cumplimiento del pago de los aportes, lo cual debe traducirse en una disminución de los índices de evasión y elusión que se revelan actualmente. Para este propósito, el Proyecto 03 incorpora un proyecto de Decreto ley sobre fiscalización, que se expediría con fundamento en las facultades conferidas por el Artículo 111 de la Ley 715 de 2001, específicamente en el numeral 1, que permite *‘organizar un sistema de inspección, vigilancia y control, adaptable a distintos tipos de instituciones y regiones que permita atender situaciones especiales’*.

Para este propósito se refiere al lector al Capítulo 4 del Informe Final de este proyecto, para mayor ilustración de lo que allí se propone.²

En este numeral se complementa y amplía este producto de la Unión Temporal contenido en el Proyecto mencionado, con sus implicaciones para el modelo de IVC que se plantea en este Proyecto 05 del PARS.

C. Escenarios de Fiscalización

i. Alternativa 1: Se mantiene el Control en la SNS

En el caso de mantener las condiciones actuales, es decir, de mantener en cabeza de la SNS el control sobre la elusión y la evasión de aportes el instrumento esencial para desarrollar esta actividad es la disposición de sistemas de información adecuados, incrementando el riesgo de detección para los agentes que incumplen sus obligaciones de aporte de las cotizaciones a la seguridad social en salud, para lo cual se propone la utilización del Registro Único de Aportes al Sistema Integral de Seguridad Social (RUA).

Con el RUA se establece un sistema de información unificado para todos los participantes en el Sistema Integral de Seguridad Social (Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales), construyendo una base de datos unificada de los empleadores, de los empleados y de los trabajadores independientes con obligación de cotizar, y un cruce de información que permita establecer los valores mínimos de ingresos base de cotización con los cuales las cotizaciones deberían calcularse. Esta alternativa presenta importantes limitaciones:

- La información reportable sobre irregularidades detectadas se refiere al mundo interno de la seguridad social (pensiones, salud y riesgos profesionales), lo cual constituye un campo de trabajo limitado. Con el agravante de que pensiones y riesgos profesionales sólo son obligatorios para los trabajadores con contrato de trabajo, mientras que salud es obligatoria para toda la población con capacidad de pago.
- Existiendo en Colombia más de un millón de empresas (incluyendo formales e informales), el tipo de registro que más unidades reporta es el sistema de salud, el cual se ubica bastante por

² Bitrán Ass-Econometría-Sei ‘Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de la Afiliación, Pago y Recaudo de Aportes al Sistema’ Proyecto 03-99 PARS, Ministerio de Salud, Volumen I – Informe Final- Propuestas, Capítulo 4 (Fiscalización). Abril de 2002

encima del número de empresas registradas por los sistemas de pensiones y de riesgos profesionales. Esto hace que de un cruce de información entre estas instituciones, el resultado sea muy probablemente un aporte de información de salud a otros sistemas y en mucho menor medida al contrario.

- La entidad de control que tiene más personas naturales de altos ingresos reportados que el sistema de salud es la DIAN, por lo que se constituye en un potencial importante de información para cruces e inicios de investigación. Este universo está por fuera del RUA.
- La entrega de la información a la SNS significa la entrega de información a una institucionalidad débil, no especializada en el tema y con fuertes limitaciones para ejercer efectivos controles sobre el sistema, lo cual puede disminuir o anular el efecto del control mediante el RUA.
- Finalmente, se encuentra el hecho de que la capacidad disuasiva de la SNS (al menos en el corto plazo) no tiene las mismas dimensiones de la existente con relación a la DIAN, aunque debe reconocerse que este aspecto puede ser corregido en el mediano plazo mediante una actuación dinámica y ejemplar en el campo sancionatorio, pues el organismo de control tiene las facultades correspondientes frente a los empleadores, de acuerdo con la ley 100 de 1993.

De esta manera, asumiendo que se mantiene el control de la elusión y la evasión en la SNS, es posible definir mejoras en los resultados a partir del RUA, pero limitaciones en las mismas por la ausencia de la información tributaria

Una variación de la alternativa de mantener el control en la SNS consiste en establecer, a través de mecanismos legales, la posibilidad de uso por parte de esta entidad de control de las bases de datos correspondientes a la renta y patrimonio de los aportantes.

Esta posibilidad ofrece la ventaja de disponer de una información referente amplia que facilite la identificación de los posibles evasores y elusores del sistema. No obstante, en sentido contrario, presenta al menos dos desventajas que deben tenerse en cuenta a la hora de tomar las decisiones al respecto: la primera se relaciona con la conveniencia de que las bases de datos mencionadas, por su carácter de confidencialidad, sean manejadas por un número plural de agentes de control (en este caso, la SNS y la DIAN); la segunda, y quizás más importante, se refiere a la logística con que es necesario dotar a la SNS para desarrollar eficientemente este control, tanto en términos de personal como de instrumentos de tecnología informática.

ii. Alternativa 2: Proceso de Inspección y Vigilancia por fuera de la SNS

Dado el carácter de parafiscales de los aportes, la solución más apropiada es beneficiarse del nivel de especialización de otras agencias del Estado en este campo en donde el proceso podría ser más eficiente y más barato. Dado que en la actualidad la DIAN puede celebrar convenios interadministrativos para fiscalizar otras áreas del Estado diferentes a Impuestos Nacionales, se podría diseñar un convenio con la DIAN para que se haga cargo de la IVC de los aportes al sistema

y que la SNS se haga cargo de la interventoría del mismo. **O se podría pensar en esquemas alternativos, como sería que la DIAN se haga cargo solamente de la vigilancia e inspección de los aportes, que cruce información de los aportantes al SGSSS con otras fuentes de datos y que la parte sancionatoria quede en la SNS.** Una solución aún más radical es que la función de fiscalización se le asigne por Ley a la DIAN; esto, sin embargo, no le daría suficientes incentivos a esta Dirección, para el control de la evasión en salud, frente a sus responsabilidades de control de la evasión de los impuestos nacionales, que es su misión principal.

Establecer el control por parte de la DIAN tiene una serie de ventajas:

- La DIAN es la entidad encargada de la administración de los impuestos de carácter nacional, tiene la mayor experiencia en el control (fiscalización y cobro) de los impuestos, cuenta con la mayor cantidad de recursos especializados en la materia en el país (personal, tecnología y recursos financieros), y ha desarrollado un sólido sistema de información especializado en el control de los impuestos.
- Entrega las acciones de control a la entidad especialista en el tema. Además, elimina una duplicidad normativa existente de facto en la actualidad, resolviéndola por la vía de la mayor competencia y capacidad de solución.
- Especializa el control a la evasión de las cotizaciones pasando de una institucionalidad débil y sin potencial de desarrollo práctico a otra con características más adecuadas para este propósito.
- Facilita y potencia los cruces de información. El desarrollo del RUA como parte de las actividades de la DIAN, permite la utilización de las bases de datos tributarias para la realización de cruces de información con personas naturales y/o jurídicas y por tanto la determinación de la posible omisión de la obligación de registrar y pagar los aportes al SGSSS, así como establecer indicios e iniciar investigaciones con la información económica completa de los contribuyentes.
- El sistema sancionatorio de la DIAN tiene efectos disuasivos mucho más efectivos que los existentes en la actualidad en el sistema de salud.
- Consolidaría la función de la SNS como entidad de supervisión de segundo piso con una función meramente controladora y coordinadora y, si se quiere, sancionatoria.

La discusión real de esta propuesta se basa sobre su institucionalidad y la voluntad política que exista para su implementación, pues el tema de los costos se encuentra prácticamente por fuera de la discusión si se tiene en cuenta que los mayores recaudos permitirían sufragar ampliamente los costos del convenio interadministrativo. La realización de este convenio con un costo equivalente a un porcentaje de los mayores recaudos obtenidos indica, de suyo, que existe un beneficio ampliamente adicional.

Una opción alternativa a la de la DIAN es que la SNS pueda subcontratar auditorías especializadas sobre los aportantes, para hacer vigilancia permanente con base en un sistema de alertas y visitas

ocasionales de inspección sobre nóminas, y que reporten irregularidades a dicha Superintendencia para que ésta ejerza el poder sancionatorio que tiene. Si bien esta alternativa tiene la ventaja de mantener el esquema de segundo piso, presenta la desventaja de no tener agentes externos especializados y de poseer restricciones frente al acceso a la información necesaria para realizar la vigilancia. Así mismo los costos que ocasionarían tales auditorías, enfrentados a los dudosos resultados por las razones de limitación de información aludidas, hacen que esta alternativa sea muy poco atractiva frente a la del convenio interadministrativo con la DIAN.

Aplicación del Estatuto Tributario a las Cotizaciones en Salud

La capacidad de disuasión actual de la SNS es de bajo poder para hacer que los empleadores cumplan adecuadamente con su obligación y corrijan su conducta. De esta manera, cualquiera que sea la alternativa seleccionada es preciso que los agentes sean persuadidos de la obligación del pago elevando el riesgo económico que implica la detección y determinación de sus incumplimientos. Con este fin se proponen dos instrumentos así:

Aplicación del procedimiento tributario establecido en el libro V del Estatuto Tributario: con ello se elevaría el nivel de transparencia, técnica investigativa, y los resultados del proceso de fiscalización en este campo. Adicionalmente, para el empleador existiría una unificación de procedimientos con respecto a sus diferentes obligaciones, resultando ello en una simplificación del conjunto de sus responsabilidades frente al Estado.

Aplicación de las sanciones establecidas para los impuestos nacionales: se mejorarían las facultades sancionatorias establecidas de la SNS y su capacidad de disuasión actual.

En el sentido propuesto, el modelo de gestión de inspección, vigilancia y control sobre la afiliación y pago en el régimen contributivo considera diferentes alternativas de la siguiente manera:

5.1.5 INSTRUMENTOS PARA IMPLEMENTAR LA SOLUCIÓN

Para el establecimiento de las propuestas descritas, para la Alternativa 1, se hace necesario:

1- Control a la Evasión

Incremento del riesgo de detección de incumplimiento:

- Desarrollo del RUA; no se necesita ninguna modificación normativa.
 - Cruces de información con la Parafiscalidad y la DIAN. Cambio en el Estatuto Tributario, y en del Decreto 452 de 2000. No se hace necesario modificar la Ley 100 de 1993.
- Incremento de riesgo de valor económico de las sanciones
 - - Aplicación del procedimiento establecido en el libro V del Estatuto Tributario; no se hace necesario un cambio especial al procedimiento tributario.

- - Aplicación de las sanciones tributarias establecidas para los impuestos nacionales; no se necesitan cambios normativos en los esquemas de sanciones establecidos en la actualidad.

2- Control a la Elusión

- Desarrollo del RUA; no se necesita ninguna modificación normativa.
 - Cruces de información con la Parafiscalidad y la DIAN. Cambio en el Estatuto Tributario, y en del Decreto 452 de 2000; no es necesario modificar la Ley 100 de 1993.
 - Elevación del nivel de ingresos presuntos como Ingreso Base de Cotización para los trabajadores independientes: Se hace necesario modificar el reglamento que al respecto expide la SNS.

Para la Alternativa 2, el instrumento es la realización de un Convenio Interadministrativo entre la SNS y la DIAN.

5.1.6 AGENTES IMPLICADOS

- Ministerio de Salud
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público
- Superintendencia Nacional de Salud
- Empresas Promotoras de Salud
- Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
- Direcciones Locales de Salud

5.1.7 COORDINACIÓN DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Para la adopción de las medidas propuestas y para la aplicación de los instrumentos descritos, es necesaria una coordinación adecuada entre la SNS y la DIAN. En esta coordinación, la SNS se convertirá en usuario de la información y de los resultados de las investigaciones tributarias adelantadas por la DIAN, quien asumiría la responsabilidad plena por los procesos de fiscalización, determinación oficial, discusión e imposición de sanciones; existe la alternativa de que la capacidad sancionatoria permanezca en la SNS, si así se considera conveniente por razones institucionales.

Para este propósito, dentro de los productos del Proyecto 03, uno de cuyos objetivos era proponer medidas contra la evasión y elusión de aportes, se incluyó un borrador de Convenio Interadministrativo entre el Ministerio de Salud y la DIAN, que permitirá sentar las bases contractuales para esta coordinación.

5.2 PROCESO: MECANISMO DE COMPENSACIÓN

5.2.1 ASPECTOS GENERALES

El mecanismo de compensación entre afiliados a las distintas Entidades Promotoras de Salud, EPS, a través del FOSYGA, tiene como propósito central garantizar la solidaridad y equidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, evitando selección adversa de la población por su nivel de ingresos, sexo o edad, posibilitando la libre escogencia de entidad promotora por parte de los afiliados y la libre competencia entre ellas, promoviéndose, además, la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Operativamente la Compensación es el proceso mediante el cual el pago total de las cotizaciones obligatorias, sea recaudado en cuentas unificadas del sistema o por las EPS, financia las UPC de los afiliados que estén al día en sus pagos en cada una de las EPS. Requiere, por lo tanto, saber en forma detallada quien está al día en sus pagos y quien no.

5.2.2 DEBILIDADES DETECTADAS

Si bien el mecanismo previsto efectivamente permite alcanzar los objetivos planteados, su reglamentación y desarrollo práctico han generado múltiples deficiencias que se han traducido en impedimento para la cabal y eficiente operación del SGSSS.

Las deficiencias advertidas en el proceso de compensación comienzan con las verificadas en los procesos de afiliación y recaudo que le anteceden.

La hipótesis demostrada con los diferentes estudios adelantados por la Unión Temporal es la siguiente: La reglamentación y puesta en marcha del proceso de compensación supone un alto grado de sistematización y perfección en los procedimientos de los diferentes actores y desconoce las posibilidades reales de cumplimiento en los plazos establecidos, originando costos de administración excesivos, deficiente manejo financiero de los recursos del sistema, imposibilidad de ejercer controles adecuados y limitaciones para la acreditación de derechos de los usuarios y para la adecuada prestación de los servicios.

El Proyecto 03 del PARS adelantado también por la Unión Temporal ha identificado los problemas de la compensación y ha propuesto una reestructuración del proceso y de las entidades encargadas de su manejo³. Entre los problemas identificados están:

- Término legal muy corto para efectuar la compensación
- Multiplicidad de DGC con altos costos de procesamiento de información, que dificultan enormemente el proceso de control

³ Ver Informe Final del proyecto 'Evaluación y reestructuración de procesos, estrategias y organismos públicos y privados encargados de la afiliación, pago y recaudo de aportes al SGSSS' Capítulo 3 Compensación. Unión temporal Bitrán & Asociados, Econometría, Esap, Abril, 2002.

- Persistencia de graves problemas de multifiliación y multicompensación
- Inexistencia de bases únicas de mensuales en plazos determinados
- Costos de transacción elevados para las EPS y el FOSYGA
- Saldos no conciliados y no legalizados

Frente a estos problemas dicho Proyecto ha propuesto la creación de un Banco Único de Afiliados al SGSSS, sobre el cual se pueda realizar una compensación coherente, presentar una única DGC por caja y ampliar el plazo para su presentación, colocándola al final del proceso de compensación y no al inicio como es en la actualidad, y simplificar los flujos de información de soporte.

Estas medidas deben contribuir a facilitar la fiscalización y control de los problemas de multifiliación, multicompensación y saldos no conciliados.

La Inspección, Vigilancia y Control del proceso de Compensación, se agrava por la duplicación de funciones existente en la actualidad. El Ministerio de Salud, como ordenador del gasto del FOSYGA, ejerce funciones de IVC sobre el operador del encargo fiduciario y sobre las EPS; la SNS ejerce también funciones de IVC sobre el proceso de compensación, pero tiene limitaciones para sancionar al Ministerio; finalmente, el encargo fiduciario está obligado contractualmente a tener una auditoría externa del proceso.

5.2.3 NATURALEZA DE LAS DEBILIDADES

- Sistemas de información
- Normatividad vigente
- Duplicación de funciones

5.2.4 PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

La reestructuración propuesta del Proceso de Compensación busca los siguientes objetivos: cumplir cabalmente con los objetivos que originaron el establecimiento del proceso de compensación dentro del SGSSS, diseñando un mecanismo de compensación efectivo a partir de un proceso fácil de recaudo y pago de los aportes de los afiliados, posibilitando su identificación, vigilancia y control, así como la imposición de sanciones cuando haya lugar a ellas.

Con la ordenación y simplificación del proceso de compensación se podrán simplificar las actividades de inspección, vigilancia y control.

Las propuestas de la Unión Temporal para mejorar la IVC del Proceso de Compensación son las siguientes:

A. Sistemas de Información

Los problemas de control del Proceso de Compensación son en una alta proporción un problema de sistemas de información. La propuesta en este campo parte de la base de crear un Banco Único de Afiliados del SGSSS, mediante el cual sea posible garantizar la unicidad de registros de afiliados en todo el sistema. La naturaleza de la solución es, por lo tanto, de autocontrol por parte de las EPS y de autorregulación a través de administrador del encargo fiduciario del FOSYGA.

La entidad que administre el Banco Único de Afiliados del Sistema, debe entregar al FOSYGA, la validación de todas las nuevas afiliaciones y traslados entre EPS en el RC, de forma tal que se garantice que en la compensación no haya problemas de multifiliación, ni de multicompensación.

B. Asignación de Funciones de IVC

Las funciones de IVC del Ministerio de Salud y de la Auditoría externa del FOSYGA, deben integrarse en una sola, la auditoría externa, que debe responder al Ministerio de Salud, como mecanismo único de autocontrol sobre el manejo del proceso de compensación. La vigilancia y control de esta auditoría debe estar a cargo de la Contraloría General de la República.

La SNS debe mantener sus funciones de IVC sobre el proceso de Afiliación, que alimenta el proceso de Compensación, para garantizar que no se presenten problemas de multifiliación, ni multicompensación, ni de saldos no compensados.

5.2.5 INSTRUMENTOS PARA IMPLEMENTAR LA SOLUCIÓN

- Aspectos legales y reglamentarios

El Artículo 205 de la Ley 100 establece las bases legales para el proceso de compensación. Su reglamentación posterior estableció la DGC, como el mecanismo para realizar dicha compensación. En dicho artículo se establece que la compensación debe realizarse al día siguiente de la fecha límite para el pago oportuno, fecha que claramente es imposible de cumplir. Este artículo y las normas reglamentarias que regulan el proceso de compensación deben modificarse para permitir la simplificación y adecuación del proceso a las condiciones reales que se pueden lograr eficientemente; y, en particular para establecer una única DGC, como cierre del proceso de compensación, para facilitar su fiscalización y control.

- Creación del Banco Único de Afiliados

La creación del Banco Único de Afiliados debe acompañarse de la creación reglamentaria de la Central Única de Afiliación que lo administre. Estableciendo las funciones correspondientes. Esta central podría ser administrada por encargo fiduciario, o ser un ente de naturaleza privada, creado por iniciativa de las EPS.

- Fortalecimiento de la Auditoría Externa del FOSYGA

La auditoría externa del Fosyga debe fortalecerse en sus aspectos técnicos y de manejo de auditorías de sistemas de información, para poder cumplir a cabalidad las nuevas funciones que tendría.

5.2.6 AGENTES IMPLICADOS

- Ministerio de Salud
- Administrador del encargo fiduciario del Fosyga
- EPS
- Administrador de la Central Única de Afiliación
- SNS
- Contraloría General de la República

5.3 PROCESO: AFILIACIONES MÚLTIPLES

5.3.1 ASPECTOS GENERALES

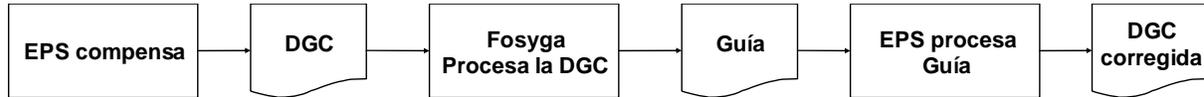
En el año 2000, con la expedición de las Resoluciones 1493 (junio), 2309 (septiembre) y 3209 (diciembre), se adoptaron nuevos formatos para la presentación de la Declaración de Giro y Compensación, se estableció que los medios magnéticos conteniendo la información detallada que soporta cada una de las DGC, forma parte integral de la Declaración, sin lo cual se entenderá como no presentada, se fijó como fecha límite final para esta presentación el mes de diciembre del 2000 y se puso a disposición de las EPS y otras entidades obligadas a compensar el validador que verifica la estructura de los datos, para facilitar la resolución en la fuente de los problemas de identificación multifiliación, multicompensación, y otros errores, con el objeto de poder efectuar en forma oportuna el proceso de compensación. Con estas resoluciones se pretendía eliminar algunos problemas de la compensación y unificar la información enviada por las aseguradoras al administrador fiduciario del Fosyga. Los resultados observados en el 2001 son contradictorios. Subsisten los siguientes problemas dentro del proceso de Compensación:

La normatividad vigente permite construir un archivo de personas compensadas mes a mes, sin embargo, no permite disponer de un archivo único de afiliados al Régimen Contributivo, lo cual dificulta la labor de compensación y de validación de derechos en el Sistema.

Las estructuras de la información manejadas por cada EPS para al Malla de validación no es todavía homogénea, lo cual dificulta su comparación.

Por los problemas de información identificados con la implementación de la Resolución 1493/00, en especial los multifiliados y multicompensados dentro del RC, durante los meses de diciembre de 2000 y febrero de 2001 se paralizó el proceso de compensación y se inició un proceso de

depuración de las bases de datos de las aseguradoras. En la actualidad el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga recibe los anexos técnicos de las DGC, las procesa e identifica los multiafiliados y genera la “guía” (base de datos de compensados sin multiafiliados) que devuelve a la EPS para su verificación. Una vez la EPS compara su información con la de la guía genera, por sustitución, la DGC correspondiente al mes, de acuerdo como se presenta en el siguiente diagrama:



Este proceso se realiza para cada uno de los tipos de DGC existentes, la inicial, la primera de adición, la segunda de adición, y las de corrección⁴; finalmente la DGC pasa al estado de Aprobada o No Aprobada.

Para la verificación de multiafiliación se tenían las siguientes variables: Número y tipo de documento de identificación, primer y segundo nombre, primer y segundo apellido, y fecha de nacimiento. En la actualidad se utilizan el número y tipo de documento de identidad y el número de días compensados, el cual no puede ser mayor a 30, como variables de verificación dentro del proceso de compensación, sin embargo, se siguen presentando problemas de identificación.

La resolución de los conflictos generados por la multiafiliación entre EPS no ha podido ser un proceso ágil, donde las decisiones sean prontas; y los errores se siguen reproduciendo mensualmente por no contar con un Archivo Único depurado de Afiliados del Sistema y tener que recrear mes a mes el archivo de afiliados compensados.

Para la verificación de afiliados fallecidos se está comenzando a utilizar la base de datos que proporciona la Registraduría Nacional del Estado Civil al Ministerio de Salud; en estos casos se han encontrado con varias situaciones inconsistentes, como cuando el fallecido se encuentra como cotizante al RC y está al día, conducta que aparentemente se hace con el fin de mantener la afiliación de los beneficiarios.

Los grandes esfuerzos que han hecho el Ministerio de Salud y la SNS en los dos últimos años para controlar los problemas de multiafiliación y multicompensación han sido muy importantes, y efectivamente ha logrado reducir sus impactos sobre los recursos disponibles para cubrir las UPC reconocidas a los aseguradores; sin embargo, no se han atacado de fondo los tres problemas centrales que originan recurrentemente estas situaciones o dificultan su control:

- El problema de identificación de afiliados
- El problema de multiempleo

⁴ Sólo se considera una Declaración de Giro y Compensación de Corrección cuando se modifica la base de datos del anexo técnico, de lo contrario será una DGC de adición y sustituye en la DGC inicial de acuerdo con el número de radicación. Cuando se presenta corrección en una DGC anterior al mes de diciembre de 2000, la DGC que se corrige se registra como Extinta Aprobada o No Aprobada.

- El problema de sistemas de información de afiliación y recaudo

El problema de identificación de afiliados surge por la inexistencia en el país de un Número Único de Identificación Personal (NIP). Este es un problema al cual el país le debe dar prontamente una solución definitiva, si quiere implementar políticas sociales integrales con focalización del gasto público en las poblaciones más pobres o vulnerables. En este contexto, el SGSSS debe convertirse en el epicentro de toda la política social, en la medida en que el aseguramiento en salud, es el único instrumento de política social que tiene cobertura universal y debe llegar en un futuro cercano a los 42 Millones de colombianos.

El problema de multiempleo es una realidad en la economía, al cual el SGSSS debe adecuarse. La forma de hacerlo es reconociendo que la relación cotizante - aportante es una relación múltiple y, por lo tanto, puede haber múltiples registros de recaudo por cotizante. El proyecto 03 del PARS, desarrollado también por la Unión Temporal, tiene la propuesta de rediseñar el sistema de información de recaudo, bajo el concepto de entidad - relación, que puede ayudar a resolver este problema, que es una de las posibles causas del fenómeno de multifiliación.

El problema de sistemas de información de afiliación y recaudo se origina en la dispersión y falta de control sobre los procesos de afiliación y recaudo, cuya solución intermedia es la creación de una Central Única de Afiliación que administre un Banco Único de Afiliados del SGSSS, entidad que puede ser un encargo fiduciario del Sistema o una entidad de naturaleza privada creada por las propias EPS, con la función primordial de autorizar nuevas afiliaciones y traslados entre EPS, garantizar registros únicos de afiliación por afiliado. En el más largo plazo se propone centralizar el recaudo en cuentas únicas del sistema y convertir esta central de información en una Central Única de Afiliación y Recaudo.

El nuevo modelo de IVC que se plantea para controlar estos problemas de multifiliación y multicompensación, parte de que estas recomendaciones se adopten en el mediano y largo plazo.

5.3.2 NATURALEZA DE LAS DEBILIDADES

- Problemas de identificación de afiliados
- Sistemas de Información
- Coordinación con otras bases de datos

5.3.3 PROPUESTA DE SOLUCIÓN

Las propuestas de solución para mejorar los mecanismos de IVC de la compensación en relación con estos problemas de multifiliación y multicompensación parten del diagnóstico de la problemática, e incorporan los siguientes elementos:

- Adoptar a la mayor brevedad posible el Número Único de Identificación Personal (NIP) en el país.

- Creación de un Banco Único de Afiliados del SGSSS y de una Central Única de Afiliación, para su administración
- Adoptar las recomendaciones del Proyecto 03 del PARS para mejorar y simplificar los sistemas de información de afiliación y recaudo.
- Sobre estas bases, el nuevo modelo de IVC del proceso de Compensación, para controlar estos problemas, tendría una altísima componente de autorregulación y auto control, en la construcción de las bases de datos que soportan dicho proceso (Afiliación y Recaudo). En estas condiciones, el control posterior, sería un problema de auditoría de sistemas, que debería manejarse como tal por una agencia que pueda desarrollar la capacidad técnica para hacerlo.
- La Superintendencia Nacional de Salud puede ser esa agencia, la cual podría hacerlo directamente con sus propios recursos informáticos, o subcontratarlo con un Centro de Computo especializado.

5.3.4 INSTRUMENTOS PARA IMPLEMENTAR LA SOLUCIÓN

En este caso se trata de una simple decisión política y administrativa.

5.3.5 AGENTES IMPLICADOS

- Superintendencia Nacional de Salud
- FOSYGA
- Central Única de Afiliación
- EPS
- Aportantes
- Auditores de Sistemas

5.4 PROCESO: PAGO DE EVENTOS CATASTROFICOS, ACCIDENTES DE TRANSITO DEL FOSYGA Y OTROS PROCESOS

5.4.1 ASPECTOS GENERALES

Dentro del conjunto del sector de la salud se ha previsto la atención de algunos eventos no previsibles que inciden de manera intempestiva, pero evidente, en la calidad de vida de la población y que requieren de la atención del Estado colombiano. En particular se hace referencia, en primer lugar, a los denominados eventos catastróficos, dentro de los cuales se contemplan, entre otros, la ocurrencia de desastres naturales tales como terremotos, inundaciones, desplazamientos de

población, actos de terrorismo, asonadas, etc.

Para atender estos eventos se han previsto distintos mecanismos que involucran diferentes agencias del Estado, las cuales actúan bajo el espíritu de la solidaridad, buscando atender de manera pronta a los segmentos de la población que se ven afectados por los siniestros que acontecen.

Dentro de dichas agencias se encuentran las Oficinas de Atención de Desastres existente a nivel nacional y en el nivel local, la Red de Solidaridad y, en lo referente al sector de la salud, de manera específica, se ha previsto su injerencia a través de recursos del FOSYGA, los cuales tienen como objeto reconocer los pagos de la atención de emergencia en lo referente a la salud.

En un sentido similar, pero esta vez relacionado con eventos de tipo particular, el sistema reconoce la atención en salud que se requiere en la ocurrencia de accidentes de tránsito y que realizan los prestadores de salud, en los eventos definidos por la ley.

Los recursos para los eventos mencionados se manejan a través de la subcuenta del FOSYGA denominada de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, en donde el Fondo mencionado actúa como una suerte de asegurador o como un administrador de un plan de beneficios particular establecido por la ley para esta clase de siniestros, pagando directamente a las instituciones prestadoras de servicios la atención que ellas han proporcionado a los damnificados con base en las tarifas establecidas para el seguro obligatorio de accidentes de tránsito.

De la manera planteada, el procedimiento operativo para el reconocimiento de los pagos consiste en la presentación de la factura por parte del prestador de servicios al FOSYGA y la posterior verificación de éste acerca de la validez y exactitud de la cuenta presentada, realizando los estudios técnicos, jurídicos y médicos que sean pertinentes. Lo anterior significa que existen distintos procedimientos de control a la operación de la subcuenta en comento los cuales convergen, en primer lugar, hacia la identificación de la realidad de la ocurrencia del evento que se está reclamando; en segunda instancia, hacia la verificación de que los servicios prestados no incluyeron afiliados al régimen contributivo y, finalmente, en la corroboración de que los servicios facturados fueron realmente los prestados.

5.4.2 DEBILIDADES DETECTADAS

El estudio de los procesos de reconocimiento de pago por eventos catastróficos y accidentes de tránsito ha mostrado las siguientes debilidades:

- Existe un universo excesivamente amplio que debe ser objeto de IVC. La amplitud de este universo radica en diversos aspectos: por una parte, en la extensión del territorio y la dispersión de los hechos a reconocer; por la otra, en la multiplicidad de casos aislados que se presentan, así ellos ocurran en una zona geográfica determinada. La conjunción de estos dos elementos hace que la verificación de los hechos que se reclaman sea poco factible.
- No existen cálculos actuariales acerca de la probabilidad estadística de ocurrencia de accidentes de tránsito. Ello implica una enorme dificultad para la programación presupuestal de la

subcuenta ECAT.

- No existe un término de prescripción para la presentación de las reclamaciones por parte de los prestadores que han atendido a los siniestrados, con lo cual se dificulta, aún más, el manejo presupuestal de la subcuenta, adicional a las complicaciones que tal circunstancia conlleva para los procesos de verificación de los siniestros.
- No existen procedimientos regulares para efectuar cruces de la información de los siniestrados con las bases de datos de personas pertenecientes al régimen contributivo o a de personas fallecidas.
- La verificación de las reclamaciones es puramente procedimental, en el sentido de determinar si el diligenciamiento de la documentación requerida se encuentra o no en regla y si las tarifas reclamadas son acordes con la definición de tarifas del SOAT.
- Dadas las circunstancias anteriores es altamente presumible que se presenten episodios de fraude en las reclamaciones que se realizan a la subcuenta ECAT del FOSYGA, en particular en lo relacionado con accidentes de tránsito.
- El Ministerio de Salud, a través de la Coordinación de la subcuenta ECAT de la Dirección de Financiamiento, funge como ordenador del gasto de los recursos del FOSYGA. Esta atribución legal ha sido asumida por el Ministerio en el sentido de volver a realizar las verificaciones documentarias, ya efectuadas previamente por el administrador fiduciario. El resultado de lo anterior es que el Ministerio termina asumiendo en ejercicio de su responsabilidad fiscal, una tarea claramente desmedida frente a las posibilidades reales de control de las cuales dispone, aparte de las restricciones de personal que se tienen para cumplir eficientemente con esta tarea.
- En un nivel más operativo, las reclamaciones de manera frecuente se presentan por cuantías muy bajas, lo cual demanda un enorme esfuerzo operativo tanto del administrador fiduciario del FOSYGA como del propio Ministerio de Salud.
- No existe una definición clara de los mecanismos de IVC sobre los recursos de la subcuenta ECAT, como de otras cuentas del FOSYGA, en donde confluyen distintos agentes como la Contraloría General de la República, la Superintendencia Nacional de Salud, la interventoría del administrador fiduciario del FOSYGA, aparte del propio Ministerio de Salud. Lo más grave de esta situación es que ante la carencia de una delimitación clara de funciones y en presencia de la Dirección General de Financiamiento como ordenador del gasto, la responsabilidad final recae sobre ésta última, sin que se le brinden los medios para que pueda desempeñarse adecuadamente.

5.4.3 NATURALEZA DE LAS DEBILIDADES

- De indefinición de un esquema de un esquema de supervisión.
- De ausencia de claridad en las funciones de los participantes.

- De atribución inadecuada de responsabilidades.

5.4.4 PROPUESTA DE SOLUCIÓN.

De acuerdo con lo anteriormente planteado, la solución a la IVC del pago de eventos catastróficos y accidentes de tránsito pasa necesariamente por una redistribución de las funciones, en donde exista apoyo en el nivel regional para la verificación de las reclamaciones de los prestadores ante los eventos mencionados y por una reasignación de responsabilidades, acorde con las posibilidades de los agentes participantes.

De todas maneras se precisa advertir que cualquier esquema de IVC que se proponga en este campo, busca esencialmente racionalizar las posibilidades reales de IVC, teniendo en cuenta que, dadas las características del problema, es altamente probable que se sigan presentando conductas oportunistas de los agentes, buscando hacer fraudes mediante el aprovechamiento de la dificultad de control inherente al proceso.

Adicionalmente es importante resaltar que las soluciones que a continuación se presentan, en la práctica, también deberán aplicarse para otro tipo de pagos que se efectúen bajo mecanismos similares a los mencionados anteriormente, como pueden ser los relacionados con tutelas y desplazados; o bien subcuentas como la de Prevención y Promoción.

i. Eventos Catastróficos

De la manera señalada, para los eventos catastróficos, la propuesta consiste en que las reclamaciones a la subcuenta del ECAT sean avaladas previamente por los agentes que en el nivel local tienen la oportunidad de conocer del hecho, dependiendo de la naturaleza del mismo. De esta manera, ante la ocurrencia de hechos terroristas o que constituyan turbación del orden público es preciso que sea la autoridad local, en cabeza del alcalde, quien entregue las certificaciones a los prestadores acerca de la condición de damnificado de las personas por las cuales realizan la reclamación. En el evento de desastres naturales tales como terremotos, inundaciones, etc. se debe presentar una doble certificación otorgadas, la primera, por el Comité Local de Emergencia certificando la condición de persona afectada de quien ha recibido los servicios de salud y, la segunda, por la misma autoridad local certificando los servicios de salud que se le han dado a la persona en cuestión.

Mediante el procedimiento descrito se logra que las reclamaciones que lleguen al FOSYGA tengan un primer tamiz, consistente en el control de la ciudadanía y de las autoridades locales, quienes son los agentes que se encuentran en capacidad de identificar con precisión la condición de los damnificados y las prestaciones que han recibido.

ii. Accidentes de Tránsito

El caso de los accidentes de tránsito reviste una mayor dificultad y, en principio, es necesario reconocer la dificultad de establecer un procedimiento que permita tener la certeza de que no se van a producir conductas fraudulentas. Dada la dispersión del universo de control, en el sentido en que

las personas afectadas sobre las cuales se practican intervenciones en salud y se realizan reclamaciones a la cuenta del ECAT pueden estar presentes en múltiples lugares, no es posible definir un mecanismo de gestión que tenga una cobertura lo suficientemente amplia como para verificar la totalidad de hechos ocurridos en términos de siniestralidad de los accidentes de tránsito que son reclamados.

Ante tal circunstancia, la propuesta plantea la definición de mecanismos de verificación aleatorios y sorpresivos sobre las reclamaciones presentadas por los prestadores de servicio en relación con siniestros de accidentes de tránsito. Dicho en otras palabras se trata de seleccionar, en el nivel central, a través de la Superintendencia Nacional de Salud, casos de siniestros ocurridos y ordenar su verificación por parte de las direcciones seccionales de salud o de quien haga sus veces. A su turno, esta verificación incluye la visita al prestador que hace la reclamación y la constatación con el propio damnificado acerca de su condición, los procedimientos clínicos utilizados, su efectividad y la razonabilidad de sus costos.

Un proceso alternativo consiste en que la verificación aleatoria sea realizada por auditorías externas con un alto componente de auditoría médica que tenga la capacidad de establecer con el damnificado la veracidad de la intervención que se reclama por parte del prestador. Esta alternativa tiene la ventaja de ofrecer condiciones técnicas más idóneas para la realización de las constataciones requeridas, pero, por otra parte, tiene la desventaja de ser evidentemente más costosa.

Ahora bien, en caso de ser detectadas inconsistencias entre la reclamación hecha por el prestador y el servicio practicado al damnificado o inexistencia de dicho servicio (es decir, la verificación de una conducta fraudulenta), las autoridades locales o las auditorías externas, dependiendo de la alternativa escogida, deben comunicar de tal circunstancia a la Superintendencia Nacional de Salud, para que ésta realice la investigación pertinente e imponga las sanciones que resulten pertinentes, de acuerdo con la gravedad de la infracción. Así mismo debe poner en conocimiento a la Fiscalía General de la Nación, para que ésta proceda a abrir las investigaciones que sean del caso por la comisión de hechos punibles de carácter penal.

Es necesario que las sanciones para los prestadores que incurran en conductas fraudulentas por cualquiera de las reclamaciones que se realizan por eventos catastróficos o por accidentes de tránsito sean lo más drásticas posibles, con el fin de dar una clara señal a la sociedad de los castigos que reciben quienes defraudan las arcas de la salud de los colombianos.

iii. Procedimiento Administrativo

Una vez definidos los esquemas de gestión de la IVC de los eventos catastróficos y de los accidentes de tránsito, es necesario replantear, dentro de la propuesta de solución, los procedimientos administrativos que se deben observar para eliminar las debilidades existentes en la actualidad.

iv. Verificación de la Condición de Damnificados y de Inscripción de la IPS

En primer lugar, es preciso definir la verificación de la condición de no afiliados al régimen contributivo de las personas siniestradas por las cuales se realiza la reclamación y, así mismo, la verificación de que la IPS reclamante ha realizado su declaratoria de cumplimiento de requisitos esenciales para su funcionamiento ante las autoridades locales.

Existen varias posibilidades para plantear el agente encargado de realizar las verificaciones anotadas: una posibilidad es que sea la Superintendencia Nacional de Salud quien, recibiendo la documentación proveniente del FOSYGA, realice los cruces correspondientes y defina las dos condiciones necesarias para la reclamación; esta posibilidad tiene la ventaja de establecer una especie de visado por parte del principal agentes de control, con lo cual el trámite posterior estaría revestido de la autoridad que le confiere tal circunstancia; no obstante, tiene la desventaja de crear un trámite adicional entre el FOSYGA y la SNS (de ida y de regreso), el cual puede producir demoras innecesarias dentro de la misma tramitación del reconocimiento de la reclamación correspondiente. Adicionalmente, dentro del marco de supervisión propuesto, tiene la desventaja de establecer en cabeza de la SNS tareas de carácter operativo que riñen con la condición de controlador de segundo piso que se quiere definir.

Una posibilidad alternativa es que dicha verificación corra por cuenta del administrador del encargo fiduciario quien, para efectuarla, debe disponer (como en efecto lo hace) de las bases de datos requeridos para realizar los cruces de información mencionados. Esta alternativa tiene la ventaja de hacer del trámite de reclamación una diligencia expedita y centralizada, aprovechando la información disponible por parte del administrador reseñado.

Para garantizar que el trámite se está realizando correctamente, la SNS, de manera periódica debe realizar revisiones aleatorias sobre las verificaciones realizadas. En caso de encontrar que no se está procediendo de la manera esperada se debe abrir investigación e informar a las autoridades correspondientes para que se impongan las sanciones respectivas; dentro de estas autoridades se encuentra el Ministerio de Salud como entidad contratante, quien deberá imponer las multas contempladas en el contrato por incumplimientos de las obligaciones.

v. Manejo Presupuestal de la Subcuenta ECAT

En lo que corresponde al manejo presupuestal de la Subcuenta ECAT es preciso actuar en dos direcciones, las cuales corresponden más a un tema de reglamentación que de supervisión en sentido riguroso.

La primera de ellas es proceder a contar con cálculos actuariales que permitan establecer la probabilidad estadística de la ocurrencia de siniestros con cargo a la subcuenta en comento. Con ellos es posible realizar una planificación más técnica del presupuesto de la subcuenta para las vigencias por venir. De contera, mediante esta definición es posible que se constituyen reservas para el pago de siniestros, siguiendo el procedimiento que utilizan las compañías de seguros en el país.

La segunda se relaciona con establecer un término de prescripción para las reclamaciones el cual, dado el carácter de los siniestros a atender deber ser notablemente menor al utilizado por las compañías de seguros (tres años) y permitir que los administradores de la subcuenta cuenten con información oportuna acerca de los pagos que deben realizar; en tal sentido se propone que dicho término no sea superior a un año.

Finalmente, debe permitirse que las reclamaciones puedan ser presentadas de manera agrupada por un mismo prestador de servicios, a fin de agilizar los trámites administrativos. Por supuesto, esta reclamación colectiva implica la desagregación precisa de cada uno de los eventos por los cuales se hace la reclamación.

vi. Ordenamiento del gasto

Resta por definir lo relacionado con la ordenación del gasto de los recursos de la Subcuenta ECAT. En la medida en que el Ministerio de Salud es la entidad competente para llevar a cabo la ordenación del gasto, a través de la Dirección General de Financiamiento y Gestión de Recursos, las reclamaciones que afectan la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, son revisadas en dicha Dirección, con el objeto de determinar si se presentó la documentación requerida, se adjuntaron las certificaciones para acreditar la calidad de los afectados, sino se encuentran afiliados al Sistema y la clase de servicios que fueron prestados a los afectados, revisión en la cual se incluye la evaluación sobre el costo y su pertinencia, de acuerdo con las tarifas legalmente autorizadas.

Sin embargo, es claro que la revisión que actualmente efectúa el Ministerio se concreta a la verificación de aspectos de orden formal, básicamente sobre la documentación que sustenta las reclamaciones, verificación que, a su vez, ha hecho previamente el administrador fiduciario del FOSYGA. No obstante, la revisión sustancial de las reclamaciones, esto es, la evaluación sobre los hechos que originan las solicitudes de pago, está fuera del alcance de sus capacidades y de los recursos técnicos y humanos a su disposición. Como antes se señaló, la verificación sobre la calidad de los afectados y la veracidad de los servicios prestados, requiere la utilización de procedimientos de control in situ, con la colaboración de las autoridades locales o las auditorías externas, en su caso, las cuales están en capacidad de conocer de primera mano los hechos que sustentan las reclamaciones, así como la razonabilidad de las mismas.

Se propone, entonces, que el Ministerio obviamente, en razón de sus funciones dentro de la estructura administrativa del Estado y como administrador de los recursos del FOSYGA, continúe siendo el ordenador del gasto y manteniendo el control como parte de su atribución legal, pero bajo otro esquema de control más racional en el que se eliminen las etapas repetitivas de revisión formal. El esquema de control se plantea con base en los principios de autocontrol que hacen énfasis en las estructuras y operación del control interno, con la colaboración de los entes territoriales en la verificación de los hechos que constituyen los siniestros que afectan esta subcuenta.

El esquema general se basaría concretamente en el hecho de que las reclamaciones se trasladen al Ministerio para su correspondiente pago, pero previamente se surta todo el proceso de revisión por

parte de la fiduciaria encargada de la administración del FOSYGA, con la efectiva participación de las autoridades locales y departamentales y de la interventoría del contrato fiduciario, de acuerdo con las modificaciones que adelante se señalan. Esta evaluación se complementaría con la revisión por parte de la interventoría del contrato de cada una de las reclamaciones efectuadas y que tendría como objeto verificar que se cumplieron los procesos de control para la verificación de los elementos formales y sustanciales de la reclamación.

En ese orden de ideas, las direcciones locales y departamentales de salud deben realizar verificaciones concretas sobre los hechos que originan las reclamaciones, ya sea que lo realicen directamente mediante visitas o en forma indirecta, a través de auditorías contratadas al efecto, para lo cual pueden efectuar la evaluación por grupos de reclamaciones. Ya antes se señaló en la descripción de los conceptos que afectan esta subcuenta, que las autoridades locales, los comités locales de la red de solidaridad y los comités de emergencia y atención de desastres, tienen la obligación de certificar la calidad de las personas afectadas, sin embargo esta tarea puede complementarse con la realización de visitas que efectúen las direcciones departamentales de salud para verificar los sistemas de información y control que han servido de base para expedir la certificación. En forma complementaria, estas visitas deben verificar en la sede de los prestadores de servicios, la información sobre los servicios prestados, los procedimientos clínicos utilizados y los costos de los mismos. Para completar este proceso, el administrador fiduciario del FOSYGA deberá cruzar las bases de datos del FOSYGA sobre los afiliados al régimen contributivo, junto con las del Registro Unico de Aportantes y la información de la respectiva entidad territorial sobre los beneficiarios de subsidios.

Los procesos que se han descrito deben ser verificados por la auditoría del contrato en relación con cada reclamación presentada y en forma previa a su traslado al Ministerio para la ordenación del gasto.

Los resultados de los procesos de control efectuados por el administrador fiduciario deben remitirse al Ministerio, señalando las inconsistencias encontradas. En forma complementaria, es necesario que el Ministerio mantenga la participación que tiene la interventoría del contrato fiduciario en la evaluación de la documentación formal de las reclamaciones y dicha interventoría le presente informes anteriores a la ordenación de los pagos correspondientes, sobre aquellos casos en los cuales encuentra inconsistencias. La articulación de los procesos de verificación in situ y de revisión formal de las reclamaciones, permitirá que el Ministerio no realice doblemente una revisión documentaria, sino que se concrete a aquellos casos que revisten gravedad o presentan inconsistencias que impiden el reconocimiento de los pagos correspondientes.

Adicionalmente, la Superintendencia en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control sobre las subcuentas del FOSYGA, debe realizar la verificación del manejo de las subcuentas y, en tal sentido, realizar visitas aleatorias sobre el manejo de los recursos y verificar con las bases de datos del FOSYGA, la información sobre las bases de datos de afiliados y confrontarla con los registros del Registro Unico de Aportantes, RUA. Para el efecto y en relación con esta subcuenta, debe realizar un análisis posterior sobre la información que mensualmente le remita el FOSYGA sobre los pagos efectuados y la naturaleza de las reclamaciones y, con base en

ese análisis, proceder a la revisión de los casos que por su cuantía y naturaleza lo ameriten.

vii. Redefinición del alcance de las funciones

Los planteamientos anteriores suponen necesariamente una redefinición del alcance de las funciones realizadas por el Ministerio, el administrador fiduciario, la interventoría de este contrato y las direcciones locales y departamentales de salud, así como las demás autoridades territoriales, de acuerdo con los procesos antes descritos.

En forma complementaria, la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos de la ley 100, efectuará el análisis posterior de esta subcuenta y realizará los procesos de control sobre las reclamaciones de manera aleatoria y sobre aquellos pagos que revistan importancia de acuerdo con su recurrencia, cuantía y naturaleza, sin que se constituya en otra instancia previa al pago y reconocimiento de los derechos originados en las reclamaciones presentadas.

5.4.5 TAREAS EN EL MODELO DE IVC FRENTE AL MANEJO DE LA SUBCUENTA ECAT

Definición de tareas de cada uno de los agentes.

Reasignación de funciones y responsabilidades.

Redefinición de procesos

5.4.6 INSTRUMENTOS EN QUE SE LOCALIZA LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Reglamentación expedida por el Gobierno Nacional.

5.4.7 AGENTES QUE INTERVIENEN EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Ministerio de Salud

Superintendencia Nacional de Salud

Contraloría General de la República

Administrador Fiduciario del FOSYGA

Interventor del Administrador Fiduciario del Fosyga

Autoridades Locales

Comités Locales de Emergencia

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Damnificados y siniestrados.

5.4.8 ACTUACIONES DE LOS AGENTES EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA

El Ministerio de Salud actúa como ordenador del gasto y como administrador de los recursos de esta subcuenta, con base en la información suministrada por el administrador fiduciario y los procesos de control interno que involucran a todos los agentes participantes en el manejo de la misma y la colaboración de los entes territoriales. El alcance de sus funciones se concreta a la planificación de presupuestal de la cuenta y a la observación de sus resultados. En tal sentido debe encargarse de analizar el comportamiento de los ingresos y de los egresos de la subcuenta y de establecer, a partir de las conclusiones obtenidas, elementos de política. Así mismo debe encargarse de la contratación y actualización, cuando sea pertinente, de los estudios actuariales que le permitan definir los presupuestos proyectos y las reservas de la subcuenta.

La Superintendencia Nacional de Salud es el agente encargado de la supervisión de la subcuenta. Dentro del marco de controlador de segundo piso, estas labores las realizaría apoyándose en la interventoría del administrador fiduciario y en las visitas inspectivas que realice sobre el manejo de dichos recursos. De igual manera debe proceder a demandar de las autoridades locales la verificación de los siniestros de accidentes de tránsito de manera aleatoria.

La Contraloría General de la República ejercerá frente al FOSYGA las acciones que debe realizar por competencia de la ley. Para el efecto, a través del Comité Interinstitucional de Apoyo, se servirá de la información que le proporcione la SNS.

El administrador fiduciario del FOSYGA se encargará de la recepción de las reclamaciones y de la realización de los trámites de verificación pertinentes para la realización de los pagos correspondientes.

El interventor del administrador fiduciario debe encargarse de realizar las verificaciones sobre las actuaciones del administrador y la aplicación por parte de éste de los instrumentos de control. Bajo ese alcance debe informar tanto a la SNS como al Ministerio de Salud a la Dirección de Financiamiento, las inconsistencias e irregularidades encontradas. El contrato de este interventor debe tener los alcances suficientes para permitirle desarrollar las funciones de agente de apoyo de la SNS.

Las autoridades locales certifican los damnificados de los eventos catastróficos y las atenciones recibidas por ellos de parte de los prestadores de servicios de salud. Así mismo, en lo correspondiente a los accidentes de tránsito realizan las verificaciones que le ordene la SNS (esta tarea, alternativamente, puede ser desarrollada por auditorías externas).

Los Comités Locales de Emergencia, certifican inicialmente, la condición de damnificado de quien ha recibido servicios de salud por eventos catastróficos.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios realizan las reclamaciones por las atenciones realizadas a los damnificados por eventos catastróficos y a los siniestrados en accidentes de tránsito.

Los siniestrados y damnificados reciben los servicios de salud.

5.4.9 PROCESOS EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA

De acuerdo con lo establecido, los procesos en la solución propuesta son:

El Ministerio de Salud debe determinar el alcance de las actividades que realizan el administrador fiduciario, la interventoría del contrato, como los entes territoriales sobre el manejo de la Subcuenta ECAT y de la aplicación de los procesos de control en la administración de los recursos, con especial énfasis en el pago de las reclamaciones.

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Financiamiento, mediante estudios actuariales elabora el presupuesto de la Subcuenta ECAT para el periodo siguiente, el cual debe ser aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de Salud establece las reservas para atender el pago de siniestros de acuerdo con las estadísticas de los mismos.

Ante la ocurrencia de un evento catastrófico, los damnificados son atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Ante un accidente de tránsito, el siniestrado es atendido por una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Las prestadoras de servicios presenta solicitan a los Comités Locales de Emergencia certificación de que el atendido es un damnificado del evento catastrófico.

Las prestadoras de servicios presenta solicitan a las autoridades locales certificación de que el atendido es un damnificado del evento catastrófico.

Las prestadoras de servicios presentan sus reclamaciones al administrador fiduciario del FOSYGA y de la Subcuenta ECAT, por concepto de servicios médicos prestados damnificados por eventos catastróficos o siniestrados en accidentes de tránsito.

El administrador fiduciario verifica que el formulario de reclamación se ha verificado correctamente.

El administrador fiduciario verifica que la reclamación no corresponde a personas afiliadas al régimen contributivo o fallecidas.

Si el administrador fiduciario encuentra incorrecciones las devuelve al prestador para su corrección. En caso de que el trámite se encuentre diligenciado de la manera exigida, procede a ordenar y realizar el pago.

El administrador fiduciario debe solicitar a las direcciones departamentales y locales de salud que verifiquen por grupos de reclamaciones, las condiciones en que fue prestado el servicio de salud, su pertinencia y costo, así como la razonabilidad de las certificaciones expedidas por las autoridades

locales respecto de la calidad de las personas que fueron atendidas.

El interventor del administrador fiduciario debe verificar en relación con cada reclamación que el administrador fiduciario y las autoridades departamentales y locales han surtido tanto a nivel formal, como sustancial, los procedimientos de control descritos para el pago de las reclamaciones. Debe trasladar al Ministerio las reclamaciones ya estudiadas y aprobadas, así como informar a este Organismo sobre las reclamaciones que presenten irregularidades e inconsistencias, a efectos de que el Ministerio determine las acciones que debe adelantar el administrador fiduciario para aclarar las inconsistencias y seguir el trámite de la reclamación. En su caso, debe informar a la Superintendencia sobre actuaciones en las cuales se comprometa la actuación de algún prestador de servicios o de cualquier instancia territorial para que inicie las investigaciones pertinentes.

Sin perjuicio de lo anterior, el interventor debe verificar permanente las demás actuaciones del administrador fiduciario y realizar un informe mensual a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud.

La SNS también recibe los reportes de las autoridades locales o de las auditorías externas acerca de las verificaciones realizadas. Cuando se encuentren irregularidades iniciará la actuación administrativa e impondrá las sanciones correspondientes. Así mismo, debe informar a la Fiscalía General de la Nación acerca del presunto fraude contra el erario para que ésta proceda de acuerdo con sus facultades.

PROCESO EVASIÓN Y ELUSIÓN DE APORTES DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

PROCESO MECANISMOS DE COMPOSICIÓN

PROCESO EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PROCESO SANCIONES FINANCIAMIENTO

CAPITULO 6

FINANCIAMIENTO DEL REGIMEN SUBSIDIADO

A continuación se desarrollan los procesos prioritarios de IVC relacionados con el Eje de Financiamiento: Régimen Subsidiado.

Para llegar al desarrollo mencionado se identifican las debilidades detectadas⁵, la naturaleza de las mismas, las propuestas de solución, los instrumentos para su implementación, los agentes implicados, su coordinación y en algunos casos el esquema de la situación sugerida.

Los procesos críticos o prioritarios, parte del presente eje son:

- Generación de recursos correspondientes al Régimen Subsidiado
- Distribución y flujo de recursos en el Régimen Subsidiado
- Reintegro de recursos no ejecutados

6.1 PROCESO: GENERACION DE RECURSOS CORRESPONDIENTES AL REGIMEN SUBSIDIADO

6.1.1 ASPECTOS GENERALES

El sistema de salud en Colombia ha sido organizado bajo los principios fundamentales de universalidad, equidad y calidad en los servicios. Con lo anterior el propósito esencial es que el conjunto de la población colombiana tenga acceso a los servicios de salud, sin distinción de ninguna naturaleza. Este esquema, a su turno, supone que los niveles de población con mayores ingresos participan, a través de un sistema de subsidios cruzados, en la financiación de los servicios de salud de la población denominada más pobre y vulnerable.

Para concretar el sistema de subsidios cruzados existen, de manera básica dos instrumentos: de una parte, los recursos del presupuesto nacional asignados al cubrimiento de los servicios de salud de la población pobre y vulnerable, cuyo recaudo supone los tributos directos e indirectos de la población de mayores ingresos y, de la otra, un subsidio más directo, consistente en la apropiación de una

⁵ Fase I: Proyecto de referencia. Informes de Objetivo.

parte de la cotización realizada a la régimen contributivo (un punto porcentual) por la misma población con mayores niveles de ingresos.

De la manera señalada las fuentes de recursos iniciales para financiar el régimen subsidiado tienen su origen en el presupuesto nacional y en el punto porcentual de solidaridad del régimen contributivo. A estas fuentes se añan otras, la mayoría de las cuales tiene un componente básico de solidaridad como los recursos de subsidio familiar con destino al régimen subsidiado o la participación de los afiliados a los denominados regímenes excluidos (se deben considerar igualmente los recursos que manejan directamente las Cajas de Compensación Familiar); otras corresponden a recursos que por decisión del gobierno nacional se destinan a los propósitos mencionados como es el caso de los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de las zonas de Cusiana y Cupiagua. Finalmente se deben señalar los recursos que por esfuerzo propio deben aportar los propios municipios a la población que habita en su jurisdicción y que pertenece o debe pertenecer al régimen subsidiado, en donde el componente fundamental son las denominadas rentas cedidas.

El conjunto de las fuentes de financiamiento señaladas, con excepción de las provenientes de recursos propios de los municipios y de los manejados directamente por las Cajas de Compensación Familiar son manejados a través del Fondo de Solidaridad y Garantías del sistema (FOSYGA) en una de sus subcuentas, denominada, precisamente, subcuenta de solidaridad.

El presupuesto del FOSYGA es aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante acuerdo, para lo cual tendrá como base los aportes de solidaridad provenientes del régimen contributivo y los aportes del Presupuesto Nacional como una proporción de los primeros (una cuarta parte). Para el efecto deberá disponer de la información de los recaudos provenientes del régimen contributivo y, por esta vía, aprobar el presupuesto de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA.

De la manera planteada, se presentan cuatro elementos fundamentales sobre los cuales se debe dirigir la gestión de la IVC en lo que corresponde a la generación de los recursos del régimen subsidiado, de la siguiente manera:

Definición procedimental de la consignación de los recursos correspondientes al régimen subsidiado. Aunque este punto, en rigor, no corresponde a la gestión de la IVC, se constituye en la base de su ejercicio posterior.

Verificación de la veracidad y oportunidad de la información recibida por parte de las entidades obligadas a compensar y de todas aquellas que manejan recursos del régimen subsidiado.

Control sobre la oportunidad en el traslado de los recursos.

Verificación de la justeza de los recursos realmente trasladados

El agente fundamental de la supervisión en la generación de los recursos del régimen subsidiado es la Superintendencia Nacional de Salud, la cual debe apoyarse de manera decidida en el FOSYGA

para poder adelantar su labor correctamente.

6.1.2 DEBILIDADES DETECTADAS

De manera general las debilidades detectadas en la generación de los recursos del régimen subsidiado radican en los siguientes aspectos:

Moras en el traslado de los recursos por parte de las entidades obligadas a compensar hacia el FOSYGA.

Moras en el giro de los recursos correspondientes a subsidio familiar no manejados directamente por la Cajas de Compensación Familiar (artículo 217 de la ley 100 de 1993).

Dificultades en la información tanto de las entidades obligadas a compensar como sobre los recursos correspondientes al régimen subsidiado que manejan directamente las Cajas de Compensación Familiar.

Ausencia de aplicación de sanciones a quienes incumplan con sus obligaciones de generación de recursos frente al régimen subsidiado.

Falta de coordinación entre la SNS y el FOSYGA para estructurar y adelantar la supervisión de la generación de recursos. Si bien en este campo se han venido produciendo importantes resultados, es claro que es posible realizar una mayor coordinación.

6.1.3 NATURALEZA DE LAS DEBILIDADES

De sistemas de Información

De coordinación de actividades

De imposición de sanciones.

6.1.4 PROPUESTA DE SOLUCIÓN

De acuerdo con lo planteado anteriormente, la solución propuesta se oriente a definir mecanismos procedimentales y a establecer los campos de IVC de la generación de recursos al régimen subsidiado en los campos señalados en el acápite 6.1.1.

- **Mecanismos Procedimentales**

En primer lugar, es necesario establecer, como de hecho existe, una fecha límite para la consignación, por parte de las entidades obligadas a compensar en la subcuenta de solidaridad del FOSYGA. Esta fecha, a su turno, debe estar ligada a la fecha límite establecida para efectuar la compensación de los aportes al régimen contributivo y no debe superar los cinco (5) días hábiles. Adicionalmente, es preciso considerar, dado que los recursos del régimen contributivo no son todos recaudados oportunamente, que para aquellas recursos recibidos con posterioridad a la fecha límite

para compensar, la cuota correspondiente a solidaridad sea consignada por las empresas recaudadoras de manera prácticamente inmediata (plazo no superior a tres días hábiles), de tal manera que se garantice el flujo de generación de recursos del régimen subsidiado y se establezca, como norma general, que las aseguradoras del régimen contributivo no tienen en sus tesorerías recursos correspondientes al subsidiado.

Una medida similar debe establecerse para los denominados regímenes excluidos, los cuales no tienen la obligación de compensar aportes, pero sí la relacionada con trasladar el punto de solidaridad al régimen subsidiado. En este caso, dado que el monto de recursos a girar depende directamente de la cantidad de trabajadores vinculados y que esta información es conocida a partir de la nómina, la obligación de giro debe darse dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de pago de la nómina.

Un plazo similar debe estipularse para el traslado de los recursos correspondientes al subsidio familiar que no son manejados directamente por las Cajas de Compensación, esta vez atando la fecha a aquella fijada legalmente para el recaudo de los aportes correspondientes a dicho subsidio.

Con respecto a los recursos de subsidio familiar manejados directamente por las Cajas de Compensación, es preciso definir las fechas límite en las cuales ellas deben informar si existen saldos a favor del FOSYGA, determinados por la diferencia entre los recursos recaudados y los valores de los contratos celebrados. Los saldos a favor del FOSYGA deben ser girados a éste dentro del primer mes del año; cuando, por el contrario, se presenten saldo en contra del FOSYGA, se informará a éste para que proceda a su giro en un plazo similar al planteado en los casos anteriores (cinco días hábiles).

De acuerdo con la información histórica de los recaudos de los recursos correspondientes al régimen subsidiados, (incluyendo los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de las zonas de Cusiana y Cupiagua), el CNSSS aprueba el presupuesto de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA; esta aprobación deberá realizarse durante la vigencia anterior, teniendo la posibilidad de ajustarse durante la vigencia correspondiente, de acuerdo a la dinámica observada de los recaudos. En la definición del presupuesto de la subcuenta de solidaridad, los recursos del Presupuesto Nacional corresponden a una cuarta parte de los recursos recaudados por el punto de solidaridad del régimen contributivo.

En los ajustes del presupuesto debe tenerse en cuenta si los recaudos de subsidio familiar manejados directamente por las Cajas de Compensación, son suficientes para fondar los contratos que tienen vigentes y, en caso negativo, realizar las apropiaciones correspondientes.

Dado el carácter de los recursos que financian la subcuenta de solidaridad, es claro que ésta no debe someterse al Plan Anual de Caja sino a las disponibilidades, con excepción de los aportes del Presupuesto Nacional.

Verificación de la veracidad y oportunidad de la Información Recibida.

El primer elemento de IVC en la generación de recursos del régimen subsidiado corresponde a la veracidad y oportunidad de la información recibida por parte de las empresas obligadas a compensar las Cajas de Compensación Familiar y los regímenes excluidos. Para el efecto existen dos alternativas.

La primera alternativa consiste en que sea la SNS la entidad encargada de realizar la IVC de la oportunidad de la información. Para ello debe recibir copia de los reportes enviados por las distintas entidades y llevar un registro acerca del cumplimiento de los plazos estipulados para la presentación de la información. No obstante, esta alternativa se presenta como poco idónea, en la medida en que implica la repetición de información de manera innecesaria.

La segunda alternativa es que los controles sobre la oportunidad de la información sean delegados en el FOSYGA quien es, finalmente, la entidad receptora de tal información. Ante la ocurrencia de incumplimiento en su presentación o la reiteración en las inconsistencias, el Fondo informa a la SNS para que ésta proceda a abrir la investigación correspondiente y a aplicar los correctivos (sanciones) que resulten pertinentes. Esta alternativa tiene la ventaja de colocar la verificación en la persona que puede manejarla directamente, preservando para la SNS la capacidad sancionatoria, además del esquema de entidad de control de segundo piso

Frente a la veracidad de la información es preciso acudir a procedimientos de inspección por parte de la SNS, verificando in situ, que los recursos informados y trasladados fueron liquidados con apego a las normas legales. En caso de comprobarse que ello no ha ocurrido así, se propone, al igual que para la evasión y la elusión de aportes, la aplicación de las multas consagradas en el Estatuto Tributario para quienes cometan esta clase de infracciones.

En lo que corresponde a los regímenes excluidos, la SNS debe tener la facultad para realizar inspecciones in situ y verificar la corrección de la información reportada.

Oportunidad y Justeza en el Traslado de los Recursos

En cuanto a la oportunidad en el traslado de los recursos, habiéndose reportado la información correspondiente, es preciso que se establezca el cobro por parte de FOSYGA y el pago por parte del infractor de los intereses moratorios que se encuentran estipulados en el Estatuto Tributario, teniendo en cuenta la teoría económica de las sanciones, según la cual el costo de éstas debe ser mayor al beneficio que se obtiene por cometer la infracción. Dado que estos recursos ingresan a la generación de recursos del régimen subsidiado, su cobro y recaudo debe realizarse por parte del FOSYGA, enviando un reporte de tal hecho a la SNS.

La SNS debe llevar un registro de los incumplimientos en el traslado de los recursos por parte de los vigilados a la subcuenta de solidaridad. La reiteración de esta conducta puede conducir a la aplicación de medidas administrativas de intervención, lo cual se constituye en un elemento disuasivo de importancia para incurrir en este tipo de conductas.

En lo referente a la justeza en los traslados a la subcuenta de solidaridad, los cuales son detectados a

partir de visitas in situ que realice la SNS, aparte de las medidas ya planteadas de aplicación del Estatuto Tributario y de las medidas de intervención en caso de recurrencia reiterada, es necesario que se de traslado de tales conductas a la Contraloría General de la República y a la Fiscalía General de la Nación, en la medida en que los recursos de la salud son públicos y su no pago adecuado puede implicar la comisión del delito de peculado; ello sin menoscabo de las acciones que tome la SNS en cuanto a la posible liquidación de la entidad.

En lo que respecta a los regímenes excluidos, nuevamente, es necesario que la SNS disponga de facultades amplias y suficientes para realizar las visitas in situ para verificar la información que ellos reportan al FOSYGA y, por esta vía, poder determinar si los aportes corresponden a lo esperado o si, por el contrario, ellos son menores a lo que estipula la ley. En estos casos se deberá dar traslado inmediato a la CGR y a la Fiscalía para que procedan de acuerdo con sus competencias de ley.

6.1.5 TAREAS EN EL MODELO DE IVC EN LA GENERACIÓN DE RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Establecimiento de mecanismos de traslado de aportes a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA

Definición de las instancias de IVC y de coordinación entre el FOSYGA y la SNS

Aplicación del Estatuto Tributario

6.1.6 AGENTES IMPLICADOS

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Superintendencia Nacional de Salud

Fondo de Solidaridad y Garantía

EPS

Cajas de Compensación Familiar.

6.1.7 INSTRUMENTOS EN QUE SE LOCALIZA LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Ley 715 (facultades previstas en el artículo 107)

Decreto reglamentario según facultades señaladas

6.1.8 ACTUACIONES DE LOS AGENTES EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA

CNSSS

Aprueba, mediante Acuerdo, el presupuesto del FOSYGA para la vigencia siguiente

Realiza los ajustes al presupuesto del FOSYGA en la vigencia correspondiente

EPS y Cajas de Compensación Familiar

Informan y consignan los recursos correspondientes a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA, dentro de los plazos previstos para ello.

Las Cajas de Compensación Familiar que manejan directamente recursos del régimen subsidiado, informan, en el plazo estipulado para el efecto, acerca de los saldos a favor o en contra del FOSYGA.

FOSYGA

Recibe los aportes de las empresas obligadas a compensar, del Presupuesto Nacional y de los recursos de subsidio familiar no manejados directamente por las Cajas de Compensación

Recibe los saldos a favor de las Cajas de Compensación Familiar que manejan directamente recursos del régimen subsidiado o la información sobre saldos en contra.

Cobra intereses moratorios, de acuerdo con el Estatuto Tributario sobre recursos no girados oportunamente.

Cobra las sumas adeudadas, así como sus intereses, de los recursos que no fueron informados en su debido monto, aplicando igualmente el Estatuto Tributario.

Informa a la Superintendencia Nacional de Salud las demoras e inconsistencias en la información recibidas, así como las moras en el traslado de los recursos.

SNS

Recibe la información del FOSYGA acerca de irregularidades en el envío de información y traslado de los recursos.

Realiza visitas (inspecciones) in situ para verificar la veracidad de la información reportada y, consecuentemente, que los montos consignados corresponden a los establecido legalmente. Estas visitas incluyen los regímenes excluidos.

Establece sanciones a los infractores.

Informa a la Contraloría General de la República y a la Fiscalía General de la Nación acerca de posible ocurrencias de peculado o de apropiación de recursos públicos.

6.1.9 PROCESOS DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Los procesos de la solución propuesta son los siguientes:

Las empresas obligadas a compensar reportan y trasladan los recursos de solidaridad al FOSYGA dentro de los plazos estipulados.

Las Cajas De Compensación Familiar que manejan recursos del régimen subsidiado, directamente, informan de los saldos a favor o en contra del FOSYGA. Estos saldos resultan de la diferencia entre los recursos recaudados con destino al régimen y los contratos celebrados.

El FOSYGA recibe los reportes y los recaudos de las diferentes fuentes.

En caso de no recibir la información en la oportunidad requerida, el FOSYGA informa a la SNS acerca de tal hecho.

En caso de recibir la información de manera oportuna, pero no así el traslado de los recursos, el FOSYGA cobra los intereses moratorios contemplados en el Estatuto Tributario e informa a la SNS acerca del monto y la entidad que incurrió en la falta.

Cuando reciba información de la SNS acerca de la inexactitud de las consignaciones realizadas por un vigilado, procede a cobrar las sumas faltantes y sus intereses moratorios, aplicando lo establecido en el Estatuto Tributario.

Informa al Ministerio de Salud y al CNSSS acerca de la dinámica de recaudos de los recursos correspondientes al régimen subsidiado.

El Ministerio de Salud, con base en las informaciones del FOSYGA prepara los presupuestos de los recursos que se destinan al régimen subsidiado, bien sea para la vigencia siguiente o para realizar los ajustes de la vigencia correspondiente.

El CNSSS aprueba el presupuesto de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA para la vigencia siguiente y realiza los ajustes para la vigencia correspondiente.

La SNS recibe del FOSYGA la información correspondiente a los incumplimiento o a la presencia de inconsistencias en la información entregada por los vigilados y procede a abrir las investigaciones correspondientes. En caso de encontrar mérito procede a aplicar las sanciones que se ameriten. Estas sanciones pueden llegar hasta la intervención administrativa de la entidad

La SNS recibe información del FOSYGA acerca de las moras en el traslado de recursos por parte de los vigilados y procede a abrir las investigaciones correspondientes. En caso de encontrar mérito procede a aplicar las sanciones que se ameriten. Estas sanciones pueden llegar hasta la intervención de la entidad para administración o para liquidación.

La SNS realiza inspecciones in situ para verificar la exactitud de la información reportada al FOSYGA y, en consecuencia, la concordancia de lo consignado con lo estipulado legalmente. En caso de encontrar anomalías abre los procesos de investigación correspondientes y procede a aplicar sanciones, así como a informar a la Contraloría General de la República y a la Fiscalía General de la nación. De los resultados de la investigación informa al FOSYGA para que éste proceda a realizar los cobros pertinentes, aplicando el Estatuto Tributario.

6.2 PROCESO: DISTRIBUCIÓN Y FLUJO DE RECURSOS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

6.2.1 ASPECTOS GENERALES

Para el traslado de recursos a las entidades, las leyes 10 de 1990 y 60 de 1993 establecieron que solo los municipios que eran objeto de una certificación por parte del Ministerio de Salud recibían de manera directa los giros del situado fiscal; en los municipios no certificados los recursos eran manejados a través de las DDS. Por su parte, los recursos del ICN son dispuestos en las secretarías de hacienda de las entidades territoriales, en donde, una vez realizadas las distribuciones pertinentes, los correspondientes a salud se deben situar en el Fondo existente para tal efecto.

La recientemente expedida Ley 715, además de cambiar el sistema de situado fiscal e ICN al denominado Sistema general de Participaciones, en vista de los problemas que planteaba el esquema de los contratos bipartitos y tripartitos originados en la diferencia de la condición de certificación de unos municipios y otros no, “municipalizó” el manejo financiero y contractual del régimen subsidiado, tal como lo plantea el numeral 44.2. de la mencionada ley, en el cual se le asigna de manera explícita a los municipios la función de “financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin”

De acuerdo con lo anterior, el financiamiento del régimen subsidiado plantea un primer proceso de generación de recursos, el cual corresponde mayoritariamente al MHCP y al DNP, de acuerdo, entre otros factores, con la información que le reporta el Ministerio de Salud acerca de los beneficiarios del régimen en el nivel municipal, en función, a su turno, de la información que le reportan dichos entes territoriales. Este proceso de generación culmina una vez los recursos se encuentran a disposición de los municipios, momento en el cual se inicia un nuevo proceso, relacionado éste con la distribución inicial y el flujo de caja de los recursos propios del régimen en comento, en el cual el ente encargado de la ejecución son los propios municipios.

	SOLIDARIDAD	SITUADO	RENTAS	RECURSOS
	FOSYGA	Fiscal	Cedidas	Propios
MS	X	X		
MHCP		X		
DNP		X		

	SOLIDARIDAD	SITUADO	RENTAS	RECURSOS
SNS	X	X	X	X
Gobernación		X	X	X
Alcaldía		X		X
Sec. Hacienda		X	X	
DTS		X	X	X
DLS	X	X	X	X
CGR	X	X	X	X
Contraloría Departamental		X	X	X
Contraloría Municipal		X	X	X

En este sentido las tareas de supervisión han sufrido igualmente modificaciones importantes. Con precedencia a la ley 715 se orientan a verificar la distribución inicial que realizan las entidades territoriales de los recursos y, posteriormente, su traslado a los Fondos Territoriales de Salud y de éstos a las aseguradoras del régimen (ARS) de acuerdo con los contratos celebrados. En la situación actual y después de la expedición del instrumento legal reseñado, dado que los recursos son girados directamente a los Fondos Territoriales de Salud, el control debe ser centrado sobre la distribución de los mismos y sobre su flujo de caja en el pago de las ARS. En el control al financiamiento del Régimen Subsidiado existen los siguientes agentes:

6.2.2 DEBILIDADES DETECTADAS

A. De Carácter Institucional

La SNS debe vigilar y controlar la aplicación de la normatividad vigente en la generación y flujo de recursos del sector, cualquiera que sea su origen; hacer el seguimiento de las transferencias que por ley realicen las entidades territoriales al sector salud; inspeccionar, vigilar y controlar el desarrollo de la normatividad en lo referente a la operatividad del régimen subsidiado; y, finalmente, velar por la aplicación de la normatividad vigente en el cumplimiento de las funciones de inspección, control y vigilancia atribuidas a las Direcciones Territoriales de Salud.

Las entidades territoriales deben desarrollar las funciones de supervisión al recaudo de los recursos territoriales con destinación específica al sector de la salud y realizar el seguimiento a la acción municipal y a la certificación de requisitos para su descentralización, aparte del desempeño de funciones generales de inspección, vigilancia y control sobre la asignación de los recursos.

Además, es preciso señalar que dada la enorme extensión del universo a controlar no le es posible a la SNS, ni tampoco a la CGR, realizar una supervisión sistemática sobre la distribución de los recursos que se realice a por parte de las entidades territoriales. La supervisión de las dos entidades mencionadas es selectiva y ocasional en el caso de la CGR y mucho más ocasional en el evento de la SNS, situación que se presenta tanto en la generación como en el traslado de los recursos

Lo que es importante reseñar en esta situación es que ella no es posible de resolver a través del simple planteamiento de un fortalecimiento de recursos humanos y financieros: dadas las características de complejidad y extensión: simplemente no es posible concebir un esquema de

supervisión centralizado eficaz, toda vez que la magnitud de las tareas que tal actividad impone rebasan las capacidades de cualquier ente de control, siendo para el caso indiferente la magnitud de recursos de los cuales se disponga.

Por otro lado, como ya es un hecho reconocido por el país, las Contralorías Territoriales se han mostrado ineficaces para abordar las tareas que les corresponden, habiéndose identificado como una de sus causas principales la captura regulatoria que de que son objeto a nivel político.

De la manera propuesta, las actividades de IVC en este campo recaen sobre las capacidades para realizarla de las propias entidades territoriales quienes son los agentes con posibilidades efectivas de abarcar el universo, de manera descentralizada. No obstante, como se colige de su propia enunciación, en el ámbito de las entidades territoriales se presenta un evidente conflicto de interés, puesto que ellas serían los controladores de sus propias acciones. Por supuesto, los resultados a esperar son poco alentadores, tanto en torno a la gestión como en el aviso a las otras entidades de control para que actúen sobre situaciones anómalas detectadas.

B. Consecuencias sobre la Gestión de los Recursos

De acuerdo con la información primaria y secundaria recolectada los controles que se ejercen sobre la distribución y el flujo de recursos del régimen subsidiado son poco eficaces, así:

La gestión y el flujo de los recursos presentan enorme dispersión lo cual favorece los desvíos y las moras: son frecuentes los casos de desvío de recursos hacia sectores diferentes al de la salud y casi generalizadas las demoras en el traslado de recursos a los Fondos Territoriales de Salud. Las razones son de diversa índole como el desconocimiento de la norma, la búsqueda de generación de rendimientos financieros para fondear las finanzas del ente territorial o, simplemente, la actuación inmoral de los funcionarios. Sin importar las causas que motiven los hechos anómalos, lo cierto es que la evidencia indica que ellos son de común ocurrencia y que éste es, también, un campo carente de control atentando contra la calidad de los servicios.

El traslado de los recursos de los Fondos Territoriales de Salud a las aseguradoras del régimen subsidiado se produce con demoras originadas precisamente en las ya explicadas frente a la situación de recursos en dichos fondos, aparte de la incertidumbre y la complejidad que generaba la participación frecuente de los agentes departamentales en la contratación de las ARS.

Los recursos de ICN se manejan dentro del conjunto del presupuesto municipal sin realizar las distinciones correspondientes a la salud y a la educación, conduciendo a diversas anomalías como destinación diferente de los recursos, moras en el traslado de los mismos a los Fondos Locales de Salud, existencia de embargos sobre los recursos de ICN y pignoración de los mismos para respaldar deudas que han financiado inversiones en otros sectores.

Situación similar se presenta con los recursos del situado fiscal y los del FOSYGA.

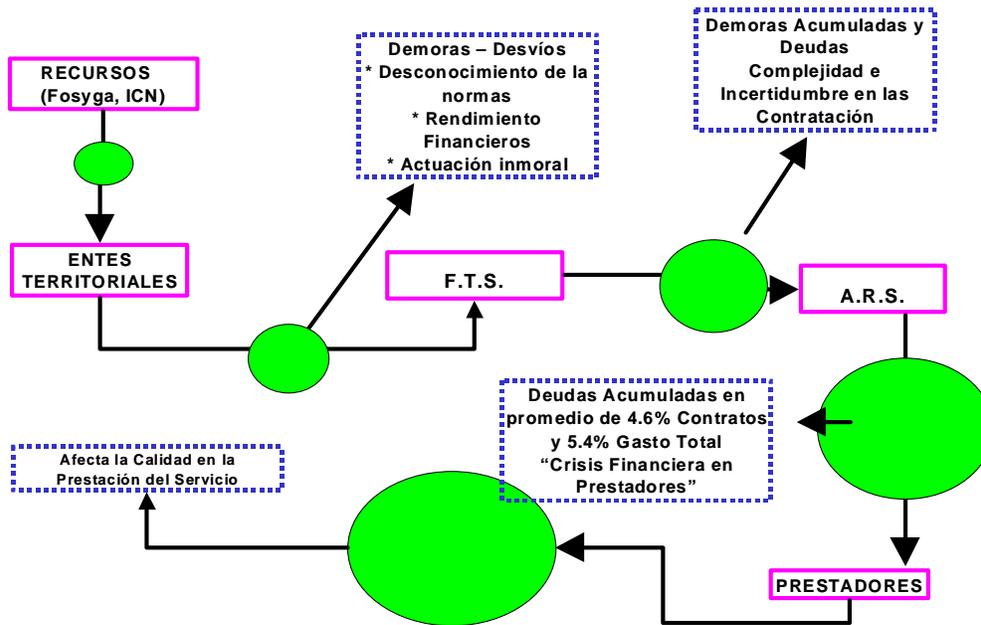
Los departamentos no cumplen de la manera debida con la aplicación de los recursos al régimen subsidiado Mientras los municipios, en general, cumplen con la norma de aplicar el 60% de las

transferencias que reciben para salud, los departamentos sólo asignan 16% del 25% obligatorio en el situado fiscal y 12% del 35% en las rentas cedidas.

En los casos de contratos tripartitos se producen las deudas y las moras más altas (estudio de UN), hecho atribuible a la complejidad del proceso, a los incumplimientos de los departamentos y al desestímulo del esfuerzo propio de los municipios, es decir, al diseño del contrato tripartito bajo un mecanismo complejo e ineficaz. La mora en los traslados de recursos a las ARS desdibuja el diseño mismo del SGSSS: la función de aseguramiento pierde su calidad de tal y termina convirtiéndose en un mecanismo de desembolso a los prestadores.

ILUSTRACION 6.1

PROBLEMAS EN EL FINANCIAMIENTO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO



6.2.3 NATURALEZA DE LAS DEBILIDADES

Conflictos de Interés en los entes territoriales

Amplitud del universo de control desde una óptica de control central

Moras en el traslado de los recursos

Anomalías en el manejo de los recursos

6.2.4 PROPUESTA DE SOLUCIÓN

A. Discusión Conceptual

El escenario planteado impone como tarea fundamental de la IVC el aseguramiento de que los recursos del sector de la salud van a ser asignados de acuerdo con los parámetros establecidos en la ley y, además, que ellos van a ser manejados dentro de la oportunidad requerida, sin que se produzcan desviaciones, moras, malos manejos o cualquier otra circunstancia anómala que menoscabe el monto y el flujo de los recursos. Así, es preciso considerar un modelo de gestión de IVC que tenga tres atributos esenciales, cuales son:

Simplificación y transparencia de los trámites de traslado de recursos a las entidades territoriales. En este sentido es preciso considerar que los traslados de recursos impidan el manejo directo de los mismos por parte de las secretarías de hacienda territoriales.

Solución de los conflictos de interés que son propios en la actualidad a las acciones de IVC de las entidades territoriales, reconociendo que, dado el universo de control, no es posible pensar que dicha actividad pueda ser ejercida de manera eficaz desde las agencias estatales del nivel central, SNS o CGR.

Cobertura suficiente del universo de control

Frente a los aspectos señalados, la ley 715 (artículo 57) constituye un aporte esencial al mejor control de los recursos del régimen subsidiado, al determinar que el giro de los recursos por parte del Ministerio de Hacienda se realice directamente a los FTS (evitando el paso por las secretarías de hacienda territoriales), sin que éstos tengan unidad de caja con los otros recursos territoriales, aunque sí unidad de caja a su interior. Realizada esta definición, resta solo por establecer el plazo de giro de los recursos correspondientes al régimen subsidiado, desde el Sistema General de Participaciones hasta los Fondos Territoriales de Salud.

Esta decisión, coincidente con nuestras propuestas, involucra una solución eficiente al problema de manejos de recursos por parte de las secretarías de hacienda municipales. Con ello, la discusión que sigue se relaciona con el control a la distribución y el flujo de los recursos, eliminando (por estar resuelto) el aspecto de su traslado inicial a los FTS.

Se debe tener en cuenta que los recursos girados tienen dos componentes, por una parte los correspondientes a dar continuidad de afiliación en el régimen, es decir, a mantener en su condición de afiliados a los beneficiarios existentes en la actualidad, siempre y cuando ellos cumplan los requisitos para permanecer dentro del mismo. Por la otra, los recursos destinados a ampliar la cobertura del régimen, esto es, a afiliarse a nueva población que siendo pobre y vulnerable se encuentra aún por fuera del régimen subsidiado.

B. Agentes y Procesos de inspección y vigilancia de la distribución y del flujo de recursos en el Régimen Subsidiado:

En el campo de IVC se ha considerado conveniente que esta función se concentre en el nivel territorial estableciendo mecanismos de conexión con el ente rector de la supervisión del sector en el país, vale decir, la Superintendencia Nacional de Salud. La idea esencial, consistente con lo establecido por la ley 715, es que los municipios tengan a su cargo, con ausencia de la participación de los departamentos, la ejecución de los recursos correspondientes al régimen subsidiado, tal como lo consagra el numeral 44.2.1. de la ley 715. Esta ejecución incluye los procesos de contratación con las ARS (numeral 44.2.3.).

Por su parte, los departamentos tendrán a su cargo la vigilancia de los recursos del régimen subsidiado en su jurisdicción (distribución y flujo) y, actuando bajo las orientaciones de la SNS, deberán establecer con ésta los canales de información expeditos para que el órgano central cuente de manera permanente con el conocimiento de la forma como se desarrolla la inspección y vigilancia en el nivel territorial. Así, las DDS actúan de acuerdo con las funciones que les ha atribuido la ley 715 como supervisor y controlador de los recursos con destinación específica para salud (numeral 43.1.4.) y en el ejercicio de la vigilancia y control del aseguramiento en el sistema (numeral 43.4.1.).

A su turno, la capacidad sancionatoria, en función de las faltas cometidas, puede ser ejercida por el departamento, la SNS y/o la Contraloría General de la República. Si existen facultades legales (aspecto en duda) para que la acción sancionatoria sea efectuada directamente por las direcciones departamentales, ello sería la solución más eficiente, teniendo en cuenta que de tales acciones se debe informar a la SNS; en caso contrario, es decir, si jurídicamente se establece que las direcciones departamentales no tienen facultad de sancionar y que ésta reposa en la SNS, aquellas procederán a acopiar toda la información correspondiente y a enviársela a ésta para que proceda a aplicar las sanciones correspondientes. De esta manera en lo que sigue de la propuesta y a fin de evitar repeticiones innecesarias, es preciso considerar esta disyuntiva sobre la facultad sancionatoria.

Por su parte, cuando se comprueben deficiencias técnicas en el desarrollo de la gestión de la IVC en el nivel departamental, la SNS puede proceder a ordenar la contratación de auditorías externas para desarrollar esta actividad, garantizando que los procesos y la información requerida sean conducidos de la manera requerida.

De manera específica la propuesta plantea dos posibles alternativas, no excluyentes entre sí, teniendo en cuenta lo dispuesto en los artículos 57 (Parágrafo 1 inciso 2o) y 60 de la ley 715 de 2001, de la siguiente manera:

i. Alternativa 1: La IVC en las Direcciones Territoriales

El artículo 60 de la ley 715 establece los recursos de financiación de los gastos de funcionamiento y

de IVC del régimen subsidiado y de salud pública por parte de las entidades territoriales (no se incluye IVC sobre el régimen contributivo), mientras que el artículo 57 señala como responsable del control y vigilancia de la aplicación de los recursos destinados a la salud (incluyendo el régimen subsidiado) a la SNS estableciendo la necesidad de reglamentación posterior de esta materia.

En el sentido señalado, los objetos de supervisión son la distribución de los recursos y la oportunidad en el giro de los mismos, en especial desde los FTS hacia las Administradoras del Régimen Subsidiado. Vale anotar que si dentro de los procesos de IVC se encuentra que existen moras injustificadas en el traslado de los recursos, como ha ocurrido en el pasado, ello debe conducir a toma de decisiones drásticas dentro de las cuales se debe prever la posibilidad del giro directo de los recursos a las ARS, sin que pasen por el municipio, sin desmedro de las sanciones que se puedan aplicar a los funcionarios responsables.

De acuerdo con lo anterior, la primera alternativa de modelo organizacional para la gestión de la IVC en los recursos del régimen subsidiado es la siguiente:

La supervisión se realiza por funcionarios dependientes jerárquicamente de la Secretaría Departamental de Salud con los recursos planteados en el artículo 60 de la ley 715. Esta dependencia jerárquica y la responsabilidad en cabeza de la DDS, constituye una solución al esquema de conflictos de interés que se observa cuando las acciones de ejecución y de vigilancia recaen sobre la misma entidad municipal.

La Dirección Departamental o Distrital de Salud (DDS) será la responsable de la IVC de la distribución y el flujo de los recursos del régimen subsidiado en su jurisdicción, de acuerdo con las directrices fijadas por la SNS. Además, deberá velar porque el envío de la información a la misma SNS y a la CGR sea completo y oportuno, de acuerdo con las definiciones de éstas al respecto.

Cuando la SNS verifique que los resultados no son los requeridos o se verifique la inexistencia de las capacidades técnicas, se contratarán Auditorías Externas (alternativa 2)

En este marco es preciso reiterar que la experiencia de la IVC de la distribución y del flujo de recursos del régimen subsidiado en las direcciones territoriales de salud no ha sido exitosa. Por ello, dentro de la alternativa propuesta es preciso tener en cuenta la existencia de condiciones objetivas que pueden atentar contra la posibilidad de tener una supervisión eficaz, dentro de las cuales se enumeran las siguientes:

La alta heterogeneidad que se puede constatar en las direcciones departamentales de salud, coexistiendo unas dependencias con altas capacidades y desarrollo organizativo apropiado, con otras cuyos logros en estos campos son aún precarios e incipientes; de no considerarse esta circunstancia se podría crear un marco en el cual existiera una adecuada IVC en ciertas zonas del país, mientras que en otras no. Desde luego una de las condiciones esenciales a la gestión de la IVC es la relacionada con que ella sea funcional, universal e integral, por lo cual un esquema de desarrollo desigual no sería apropiado.

La baja disponibilidad de recursos humanos, técnicos y financieros para asumir las tareas de IVC. Las investigaciones han demostrado que un número plural de direcciones departamentales de salud carece de estos elementos. Con ello las actividades de IVC sobre los recursos del régimen subsidiado tendrían un enorme riesgo de desarrollarse bajo parámetros ineficientes, en aquellos departamentos con deficiencias en los aspectos citados.

La itinerancia de los funcionarios de las secretarías de salud. La dependencia política de la designación de funcionarios provoca que la memoria institucional sea inexistente y que la capacitación del talento humano no sea duradera, con lo cual las deficiencias en los recursos de personal tienden a repetirse cíclicamente sin que sean realmente suplidas de la manera debida.

Teniendo en cuenta las posibilidades de que se presenten circunstancias como las mencionadas, es preciso que frente a la supervisión del régimen subsidiado por parte de los departamentos se consideren alternativas que conduzcan a permitir que la IVC no va tener menoscabo.

ii. Alternativa 2: Contratación de Auditorías Externas

La segunda alternativa consiste en la contratación de agentes externos. Estas auditorías externas estarían encargadas de realizar las tareas de inspección y vigilancia en aquellos municipios o departamentos en donde así sea necesario de acuerdo con el artículo 60 de la ley 715. Su misión consiste en garantizar el manejo adecuado de los recursos, en términos de distribución y oportunidad de flujos de recursos, avisando a las autoridades competentes la ocurrencia de circunstancias anómalas. Para ello es necesario:

Que la SNS defina previamente las condiciones que se deben acreditar y se establezca un registro de firmas que pueden desarrollar esta actividad.

Que la contratación sea realizada por el departamento.

Que se defina mediante reglamentación el alcance de sus tareas y el destino de sus reportes a la DDS.

Que se definan los mecanismos de traslado de información a la SNS a través de las DDS. De todas maneras se debe prever la consulta directa de la SNS a través de páginas WEB.

Que exista la debida coordinación de las acciones de las auditorías y de las DDS por las SNS.

Que se mantenga la capacidad sancionatoria en los agentes de IVC del sector y en la CGR.

Las auditorías, en la medida en que buscan suplir las deficiencias de supervisión en el nivel territorial, tendrán las mismas funciones frente a la IVC que las consideradas para las Direcciones Departamentales de Salud, excepto, por supuesto, si es el caso, las facultades sancionatorias.

De la manera señalada, es preciso advertir que las alternativas planteadas no son excluyentes y que, bien por el contrario, es perfectamente plausible concebir que ellas se combinen, en función de la

eficacia que se presente en el nivel territorial, encontrando unas regiones en donde las funciones de IVC son realizadas de manera directa por las DDS y, otras, en donde se ha acudido al mecanismo de las auditorías externas.

Para el caso de los nuevos departamentos, creados a partir de la Constitución Política de 1991 y dado que de acuerdo con el numeral 43.4.2. de la ley 715 ellos se encargan de administrar los recursos financieros del Sistema general de Participaciones destinados a financiar la afiliación al régimen subsidiado de la población más pobre y vulnerable de los corregimientos departamentales, así como identificar y seleccionar los beneficiarios del subsidio y contratar su aseguramiento, es preciso considerar de hecho que se debe contar con auditorías externas para realizar la inspección y vigilancia de este conjunto de procesos. En estos casos dichas auditorías deben reportar de manera directa a la SNS.

Es de notar que la concepción de las auditorías externas mantiene el esquema descentralizado de la inspección y vigilancia de los recursos del régimen subsidiado y que, el destino inicial de la información sobre su gestión y reportes se encuentra en las direcciones departamentales de salud;

El traslado de la información de las DDS y de las auditorías externas debe realizarse a través de redes de información, de manera que a través de páginas WEB la SNS se encuentre en capacidad de consultar en tiempo real las labores de las DDS y/o de las auditorías externas y los resultados de las mismas. Ello propicia que la Superintendencia tenga de manera permanente el conocimiento cierto de lo que está acaeciendo en el financiamiento del régimen subsidiado.

De acuerdo con lo anterior, la propuesta, en sus dos alternativas, considera que las DDS (o las auditorías externas cuando ello sea necesario) constituyen el bastión de la IVC en lo local, realizando las actividades pertinentes en los municipios de su jurisdicción, mientras que estos son los ejecutores de las acciones en el mismo régimen. A su turno, con el fin de lograr homogeneización en el nivel territorial, la SNS define las tareas y actividades de IVC, los mecanismos de coordinación y de transmisión de información y conserva capacidad sancionatoria sobre el conjunto del proceso y de los agentes que participan en el mismo.

6.2.5 TAREAS EN EL MODELO DE IVC DEL FINANCIAMIENTO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

De esta suerte las soluciones para el correcto control del flujo de recursos en el régimen subsidiado se resumen en las siguientes acciones, algunas de las cuales han sido ya abocadas y resueltas en el texto de la ley 715:

Eliminación de la certificación y del esquema de pagos tripartito (Ley 715).

Ejecución de todas las acciones referentes al régimen subsidiado en los municipios, con excepción de la autorización para el funcionamiento de las ARS.

Giro directo a los Fondos Territoriales de Salud los cuales no deben tener unidad de caja con los otros recursos del nivel territorial (Ley 715).

Giro directo a las ARS, por parte del FOSYGA, cuando se comprueben moras injustificadas en el traslado de los recursos desde los FTS a las ARS.

Descentralización de la IVC en la instancia departamental a través de las DDS (Ley 715).

Contratación de auditorías externas cuando se comprueben ineficiencias técnicas o insuficiencia de recursos en las DDS (ley 715). En los casos de los nuevos departamentos es imperativa la contratación de auditorías externas

Coordinación de la SNS sobre las Direcciones de Salud y las auditorías externas para definir la coordinación y homogeneización de su accionar y para recibir los informes pertinentes acerca de la ocurrencia de circunstancias anómalas.

Coordinación de la SNS con la Contraloría General de la República para ponerla en conocimiento de las situaciones irregulares.

Procesos de control (sanciones) en cabeza de la SNS y la Contraloría General de la República. La SNS debe coordinar dentro del esquema que se diseñe para el adecuado funcionamiento del Comité Interinstitucional de Control, las acciones pertinentes con la Contraloría, con el propósito de aprovechar la información que este Organismo de Control le proporcione en virtud de las investigaciones que adelante sobre los Fondos de Salud. Esta información debe ser remitida por la Contraloría en forma regular y completa, de tal manera que se convierta en un mecanismo institucional a fin de que la SNS tenga información suficiente para controlar la generación, flujo y aplicación de recursos de salud, en lo que se refiere al manejo de tales recursos en los Fondos de Salud.

6.2.6 AGENTES IMPLICADOS

CNSSS

Ministerio de Salud

Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Departamento Nacional de Planeación

Superintendencia Nacional de Salud

FOSYGA

Direcciones Departamentales de Salud

Direcciones Municipales de Salud

Auditorías Externas

6.2.7 INSTRUMENTOS EN QUE SE LOCALIZA LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Ley 715

Decreto Reglamentario de la ley 715, según facultades del artículo 107

Sistemas de Información

Definición de canales de comunicación de información entre DDS y SNS

6.2.8 ACTUACIONES DE LOS AGENTES EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Las actuaciones de los agentes en la solución propuesta son las siguientes:

Nivel Municipal (DLS)

Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del municipio y administrar los recursos del Fondo Local de Salud. (Numeral 44.1.2. Ley 715) y,

Financiar y cofinanciar la afiliación al régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin (Numeral 44.2.1. Ley 715).

En virtud de este encargo los municipios deberán realizar:

La gestión y el recaudo de los recursos con destinación específica para la salud del municipio.

La consignación en el Fondo de Salud del municipio de la totalidad de los recursos con destinación específica para salud del municipio.

La distribución de los recursos con destinación específica para salud en gastos administrativos, atención a la población vinculada, salud pública y financiación y cofinanciación del régimen subsidiado.

La selección de los beneficiarios del régimen subsidiado (numeral 44.2.2. ley 715) .

La celebración de los contratos para el aseguramiento del régimen subsidiado, según el numeral 44.2.3. de la ley 715.

El descuento de la UPC-S, previo a la suscripción de los contratos del régimen subsidiado, de la proporción que defina el CNSSS para financiar las acciones de promoción y prevención.

La realización, desde el Fondo de Salud, de los giros correspondientes a las aseguradoras del régimen subsidiado, con la oportunidad requerida.

Nivel Departamental (DDS)

En virtud de su función de supervisar los recursos con destinación específica para salud en el territorio de su jurisdicción (numeral 43.1.4. Ley 715) deberán:

Verificar la consignación de la totalidad de los recursos con destinación específica para el sector de la salud de los municipios en los Fondos de Salud de los mismos.

Verificar que la distribución de los recursos realizada por los municipios en su jurisdicción se adecue de manera estricta a lo preceptuado en las normas legales sobre la materia.

Verificar que los municipios realizan los pagos a las aseguradoras del régimen subsidiado en los montos justos y en la oportunidad requerida.

Para el caso de los nuevos departamentos, creados en la Constitución Política, sus funciones corresponden a las enumeradas para el nivel municipal.

Nivel Departamental (Auditorías Externas)

Como se señaló, las auditorías externas cumplen las mismas funciones que las DDS. Por ello, a las ya señaladas, es necesario establecer:

Informar a la DDS correspondiente los resultados de su labor y alertarla sobre las irregularidades encontradas.

La información anterior debe ser suministrada mensualmente.

La auditorías externas deben existir de manera perentoria en los nuevos departamentos creados a partir de la Constitución Política de 1991.

Nivel Nacional (Superintendencia Nacional de Salud)

En virtud de su función de controlar y vigilar la generación, flujo y aplicación de los recursos destinados a la salud (Inciso 2º Parágrafo 1º Artículo 57 ley 715), la SNS deberá:

Señalar las directrices para la IVC en el nivel local por parte de las DDS o de las auditorías externas cuando ello sea necesario.

Recibir la información de las DDS o de las auditorías externas sobre los resultados de las acciones de IVC en su jurisdicción

Establecer los regímenes sancionatorios para el nivel local (sólo para las DDS) y para el nivel nacional.

Sancionar a los infractores en el nivel local, n lo relacionado con la distribución y el flujo de recursos en el nivel local

6.2.9 PROCESOS DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Para desarrollar de manera eficiente la supervisión de la distribución y del flujo de caja de los recursos del régimen subsidiado en el nivel territorial es preciso que (recuérdese que las auditorías externas, cuando sean necesarias, realizan las tareas de las DDS, con excepción de la capacidad sancionatoria):

Los municipios y los departamentos, cuando sea el caso, presupuestan los recursos en la vigencia anterior a la que van a ejecutarlo, teniendo en cuenta los recursos que las Cajas de Compensación Familiar administran directamente

Los municipios o los departamentos, cuando sea el caso, reciben los recursos del Sistema General de Participaciones del Presupuesto Nacional. Estos giros deberán realizarse directamente a los Fondos Territoriales de Salud.

Los municipios o los departamentos, cuando sea el caso, reciben los giros de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA asignados para cofinanciar la afiliación del régimen subsidiado, teniendo en cuenta tanto los afiliados existentes como las ampliaciones de cobertura. Estos giros deberán realizarse de manera tal que al menos anticipadamente los municipios dispongan de fondos suficientes para realizar los procesos de contratación con las ARS. Existe la posibilidad de giros directos a las ARS según se establece más adelante.

Los giros del FOSYGA tendrán como tope las definiciones del CNSSS, de acuerdo con lo establecido en el acápite 6.1.

De acuerdo con las definiciones del CNSSS los municipios descuentan de la UPC-S los recursos correspondientes a la promoción y prevención, de acuerdo con lo establecido en el artículo 46 de la ley 715.

Los municipios informan a la DDS, de manera periódica (mensual o bimensual), los recursos recaudados con destinación específica para el sector de la salud.

Los municipios informan a la DDS, de manera periódica, la distribución de los recursos con destinación específica.

Los municipios informen mensualmente los pagos realizados a las aseguradoras del régimen subsidiado, especificando el monto, el concepto del pago y la fecha de presentación de la cuenta de cobro o factura por parte de la aseguradora. En caso de presentarse una mora superior a un mes, deberá justificar debidamente esta situación. Es conveniente que los recursos estos recursos sean girados periódicamente y que al menos una buena proporción del valor del contrato se pague de manera anticipada.

Las ARS reciben los pagos de los FTS. Cuando existan demoras informará de tal situación a la DDS para que ésta emplace a la dirección municipal de salud a dar las explicaciones y a solicitar la solución de la situación. Si esta situación se prolonga, la DDS comunicará a la SNS, para que ésta, a

su turno, después de evaluada la situación, solicite al FOSYGA el giro directo de los recursos a la ARS, sin detrimentos de las sanciones que deba imponer a los funcionarios responsables. Alternativamente este proceso puede conducirse directamente desde la ARS al FOSYGA quien, después de notificar a la SNS de la Situación, exige explicaciones al municipio y de no recibirlas satisfactorias procede a girar directamente los recursos a las ARS. En cualquiera de las dos alternativas el total del proceso no debe tomar más de cinco (5) días hábiles. Un proceso similar debe contemplarse para los giros del Sistema General de Participaciones.

Los departamentos conformarán bases de datos con la información recibida de los municipios en los aspectos antes señalados. Estas bases de datos estarán a disposición de la SNS (preferiblemente vía electrónica).

La DDS, alimentará la base de datos una vez reciba la información periódica de los municipios.

La DDS examinará la información de recursos recaudados y de la distribución de los recursos y se pronunciará positiva o negativamente sobre tal información. En el primer caso, así lo registrará en la base de datos, especificando el nombre y el cargo del funcionario responsable. En el segundo evento, requerirá las explicaciones del caso al municipio correspondiente, registrando tal situación en la base de datos; si las explicaciones aportadas por el municipio se encuentran ajustadas así se consignará en la base de datos; en caso contrario, se procederá a realizar las investigaciones del caso, consignando la novedad en la base de datos y alertando a la SNS de la investigación iniciada.

La DDS verificará los pagos realizados a las aseguradoras del régimen subsidiado, estableciendo la justeza de los montos y la oportunidad del pago. En caso de encontrar diferencias solicitará explicaciones; de no encontrarlas ajustadas procederá a abrir una investigación, alertando a la SNS. Todos los pasos del proceso deben ser consignados en la base de datos.

En caso de moras en los pagos a las ARS y si éstas así lo comunican a las DDS, proceden a solicitar las explicaciones y, si es necesario, a comunicar a la SNS, para que ésta solicite al FOSYGA el pago directo a la ARS. Si se opta por la alternativa de la comunicación directa entre la ARS y el FOSYGA, será éste quien solicite las explicaciones a la entidad municipal o al departamento, si es el caso.

La DDS realizará visitas de inspección ocasionales, avisadas o no, a la secretaría municipal de salud y a las aseguradoras del régimen, con el fin de confrontar in situ la realidad de las informaciones aportadas por el municipio. Los resultados de estas visitas deberán ser consignados en la base de datos y deberán servir de soporte para abrir investigaciones cuando ello sea necesario. De manera mensual la DDS realizará un reporte a la SNS, indicando los casos especiales ocurridos en su jurisdicción, entendiendo como tales las explicaciones solicitadas o las investigaciones abiertas a los municipios, así como los resultados de tales investigaciones, en lo relacionado con la distribución y el flujo de caja de los recursos del régimen subsidiado.

La SNS alimentará su propia base de datos con las correspondientes al nivel departamental.

La SNS consultará de manera frecuente las bases de datos de las DDS y de las auditorías externas para verificar la forma como se desarrolla la inspección y vigilancia de la distribución y el flujo de recursos en el régimen subsidiado.

La SNS estudiará los casos especiales reportados mensualmente y decidirá sobre la necesidad de asumir de manera directa la situación.

La SNS recibe la solicitud de giro directo a la ARS por parte de la DDS y, una vez examinada la situación solicita tal giro al FOSYGA. Si se opta por la alternativa de comunicación directa entre el FOSYGA y la ARS, de todas maneras aquél deberá informar a la SNS de la situación. En cualquiera de las dos situaciones la SNS procederá a abrir las investigaciones a los funcionarios responsables y a imponer las sanciones que resulten pertinentes.

La SNS asesorará de manera permanente a las DDS en el desarrollo de su labor de IVC. Igual predicamento ocurre con las auditorías externas.

La SNS realizará visitas de inspección ocasionales, avisadas o no, a las DDS, con el fin de confrontar in situ la manera como se desarrolla la gestión de la IVC en el nivel local. Los resultados de estas visitas deberán ser consignados en la base de datos y deberán servir de soporte para abrir investigaciones cuando ello sea necesario.

Las DDS y/o la SNS reportarán de manera inmediata a la Contraloría General de la República y, cuando sea necesario, a la Procuraduría General de la Nación, de las irregularidades detectadas en el manejo de los recursos con destinación específica para la salud.

6.3 PROCESO: REINTEGRO DE RECURSOS NO EJECUTADOS

6.3.1 ASPECTOS GENERALES

Los recursos del sector de la salud son esencialmente recursos públicos que tienen como fin específico el de otorgar servicios de salud a la población colombiana. De esta manera, en el caso del régimen subsidiado, los recursos asignados a las diferentes entidades territoriales tienen como propósito el pago de los contratos a las ARS en función de los afiliados de cada una de ellas dentro del segmento de la población pobre y vulnerable.

De la manera planteada, si existen excedentes de recursos, es decir, si el monto asignado a una entidad territorial en particular supera el valor de los contratos realizados por ésta en el régimen subsidiado, dichos excedentes no corresponden al presupuesto propio de la entidad territorial, sino que deben ser reintegrados al sistema para que puedan ser utilizados en la ampliación de cobertura del régimen en otras zonas del país.

Para que lo anterior sea realizable, es necesario tener una definición previa acerca de los recursos de esfuerzo propio de las entidades territoriales, pues de otra manera, se estaría desincentivando su

acción de esfuerzo, al considerar que podrían ajustar los faltantes de este origen con los recursos provenientes del sector central.

6.3.2 DEBILIDADES DETECTADAS

Las debilidades detectadas en este aspecto son las siguientes:

No existe una definición de incentivos adecuada para el esfuerzo propio de las entidades territoriales.

Como consecuencia de lo anterior, no es posible identificar con certeza el origen inicial de los recursos a reintegrar. En otras palabras, dado que no existe una base para el esfuerzo propio de las entidades territoriales, no es posible plantear con claridad si los excedentes de recursos corresponden a los provenientes del FOSYGA a los del Sistema General de Participaciones o a los propios del esfuerzo propio. Bajo esta incertidumbre es posible no realizar las devoluciones, asumiendo que los excedentes son de los recursos de esfuerzo propio aplicarlos a otros fines, no siempre dentro del sector de la salud

El reintegro de excedentes, cuando se produce, no se realiza siempre bajo una definición ordenada de fechas.

No es claro proceder al cobro de intereses moratorios cuando se producen retrasos en los reintegros de los excedentes de los recursos del régimen subsidiado en las entidades territoriales.

6.3.3 NATURALEZA DE LAS DEBILIDADES

De definición de los recursos de esfuerzo propio de las entidades territoriales

De definición de plazos de reintegros

De establecimiento de sanciones por moras en los reintegros

6.3.4 PROPUESTA DE SOLUCIÓN

La propuesta de solución a este proceso, como en casos similares tiene dos aristas esenciales: de un lado la definición de los aspectos sobre los cuales se puede ejercer la supervisión y la definición de la supervisión en sí misma.

En cuanto a los aspectos para poder ejercer la supervisión su definición radica, fundamentalmente, en el establecimiento de lo que se denomina esfuerzo propio de las entidades territoriales, con lo cual se puede tener una fórmula para determinar los recursos excedentarios y en la fijación de plazos perentorios para realizar tales reintegros, imponiendo intereses moratorios en caso en que no se cumpla tal plazo.

De manera específica, partiendo de la consideración de que es necesario que los municipios y las entidades territoriales en general sean más eficientes en su gestión de recaudo de recursos, la

propuesta consiste en establecer que el esfuerzo propio sea creciente o por lo menos igual al existente en la actualidad. Para ellos se tomarían como base los recursos de esta fuente aportados durante el año 2001 y se establecería que hacia el futuro su monto sea al menos igual en términos reales (esto es, ajustándolos por el Índice de Precios al Consumidor certificado por el DANE) o, preferiblemente, que sea ajustado por el IPC más un punto anual, para asegurar su crecimiento.

El cuadro se completa con la decisión a nivel nacional, esencialmente del CNSSS, de no sustituir, bajo ninguna circunstancia, recursos de esfuerzo propio con recursos del FOSYGA.

Lo anterior permite, como se planteó, definir los recursos excedentarios y su origen. Cuando ellos se presenten, es preciso establecer una fecha límite para su reintegro al FOSYGA, la cual no deberá exceder de diez (10) días hábiles a la fecha del acta de terminación de los contratos con las ARS, fecha a partir de la cual las entidades que no procedan a reintegrar oportunamente deberán reconocer al fondo intereses moratorios de acuerdo con lo establecido en el Estatuto Tributarios.

Una vez definido el objeto de control, es posible adentrarse en el mecanismo de supervisión. En este aspecto la propuesta considera que siendo el FOSYGA quien dispone de la información primaria, debe ser éste el encargado de dar aviso a la SNS de salud del incumplimiento que se presente por parte de las entidades territoriales en el reintegro de los recursos en comento. La SNS una vez reciba dicha información, procederá a realizar el proceso investigativo respectivo y a establecer las sanciones que sean procedentes a los funcionarios responsables, así como a dar aviso a la Contraloría General de la República y a la Fiscalía General de la Nación para que éstas procedan de acuerdo con sus competencias.

Alternativamente es posible considerar que sea la SNS de manera directa quien recaude el conjunto de información correspondiente al proceso que nos ocupa. No obstante, esta alternativa parece poco práctica en la medida en que duplicaría los esfuerzos y la información del FOSYGA y desperdiciaría la oportunidad de contar con un control por parte de un tercero que cuenta con los elementos para realizarla eficientemente.

6.3.5 TAREAS EN EL MODELO DE IVC PARA EL REINTEGRO DE EXCEDENTES

De la manera planteada las tareas a realizar para poner en práctica la solución propuesta son las siguientes:

Definición del esfuerzo propio.

Establecimiento de plazos para el reintegro de recursos

Establecimiento de intereses para las moras en el reintegro de recursos.

Definición del mecanismo de control

6.3.6 AGENTES IMPLICADOS

CNSSS

Ministerio de Salud

Entidades Territoriales

Fosyga

Superintendencia Nacional de Salud

6.3.7 INSTRUMENTOS EN QUE SE LOCALIZA LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Ley 715 y las facultades que otorga en su artículo 107

Decreto Reglamentario del flujo de recursos en el régimen subsidiado.

6.3.8 ACTUACIONES DE LOS AGENTES EN LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Ministerio de Salud – CNSSS

Definen los recursos concernientes al esfuerzo propio de las entidades territoriales y la no disposición del CNSSS a autorizar el cubrimiento de posibles déficits en los mismos.

Definen el plazo de reintegros de los excedentes y la aplicación de los intereses consagrados en el Estatuto Tributario para los morosos.

Definen el mecanismo de control para el reintegro de los recursos excedentarios.

Entidades Territoriales

Realizan los reintegros de excedentes al FOSYGA

FOSYGA

Recibe los reintegros de las entidades territoriales

Cobra intereses de mora en caso de retraso de los reintegros

Informa a la SNS acerca de las anomalías y retrasos ocurridos.

SNS

Recibe la información proveniente del FOSYGA sobre retrasos y anomalías

Abre investigaciones y sanciona a los funcionarios responsables

6.3.9 PROCESOS DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Los procesos de la solución propuesta son los siguientes:

Entidades Territoriales

Una vez firmada el Acta de Terminación de los contratos con las ARS proceden a reintegrar los recursos excedentarios al FOSYGA, dentro de un plazo no superior a diez (10) días hábiles contados a partir de la fecha de suscripción del acta mencionada.

Para determinar el monto a reintegrar deben proceder a calcular la diferencia entre los recursos recibidos y el esfuerzo propio con el monto de los contratos ejecutados. El valor resultante es el monto a reintegrar.

FOSYGA

Recibe los reintegros de las entidades territoriales. En caso de que se exceda la fecha tope fijada para tal efecto procederá a cobrar intereses moratorios de acuerdo con lo establecido en el Estatuto Tributario e informa a la SNS.

SNS

Recibe la información del FOSYGA acerca de los retrasos en el reintegro de los excedentes.

Abre investigación a los funcionarios responsables del retraso e impone las sanciones a que haya lugar.

Informa a la Contraloría General de la República y a la Fiscalía General de la nación acerca de la ocurrencia de las irregularidades para que éstas procedan según las facultades y competencias que les confiere la ley.

PROCESO GENERACIÓN DE RECURSOS RÉGIMEN SUBSIDIADO

**PROCESO
DISTRIBUCIÓN Y FLUJOS DE
RECURSOS DEL RÉGIMEN
SUBSIDIADO**

PROCESO

REINTEGRO DE RECURSOS NO

EJECUTADOS DEL RÉGIMEN

SUBSIDIADO

PROCESO SANCIONES FINANCIAMIENTO