

PTABLA DE CONTENIDO

1	<u>EVALUACIÓN DE LA CONTRATACIÓN ENTIDADES TERRITORIALES – ARS</u>	1-2
1.1	<u>INCLUSIÓN DE LOS AFILIADOS EN EL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO</u>	1-2
1.1.1	<u>Utilización del SISBEN</u>	1-2
1.1.2	<u>Criterios de afiliación</u>	1-2
1.2	<u>SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN DE ADMINISTRADORAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO (ARS)</u>	1-5
1.2.1	<u>Preparación para el proceso de Selección y Contratación de ARS</u>	1-5
1.2.2	<u>Características de los municipios y descentralización</u>	1-7
1.2.3	<u>Capacidad de los territorios para contratar con las ARS, realizar seguimiento y hacer cumplir los contratos.</u>	1-8
1.3	<u>EL CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN COMO HERRAMIENTA PARA GARANTIZAR LA ADECUADA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD</u>	1-18
1.3.1	<u>Libertad de elección y conocimiento de derechos por parte del afiliado</u>	1-19
2	<u>EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS ARS</u>	2-1
2.1.1	<u>Contratación ARS- IPS</u>	2-1
2.2	<u>LA FUNCIÓN DE AGENCIA</u>	2-13
2.3	<u>COMPORTAMIENTO DEL PAGADOR</u>	2-15
3	<u>EFFECTOS GENERALES DEL REGIMEN SUBSIDIADO</u>	3-1
3.1	<u>EFFECTOS SOBRE LAS IPS</u>	3-1
3.2	<u>EFFECTOS SOBRE LA POBLACIÓN</u>	3-7
4	<u>ANÁLISIS MULTIVARIADO</u>	4-1
4.1	<u>CONTRATACIÓN DLS - ARS</u>	4-1
4.2	<u>CONTRATACIÓN ARS – IPS</u>	4-2
4.3	<u>EVALUACIÓN GENERAL DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO</u>	4-4
4.3.1	<u>Efectos sobre población</u>	4-4
4.3.2	<u>Efecto sobre IPS</u>	4-5
5	<u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	5-1

5.1	<u>SÍNTESIS DE CONCLUSIONES PRELIMINARES</u>	5-1
5.1.1	<u>Contratación DLS - ARS</u>	5-1
5.2	<u>ANÁLISIS: FORMULACION DE INTERROGANTES PLANTEADOS POR LA INVESTIGACIÓN Y SUS RESPUESTAS</u>	5-5
5.2.1	<u>Primer interrogante</u>	5-5
5.2.2	<u>Segundo interrogante</u>	5-9
5.2.3	<u>Tercer interrogante</u>	5-13
5.3	<u>RESUMEN RECOMENDACIONES CONTRATACIÓN DLS / EPS(ARS)</u>	5-14
5.3.1	<u>Resumen recomendaciones contratación EPS / IPS</u>	5-16
5.4	<u>PROPUESTA DE AJUSTE INSTITUCIONAL CONTRATACIÓN</u>	5-17
5.4.1	<u>Aspectos a reglamentar</u>	5-17
5.4.2	<u>La expedición de la Ley 715</u>	5-25
5.4.3	<u>Obligaciones de las ARS</u>	5-26
5.4.4	<u>Consideraciones finales</u>	5-29



ANÁLISIS DE LA CONTRATACIÓN EN EL REGIMEN SUBSIDIADO

¿Tienen los municipios capacidad de conducir el Régimen Subsidiado?
Las IPS evalúan la gestión de las ARS
La segmentación de la población originada por el R. Subsidiado

Félix León Martínez Martín
Investigador Universidad Nacional

En este capítulo se evalúa la capacidad de los municipios para seleccionar, contratar y vigilar a las Administradoras del Régimen Subsidiado, el comportamiento de las Administradoras desde el punto de vista de su relación con las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud y el impacto del Régimen Subsidiado sobre población pobre afiliada y no afiliada, en municipios grandes, medianos y pequeños. A partir de dicha evaluación se observa ausencia de condiciones de mercado que garanticen la calidad en los servicios y se recomiendan mayores controles del Estado mediante un manejo supramunicipal del Régimen bajo vigilancia y Control de las Direcciones Seccionales de Salud.

Con base en las hipótesis formuladas¹ a partir del conocimiento existente con anterioridad al desarrollo de este objetivo, tanto en términos documentales como empíricos, se procedió a la fase de análisis de resultados, una vez procesados los datos arrojados por las encuestas institucionales, instrumento básico de la investigación realizada en todo el país.

El análisis se realiza por cada variable o grupo de variables temáticas de las encuestas, comparando la información suministrada por los distintos actores cuando es posible. Igualmente el análisis de los procedimientos empleados para la contratación de ARS por los distintos municipios de la muestra se hace previa estratificación en tres grupos, sobre la base de reconocer las enormes diferencias de tamaño y desarrollo de los entes municipales. El agrupamiento se basa en las 7 Categorías de Municipios establecidas por el Departamento Nacional de Planeación (Ley 136 de 1994).

1 Las hipótesis, que fueron volcadas en los instrumentos de investigación, se destacarán en este capítulo a medida que se contrastan en los resultados.

1 EVALUACIÓN DE LA CONTRATACIÓN ENTIDADES TERRITORIALES – ARS

1.1 INCLUSIÓN DE LOS AFILIADOS EN EL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO

1.1.1 Utilización del SISBEN

Las respuestas de las Direcciones Locales de Salud (DLS) muestran que para la afiliación inicial de 1996, tan sólo el 30.2% de los municipios que responden esta pregunta tenían una cobertura amplia del SISBEN y lo utilizaron prioritariamente para escoger los afiliados, mientras que el resto afirman que no lo utilizaron o lo utilizaron sólo parcialmente por tener baja cobertura.

La situación mejora en la última ampliación de cobertura, donde ya el 53.8% de los municipios señalan tener una amplia cobertura del SISBEN y haberlo utilizado prioritariamente, mientras que el resto afirman que no lo utilizaron o lo utilizaron sólo parcialmente por tener baja cobertura o acudieron a otras formas de selección.

Por categoría de municipios puede observarse mayor tendencia a la utilización del SISBEN como mecanismo prioritario de inclusión de afiliados en los del primer grupo, de mayor tamaño y desarrollo, y una persistencia importante de la utilización de listados censales de grupos vulnerables en los municipios de menor categoría, básicamente municipios rurales.

Tabla 1 Mecanismos de inclusión de los afiliados al Régimen Subsidiado informados por las Direcciones Locales de Salud para 1996 y para la última ampliación de cobertura, según categoría de municipios

Categoría	Prioritariamente SISBEN		Listados Censales		Otras formas	
	1996	Última ampliación	1996	Última ampliación	1996	Última ampliación
E, I y II	34.62%	58.93%	19.23%	21.43%	46.15%	19.64%
III y IV	27.27%	44.44%	27.27%	38.89%	45.45%	16.67%
V y VI	26.19%	51.16%	19.05%	30.23%	54.76%	18.60%

Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

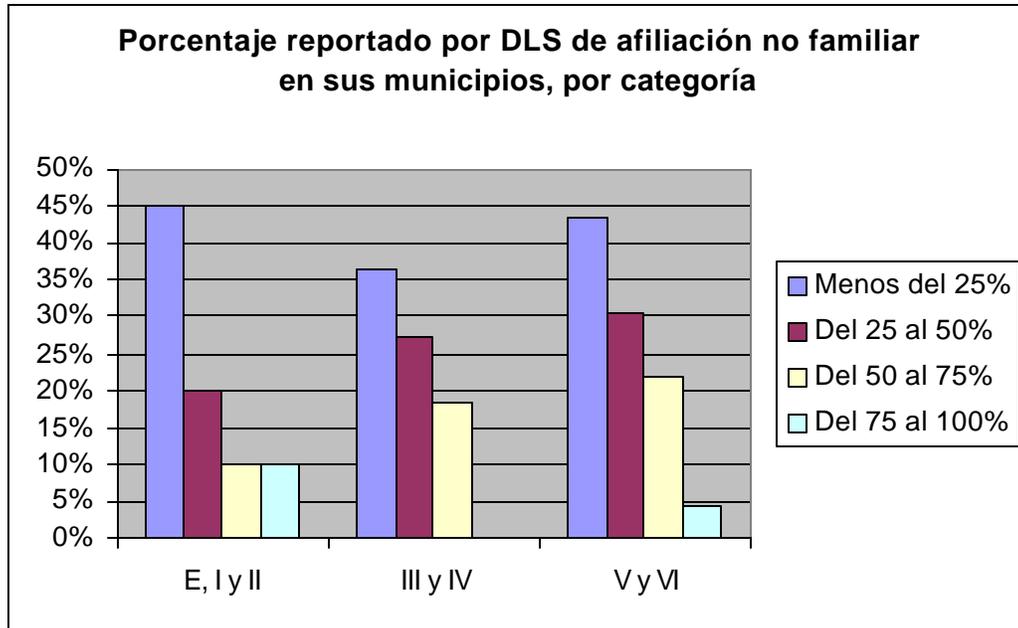
En las encuestas a directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) se preguntó igualmente sobre el porcentaje de la población pobre a la cual aún no le había sido aplicado el SISBEN, y el promedio de respuestas es cercano al 20%, con cifras mayores para los municipios de mayor categoría y menores para los pequeños municipios.

1.1.2 Criterios de afiliación

El 58% de las direcciones locales de salud informaron que la afiliación no corresponde estrictamente a núcleos familiares completos, mientras un 37,6% afirma que se utilizó estrictamente dicho criterio. Las direcciones seccionales informaron por su parte que en el

58.5% de los municipios se cumple con la afiliación estrictamente familiar y en el 39% de los municipios no se cumple.

Gráfico 1.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

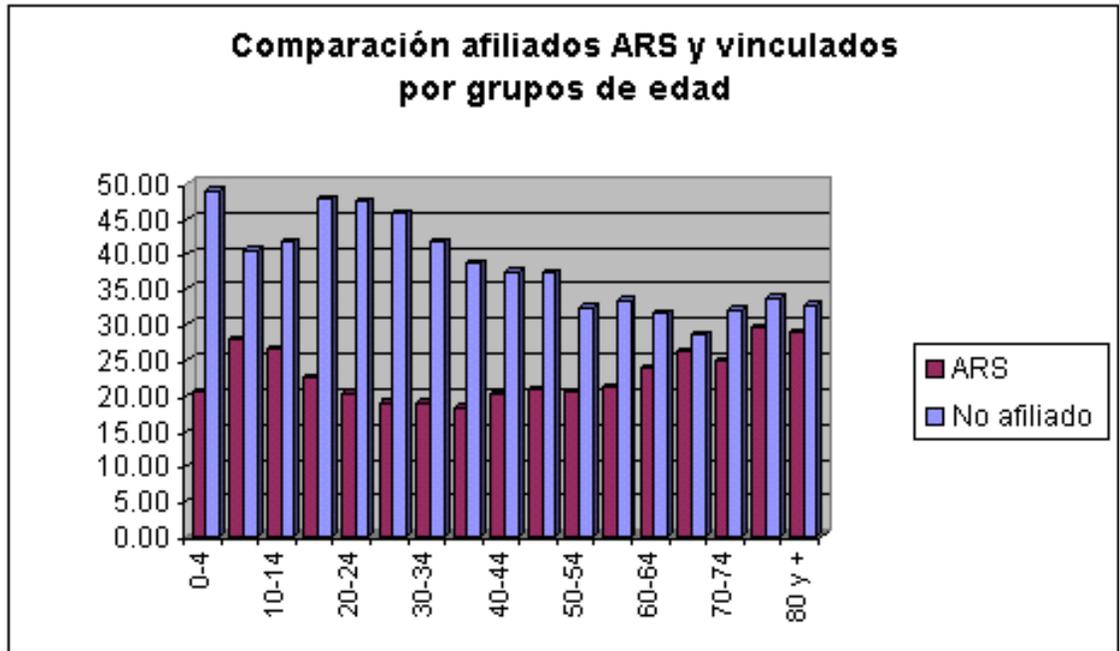
Las razones aducidas por las DLS para que la afiliación no sea estrictamente por familias completas fueron la priorización de grupos vulnerables: niños y mujeres embarazadas (33.6%), ancianos e indigentes (24.6%) y enfermos (23.8%). Otras causas respondieron en el 9.8% de los casos. Únicamente el 8.2% de las respuestas señalan que de esta forma se cubre a mayor número de familias.

Este grupo de respuestas confirma la hipótesis de que existe una tendencia importante a romper el criterio de afiliación por núcleos familiares completos, dando paso a dos fenómenos:

Por una parte la selección adversa propiciada por las autoridades municipales para dar solución a los problemas de salud de sus afiliados, entendible desde su óptica, pero que significa una grave desviación de un sistema de aseguramiento y conlleva indudables efectos sobre la frecuencia de aparición de riesgos y sobre la participación de los grupos de mayor riesgo dentro de los contratos.

Los porcentajes de afiliación al Régimen Subsidiado por grupo de edad, frente a los porcentajes de vinculados por grupos de edad, extraídos de la Encuesta Demografía y Salud 2000 de Profamilia así lo confirman.

Gráfico 2.



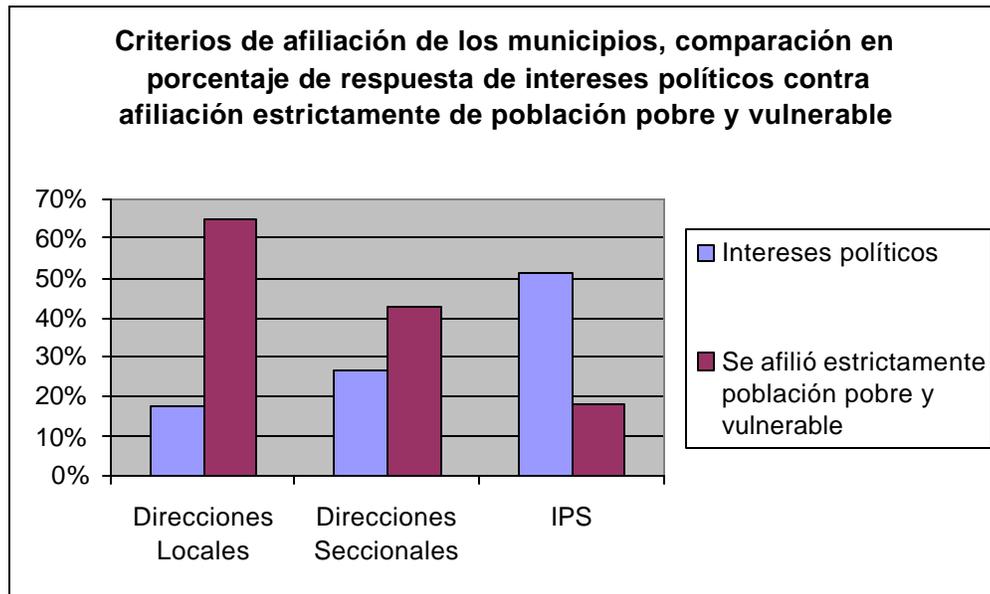
Fuente: Revista Salud Colombia. www.saludcolombia.com Edición 53. Cifras de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000 de Profamilia

No permiten por otra parte estas preguntas sobre afiliación familiar confirmar la hipótesis del interés clientelista en romper la afiliación familiar para mayor captación de adeptos. Tan sólo el 8.2% respondió que de esta forma se cubría a mayor número de familias. Sin embargo, al revisar otras respuestas, como las razones de inclusión de los afiliados, un 26.5% de las Direcciones Locales de Salud reconoce intereses políticos en la inclusión de afiliados de 1996, al igual que un 16.7% en la última ampliación de cobertura.

Si bien este porcentaje de interferencia política parece disminuir entre un período y otro, aumentan de 9.9% a 11.8% las respuestas de intereses políticos de la autoridad municipal mientras disminuyen del 11.6 al 2% las respuestas de intereses de políticos. Debe tenerse en cuenta que la respuesta de la última ampliación corresponde a la gestión actual de la Dirección Local de Salud en la gran mayoría de los casos.

En la encuesta a las IPS este porcentaje que señala intereses políticos en la selección de los afiliados asciende al 52%, y en el caso de las Direcciones Seccionales el 27% de las que contestaron esta pregunta reconocen influencia política sobre la selección de afiliados.

Gráfico 3.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

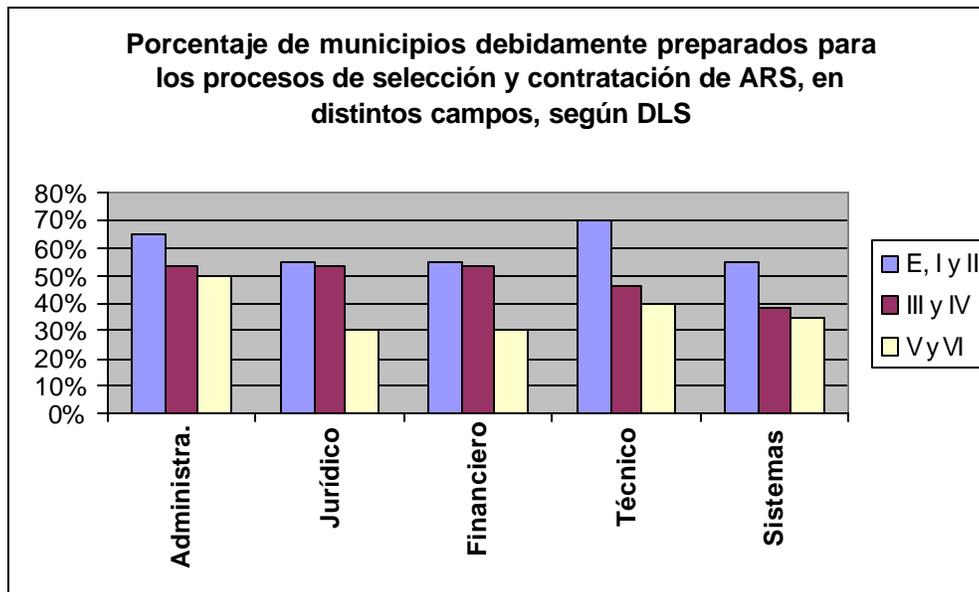
En síntesis, la exigencia absoluta de la afiliación exclusiva por núcleos familiares, salvo excepciones debidamente explícitas, es la forma adecuada de evitar graves desviaciones del sistema de aseguramiento y la interferencia total de los intereses políticos clientelistas. En este punto se encuentran coincidencias con las propuestas de los Objetivos de Vigilancia y Control, Control Social y Sisben de la investigación.

1.2 SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN DE ADMINISTRADORAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO (ARS)

1.2.1 Preparación para el proceso de Selección y Contratación de ARS

Las direcciones locales de salud consideran en su mayoría estar debidamente preparadas para el proceso de selección y contratación de ARS, en aspectos administrativos (57%), técnicos del Régimen Subsidiado (54%), mientras no alcanzan la mayoría quienes afirman estar debidamente preparados en los campos jurídico (44%), financiero (44%), y de sistemas (44%). Los municipios pequeños y menos desarrollados aceptan, en general, estar menos preparados en todos los campos.

Gráfico 4.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Sin embargo, el porcentaje de Direcciones Locales que de igual modo manifiesta no estar preparado alcanza porcentajes globales superiores al 30% y los restantes manifiestan estar regularmente preparados.

En el grupo de los municipios de categoría especial, I o II, el mayor número de respuestas manifestando no estar debidamente preparados se relacionan con las áreas de sistemas, jurídica y financiera. Para los municipios de categoría III y IV también el área de sistemas logró el mayor valor de respuestas anotando insuficiente preparación por parte de las direcciones locales, pero igualado con el financiero y el técnico. Por último en los municipios rurales, de categoría V y VI la mayor preocupación se relaciona con el campo jurídico. Sin embargo sólo un 40% de los municipios manifiestan haber solicitado asesoría o capacitación y las han solicitado fundamentalmente en el campo financiero y administrativo.

Hecha esta misma pregunta a las Direcciones Seccionales, tan sólo un 10% en promedio manifestaron no estar preparadas en diversos campos y otro 20% estar regularmente preparadas. La respuesta de preparación parcial más frecuente fue en el área de sistemas.

Al responder sin embargo sobre los municipios de la muestra, las direcciones seccionales los consideran en su gran mayoría no preparados para el proceso de selección y contratación de ARS. Igualmente afirman que la mayoría han solicitado capacitación y consideran la capacitación entregada unas veces suficiente y otras insuficiente.

Desde el punto de vista de las IPS también la evaluación sobre la preparación de los municipios para la selección y contratación de ARS es negativa. En promedio sólo consideran preparados a un tercio de los municipios, con poca diferencia por categorías, que curiosamente favorece a los municipios pequeños. En porcentaje de respuestas negativas sobre preparación adecuada destaca el área de sistemas.

En suma, los municipios aceptan estar regularmente preparados para los procesos de selección y contratación de ARS, pero tanto las direcciones seccionales como las IPS tienen una impresión inferior de dicha preparación, pues los consideran en su mayoría regular o mal preparados. Algunas direcciones seccionales afirman adicionalmente que esto sucede a pesar de que han sido capacitados y que la inadecuada preparación no es problema de capacitación, llamando a un problema estructural relacionado con la selección y la estabilidad del personal de las direcciones locales.

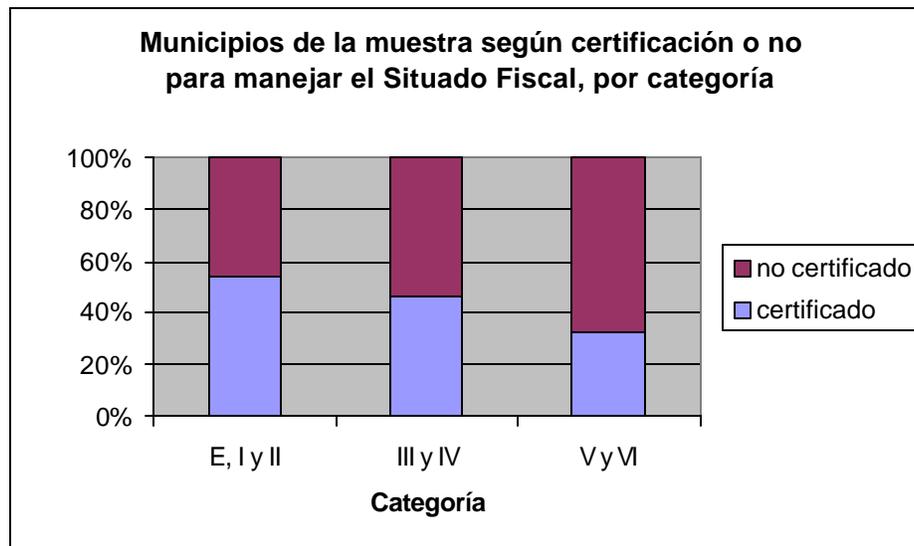
1.2.2 Características de los municipios y descentralización

Frente a lo anterior, es necesario precisar las características de los municipios que hacen parte de la muestra, así como de las direcciones locales de salud.

En el 74% de los municipios existe el cargo de Director Local de Salud y ese mismo porcentaje cuenta con funcionarios de planta en la Dirección. En ellos el 89% cuenta con delegación formal. Sin embargo, en el 29% de estos municipios la dirección de salud es manejada en una dependencia conjunta con otros sectores.

El 41.9% de los municipios afirman estar certificados para manejar el Situado Fiscal, es decir ostentan el máximo grado de descentralización en términos legales.

Gráfico 5.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

El porcentaje de municipios certificados parece mostrar una relación consistente con la categoría, como se observa en el gráfico anterior.

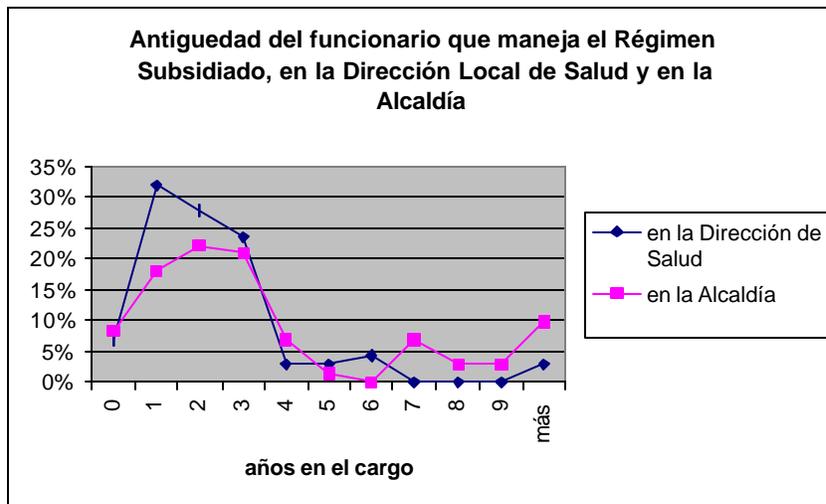
A pesar de que el grupo total de municipios muestra un desarrollo importante en términos de la creación de direcciones locales de salud y que muchos de ellos, como los de la Costa Atlántica cumplieron los requisitos para la certificación, no extraña a los investigadores la

falta de capacidad de estas direcciones, después de observar en el trabajo de campo lo que acontece en gran parte del país en dos sentidos:

El primero se refiere a la baja capacidad técnica de las direcciones de salud, incluso las pertenecientes a ciudades intermedias y muchas capitales de departamento, que sorprende diez años después de expedida la ley 10 de 1990.

El segundo a la altísima rotación del personal en estas direcciones, donde se encontraron promedios de antigüedad de uno a dos años al frente del régimen subsidiado.

Gráfico 6.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

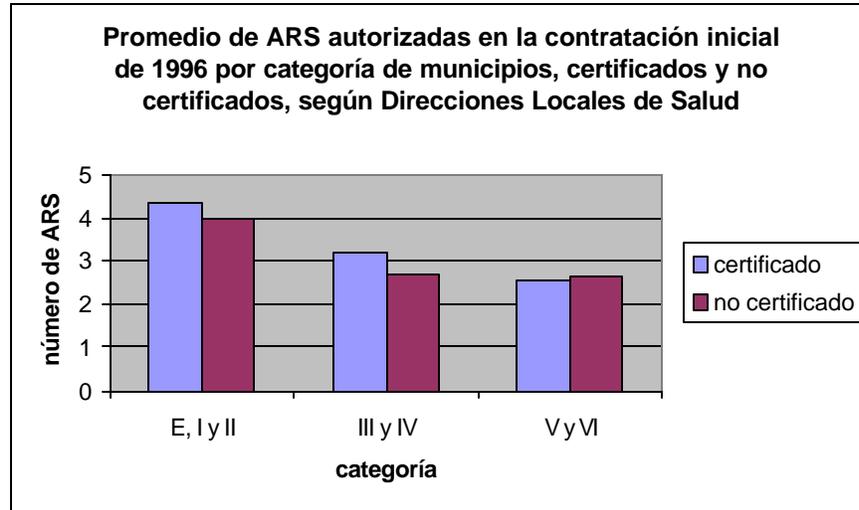
En el trabajo de campo pudieron observarse repetidos casos de directores y funcionarios con pocos meses de nombrados y sin la adecuada preparación para el cargo, al igual que sin inducción alguna para el desempeño del mismo. Tal situación, que obedece a razones políticas locales sin duda, trae como consecuencia la pérdida de la memoria institucional, así como la pérdida permanente de la capacidad técnica de la dirección y el desperdicio de cualquier esfuerzo de capacitación. Se refleja lo anterior en la improvisación por el importante grado de desconocimiento, bien de las normas relativas al aseguramiento, labor a la que se limitan en la práctica muchos municipios, o de las obligaciones del municipio respecto al Plan de Atención Básica.

1.2.3 Capacidad de los territorios para contratar con las ARS, realizar seguimiento y hacer cumplir los contratos.

La investigación partió en este punto de la hipótesis que gran parte de los municipios no contaban con la capacidad técnica para seleccionar, contratar las ARS y vigilar el cumplimiento del contrato por parte de las ARS, cuando comenzaron a operar estas entidades, pero al mismo tiempo que esta capacidad técnica se ha venido perfeccionando con el aprendizaje práctico a lo largo de los cinco años transcurridos.

En primer lugar se determinó el promedio de ARS autorizadas en la convocatoria de 1996 para afiliar en los distintos municipios, según la categoría.

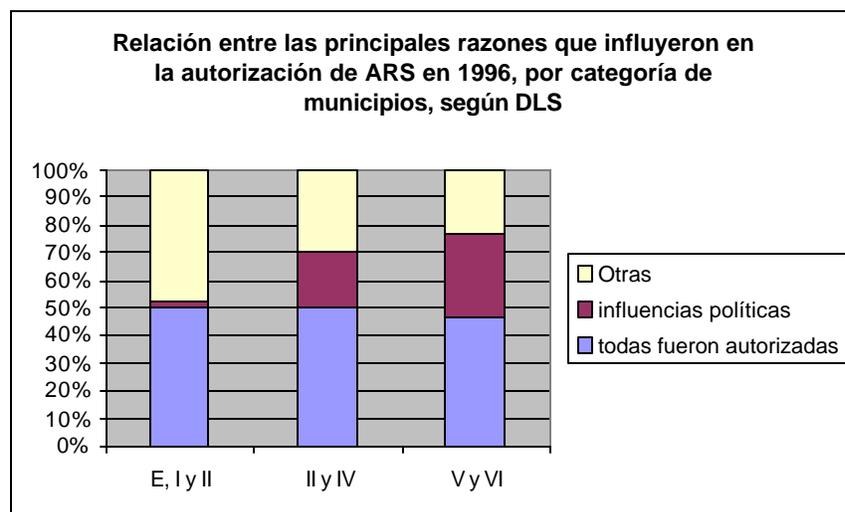
Gráfico 7.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

En segundo lugar, se indagó sobre las razones que se tuvieron en cuenta para la autorización de las ARS en la convocatoria inicial de 1996. Al observar las principales razones por categoría de municipios se observa que las razones políticas tienen más peso en los municipios de menor tamaño y desarrollo.

Gráfico 8.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Estas razones se comparan con las de la autorización de nuevas ARS. En la percepción de las direcciones locales, tanto en 1996 como en las últimas autorizaciones primó la autorización a

todas las ARS, como mecanismo para generar competencia, o simplemente por ser la única solicitante.

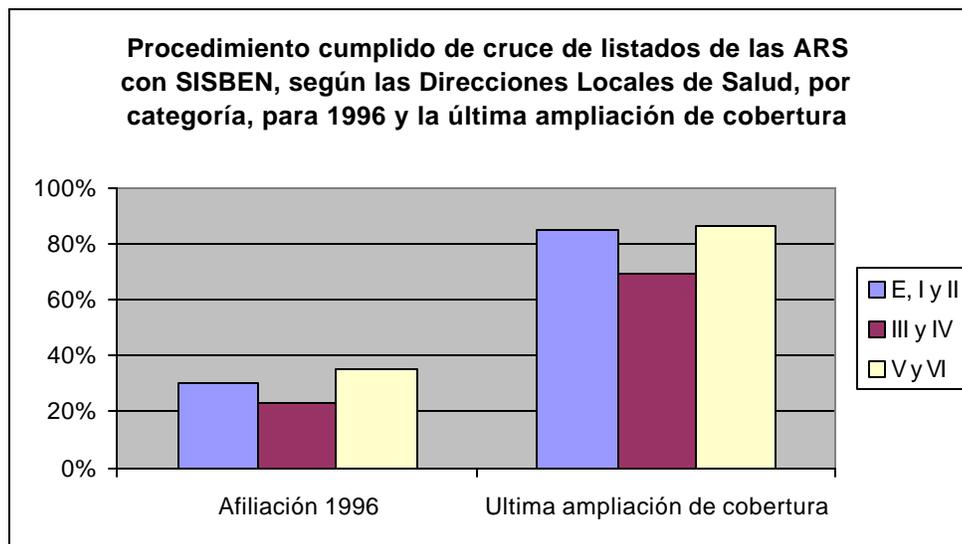
➤ Controles sobre afiliación

Una vez autorizadas las ARS y abierto el mecanismo de mercadeo, previamente a la firma de los contratos, es necesario realizar el proceso técnico de cruzar los afiliados reportados por cada ARS con la base de datos del SISBEN del respectivo municipio para evitar la afiliación de personas distintas a la población identificada como perteneciente a los Niveles de SISBEN 1 y 2, y entre las distintas ARS para evitar duplicaciones.

Los resultados de la encuesta revelan un progreso en el manejo técnico, pues para 1996 tan sólo el 31.1% de los municipios informan que se realizó el cruce de los afiliados reportados por las ARS con la base de datos del SISBEN, mientras que en la última ampliación de cobertura el 83.3% de los municipios señala que se realizó este cruce.

Cabe señalar que la presión del Ministerio y la Superintendencia sobre los listados de los afiliados para comprobar su selección adecuada puede ser en parte responsables del mejor resultado en el cumplimiento del requisito.

Gráfico 9.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

De la misma forma, aunque con cumplimientos en promedio menores que en el cruce con el SISBEN, el cruce de los listados entre las ARS ha sido asumido por los municipios, según reportan las DLS.

Igualmente informan las DLS que los municipios asumen progresivamente su responsabilidad en estas funciones, en la misma medida que los departamentos dejan las funciones

operativas asumidas al comienzo de la operación de las ARS. El incremento más notorio corresponde a los municipios de categoría V y VI, donde el porcentaje que se encarga de la revisión y cruce de listados ascendió del 47 al 75% en el período.

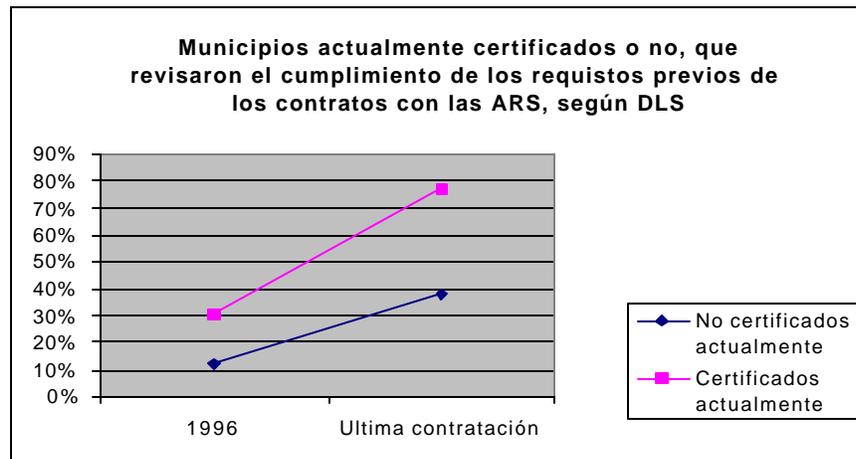
El punto es que este progreso parece más rápido que el de la certificación para el manejo del Situado Fiscal, norma a la que se ha amarrado igualmente el manejo independiente de la contratación.

Finalmente, para corroborar la responsabilidad de los municipios se preguntó por la existencia o no del acto administrativo o comunicación oficial de aprobación de los listados para el contrato a cada ARS en la última contratación. El 29% de los municipios manifestaron que no existía tal documento, o lo que significa que su relación con las ARS es verbal o que se limitan a confiar en los listados que estas entidades les proporcionen. Las diferencias por categorías son menos notorias de lo esperado, de una relación entre la categoría de los municipios y su desarrollo administrativo, con tradición de documentos escritos para cada acto administrativo.

➤ Revisión de requisitos

Otro paso básico para la contratación con las ARS es la revisión de los documentos que permiten constatar que se dan los requisitos previos para la firma del contrato. En el gráfico siguiente se observa, a diferencia del cruce y verificación de afiliados, que los municipios ahora certificados informan un avance más rápido en asumir esta verificación que los no certificados, lo que es coherente con su responsabilidad.

Gráfico 10.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

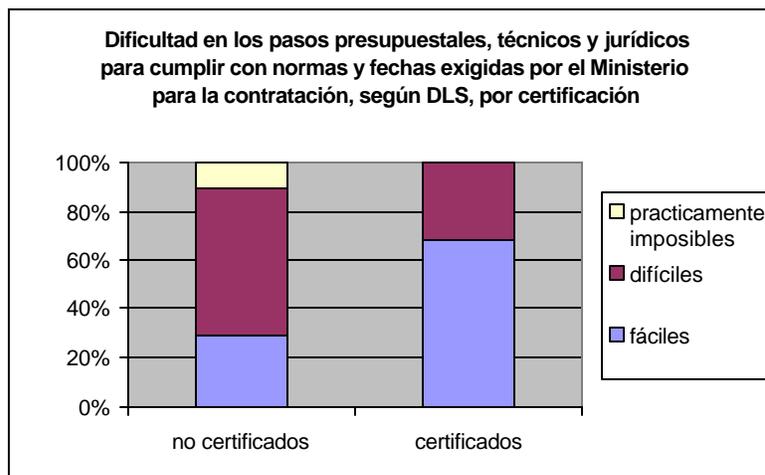
Las consecuencias de la falta de capacidad técnica sin duda afectan el proceso de contratación entre municipios y ARS. La forma de determinar si existía competencia real para la contratación fue incluir distractores entre los requisitos técnicos y jurídicos exigidos para la firma de contratos. Un porcentaje importante de direcciones locales cayó en los distractores.

➤ Dificultad en el trámite

Pese a las respuestas anteriores, un 47% de los municipios considera fácil el trámite de los contratos. Curiosamente y a pesar de las grandes diferencias entre el recurso humano del grupo de municipios de categorías E, I y II, ciudades importantes y los de categorías V y VI, municipios rurales, estos últimos no consideran más difícil la contratación.

Sin embargo, al cruzar las respuestas entre municipios certificados y no certificados, resulta evidente en los resultados que para los no certificados los pasos para la contratación resultan mucho más difíciles que para los certificados.

Gráfico 11.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Tan sólo el 21% de las direcciones seccionales considera fáciles los pasos presupuestales, técnicos y jurídicos para cumplir con las normas y las fechas exigidas por el Ministerio de Salud. Igual número las considera prácticamente imposibles de cumplir en las fechas establecidas y la mayoría (54%) los considera difíciles.

En síntesis, la respuesta fácil por parte de muchos municipios en este aspecto parece responder más a la despreocupación que se deriva de un limitado conocimiento y responsabilidad que a la verdadera facilidad del proceso, puesto que los municipios con mayores recursos técnicos y las direcciones seccionales los consideran más difíciles.

La misma hipótesis se confirma al observar la muy similar opinión de los municipios certificados y no certificados sobre el alto riesgo de que la administración municipal caiga en situación ilegal por cumplir las fechas exigidas por el Ministerio de Salud para la contratación.

Las direcciones seccionales confirman en mayor medida la apreciación de que sí supone riesgo para la administración departamental o municipal la dificultad de cumplir con los pasos y los plazos establecidos para la contratación por el Ministerio de Salud. Sus respuestas coinciden en porcentaje con el grado de dificultad mostrado en la gráfica previa.

Es muy conocido en el sector el hecho de que para poder cumplir con la fecha de firma y registro exigidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y el Ministerio, y de esta forma no perder días o semanas de cofinanciación, las autoridades seccionales y locales se ven obligadas a mentir en la fecha de firma o registro presupuestal de los contratos, o acudir al mecanismo irregular de reservar números, dado que el tiempo no es suficiente para el trámite de presupuestos ante las respectivas Asambleas y Concejos, por la misma inoportunidad en la aprobación de los recursos del FOSYGA o el Situado Fiscal y las rentas cedidas transformadas. Igualmente por el engorroso proceso de recolección de firmas en los departamentos con muchos municipios.

Ejemplo claro de ello y de un sistema que obliga a mentir a los territorios en documentos legales, fue el hecho de que en 1999 el día de inicio de la contratación, Abril 1, fue Jueves Santo. Muchos contratos fueron firmados y registrados en tal fecha, lo que no es posible conocidas las normas y costumbres de las oficinas públicas. Otros territorios más honestos presentaron los contratos con fecha Lunes 5 de Abril y la Dirección Financiera del Ministerio ordenó que no se les pagaran los cuatro días transcurridos.

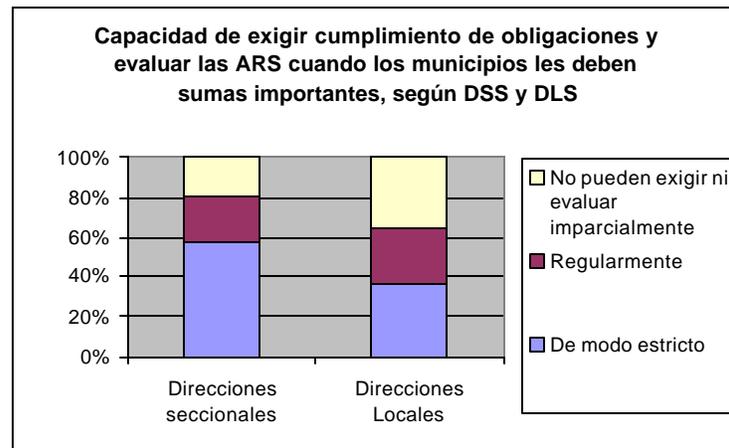
➤ Juez y parte

Se preguntó a las direcciones locales y a las direcciones seccionales en la investigación, si el hecho de ser parte de los contratos no les restaba posibilidad o capacidad a los municipios de evaluar y controlar a las ARS. La gran mayoría respondieron que no perdían capacidad, en contra de la hipótesis definida en las discusiones preparatorias de la investigación.

Sin embargo, después de preguntarles más adelante en el cuestionario por las deudas que tenían con las ARS se insistió en la pregunta formulada indirectamente. La respuesta de un 64% de las direcciones locales que admite que en tal condición de deudor no es posible exigir plenamente o evaluar imparcialmente, permite comprobar la hipótesis de que los municipios al ser parte de los contratos, y más al ser deudores de las ARS no pueden evaluarlas y controlarlas de modo estricto. La mayoría de las direcciones seccionales considera que aún con deudas es posible que los municipios evalúen y controlen imparcialmente a las ARS.



Gráfico 12.



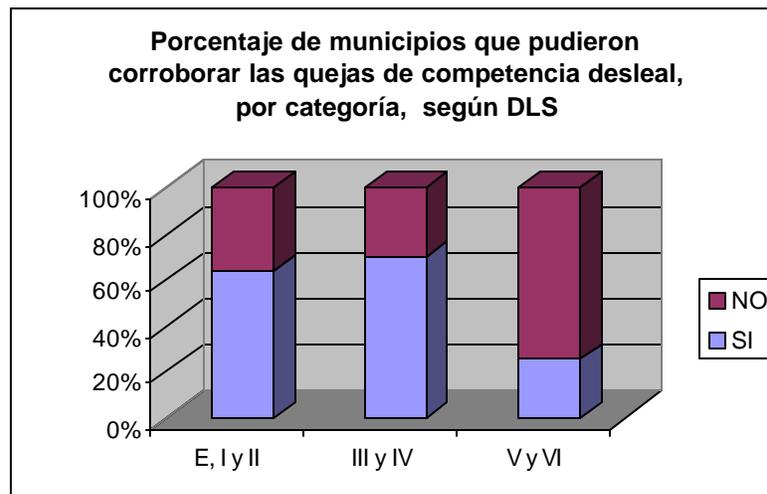
Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Otra forma de observar la capacidad de controlar a las ARS por parte de las Direcciones Locales de Salud es el manejo de las quejas.

Cabe anotar que el motivo de las quejas de competencia desleal, según las direcciones locales de salud, es casi siempre el engaño a los afiliados, bien sobre la ARS a la que pertenecen, bien sobre beneficios adicionales al POS que les ofrece la nueva ARS, o la necesidad de mantener o cambiar la afiliación a determinada ARS.

Pero lo importante, en relación con la capacidad de control del municipio, es la respuesta a las quejas, en distintos pasos. En primer lugar se indagó la corroboración o no de las quejas señaladas, que muestra una marcada diferencia para los pequeños municipios, que no corroboran las quejas.

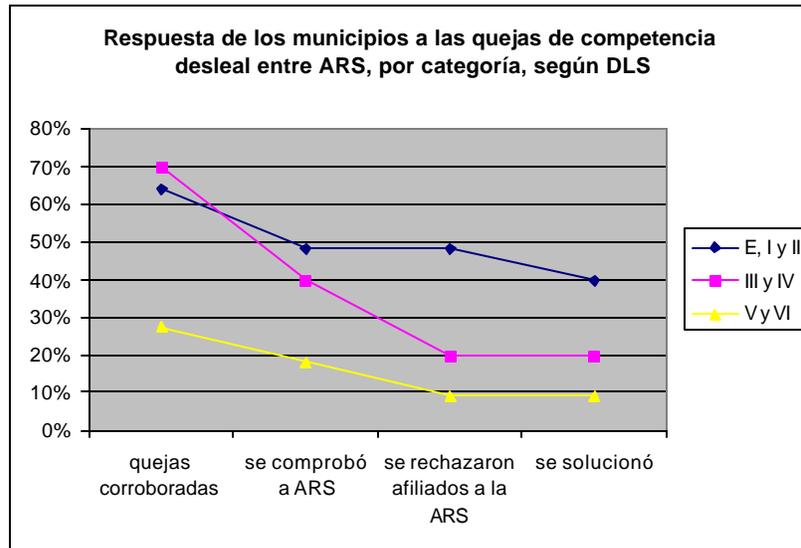
Gráfico 13.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

La investigación permitió adicionalmente, a través de preguntas sucesivas, observar los pasos dados por las direcciones locales de salud como respuesta a las quejas de competencia desleal. Nuevamente se observa la menor capacidad de respuesta o control por parte de los pequeños municipios.

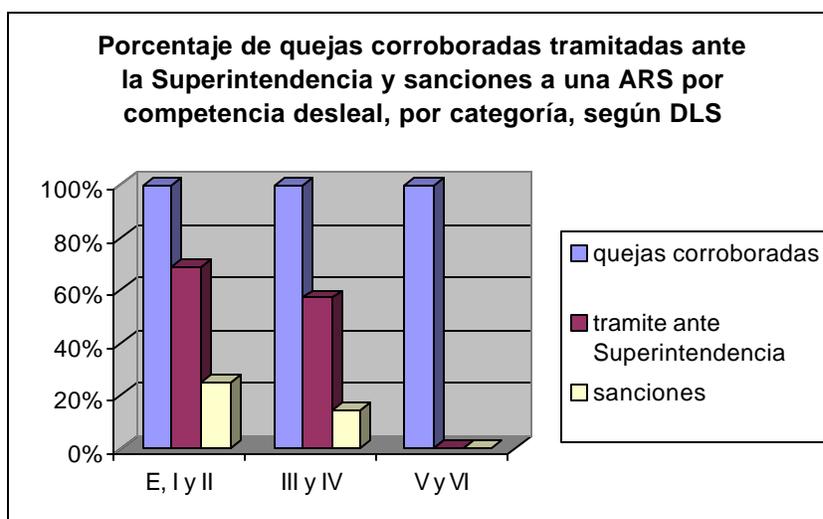
Gráfico 14.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Adicionalmente, se indagó sobre el trámite de las quejas ante la Superintendencia Nacional de Salud y el porcentaje de sanciones. Nuevamente los resultados ratifican que la capacidad de control sobre las ARS es proporcional al tamaño y desarrollo del municipio.

Gráfico 15.



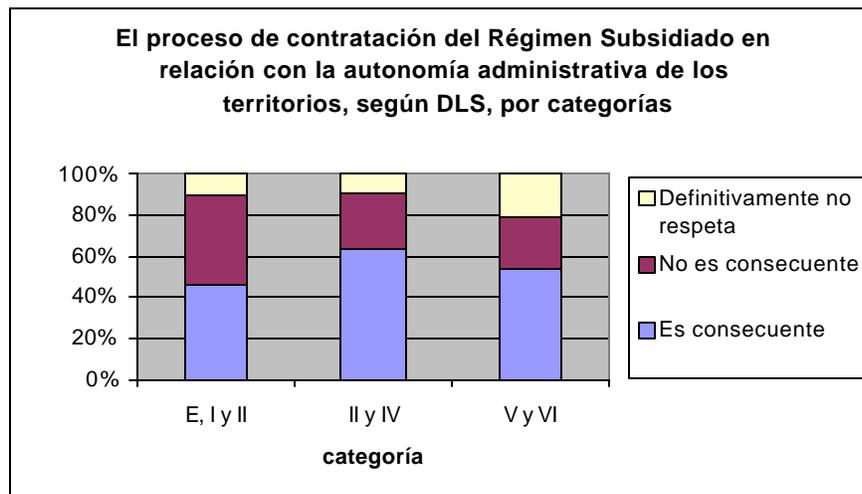
Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

En este punto es necesario señalar la extrañeza del equipo investigador al encontrar que muchos pequeños municipios, especialmente en la primera etapa de trabajo de campo, en la Costa Atlántica, manifestaban que nunca habían tenido ningún problema, ni queja alguna de las ARS, en varios años, actitud que hizo pensar en que se ha creado una cultura de convivencia, o de “no me acusas y no te acuso”, entre municipios y ARS, contraria a los intereses del Sistema y de los afiliados.

➤ Descentralización y autonomía

La mitad de las direcciones locales (51.2%) manifestaron que el proceso de contratación con las ARS es consecuente con la autonomía administrativa de los municipios, mientras la otra mitad (48.8%) considera que no es consecuente o no la respeta, respuesta que también parecería contradictoria frente a la hipótesis formulada al comienzo de la investigación.

Gráfico 16.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

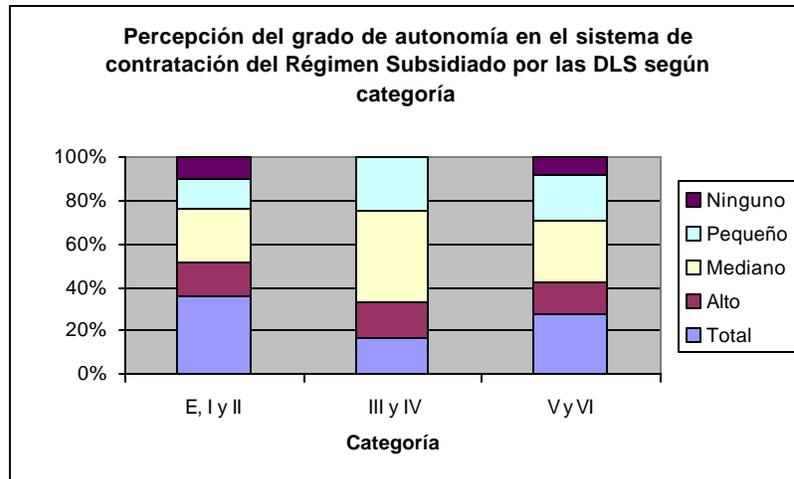
Igualmente, el 54.2% de las direcciones seccionales señalaron que es consecuente, contra el 45.8% que no es consecuente o definitivamente no respeta la descentralización.

Sin embargo, puede observarse en el gráfico 16 que los municipios grandes señalan en mayor proporción que el proceso no es consecuente con la autonomía administrativa de los territorios.

Al preguntarles a continuación a los municipios, si la intervención de la nación era poca, regular o mucha, se encuentran respuestas distribuidas igual hacia los dos lados del defecto o el exceso. Sin embargo, dadas las características de la pregunta, ello significa que más de la mitad consideran la intervención mucha o excesiva, respuesta más notoria en los municipios no certificados que en los certificados. Entre tanto los servicios seccionales califican de regular o aceptable en su mayoría la intervención de la nación y tan sólo el 25% la consideran mucha o excesiva.

Finalmente se preguntó por el grado de autonomía del municipio en esta contratación y se obtuvo la siguiente respuesta (gráfico 17), contraria a la hipótesis construida previamente:

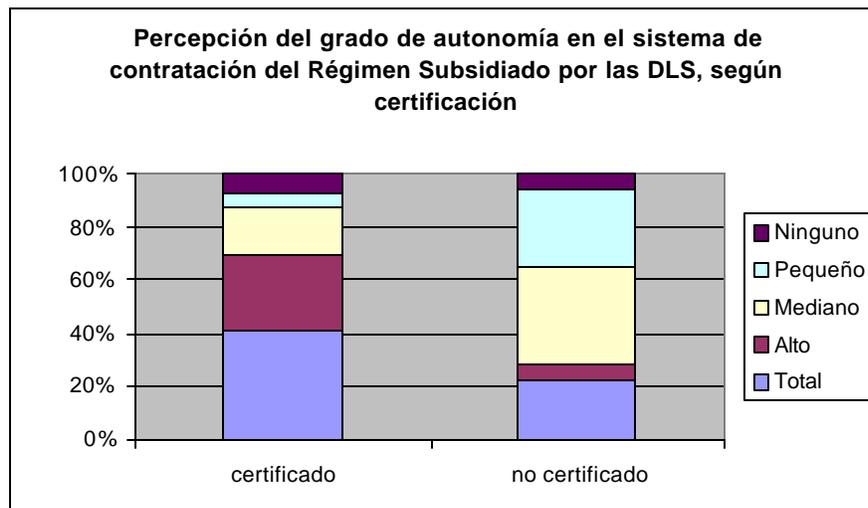
Gráfico 17.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Estas respuestas (grado de autonomía alto o total por parte del 45% de los municipios), parecerían contraevidentes, y por el contrario prueba de la inconsciencia de los mismos funcionarios municipales sobre un proceso totalmente normado desde el Ministerio de Salud, paso por paso. Sin embargo, es cierto al mismo tiempo que cualquier proceso de descentralización o autonomía requiere de dos partes, del que la concede y del que la solicita. En este último caso parece que la concesión, por muy imperfecta que sea, es superior a la demanda de autonomía y que los municipios se encuentran satisfechos con su pequeño grado de autonomía.

Gráfico 18.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

La anterior afirmación se puede corroborar y explicar mejor con la respuesta según el grado de descentralización (gráfico 18). Definitivamente los municipios certificados sienten un grado mucho mayor de autonomía en el proceso de contratación del Régimen Subsidiado.

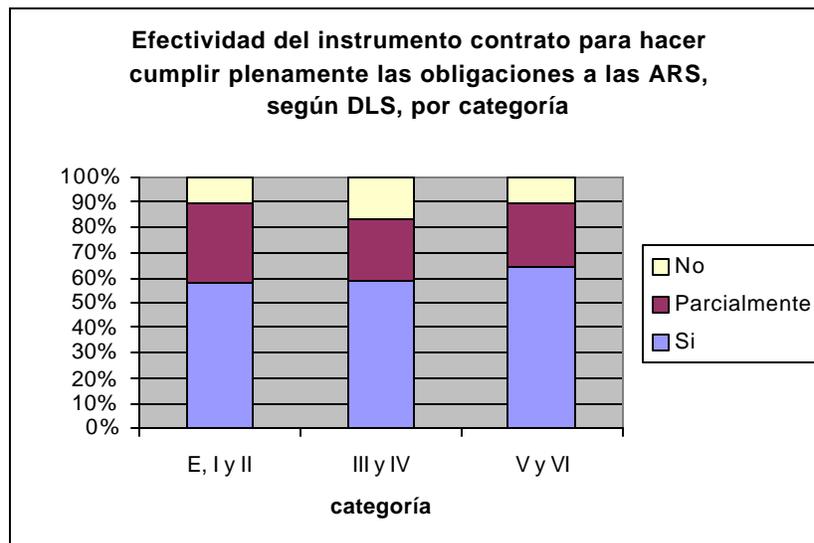
1.3 EL CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN COMO HERRAMIENTA PARA GARANTIZAR LA ADECUADA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Se solicitó a las direcciones locales de salud que evaluaran el modelo de contrato vigente, para saber si permite garantizar calidad de los servicios, oportunidad, accesibilidad, utilización y participación de la comunidad. El resultado es más afirmativo en accesibilidad y utilización y menos en calidad, oportunidad y participación de la comunidad.

Las direcciones seccionales también arrojan un resultado más afirmativo en accesibilidad y utilización y menos en calidad, oportunidad y participación de la comunidad.

Igualmente se preguntó a las direcciones locales si el contrato vigente le daba al municipio herramientas suficientes para poder exigir y hacer cumplir plenamente las obligaciones a las ARS, respuesta que se observa en el gráfico 19.

Gráfico 19.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Casi igual de positiva se mostró la respuesta de las Direcciones Seccionales de Salud. Nótese que nuevamente los municipios con menor desarrollo y capacidad técnica observan menos problemas en el instrumento que los municipios del grupo de mayor categoría.

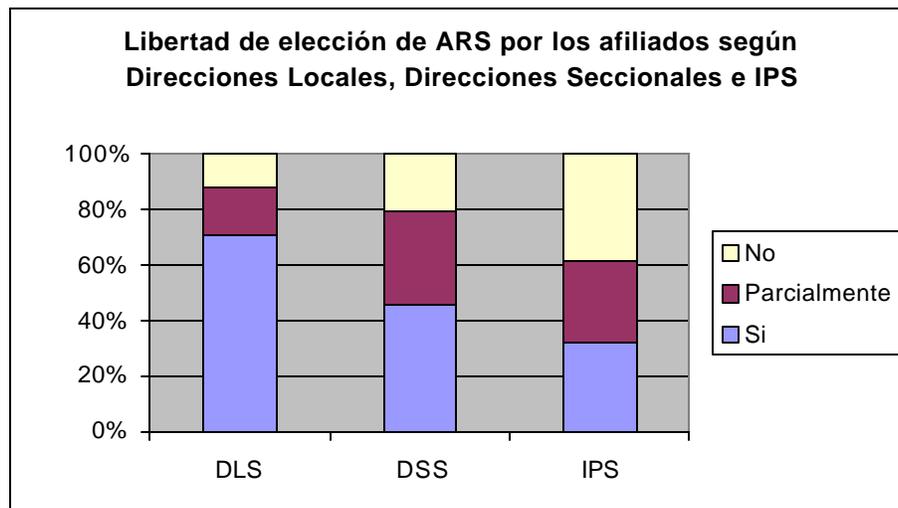
1.3.1 Libertad de elección y conocimiento de derechos por parte del afiliado

Para medir realmente la capacidad del contrato y el sistema de contratación vigente de garantizar a los afiliados sus derechos, se preguntó específicamente por estos a los distintos actores del Régimen Subsidiado, sobre la hipótesis de que este sistema colectivo de contratación no era útil para garantizar los mismos.

A la pregunta sobre si el afiliado elige libremente la ARS, el 71.4% de las direcciones locales de salud aseguran que el afiliado elige libremente la administradora, mientras el 12.1% aseguran que no y el 16.5 % que parcialmente.

Sin embargo, entre las direcciones seccionales tabuladas, sólo el 45.8% consideran que los afiliados escogen libremente la ARS, el 33.3% considera que tienen libertad parcial de escoger y un 20.8% considera que los afiliados no tienen libertad de elegir la ARS.

Gráfico 20.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

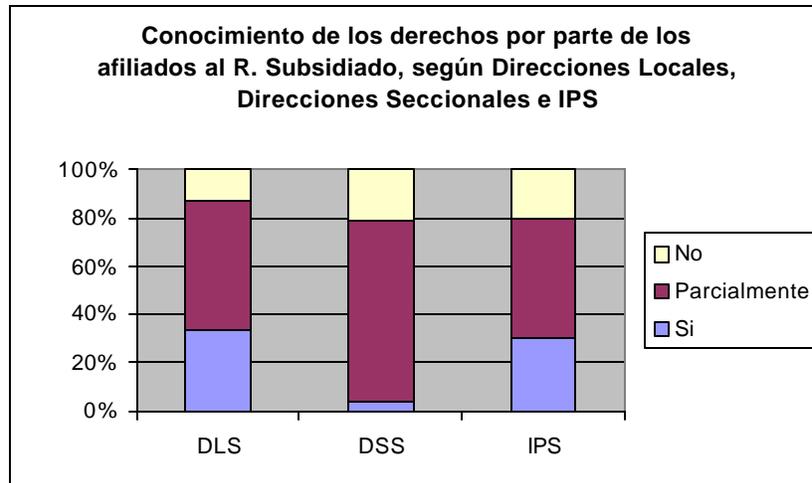
Más negativas aún son las respuestas de las IPS, pues el 37.2% de las evaluadas considera que los afiliados no escogen libremente la ARS en los respectivos municipios, mientras sólo el 31% considera que hay libertad de elección.

En este sentido se interrogó igualmente sobre el porcentaje de afiliados que solicitaban cambio de ARS en el último año, sobre la hipótesis de una baja movilidad. Sólo en el grupo de municipios de menor tamaño no certificados se encontró un resultado superior al 5% promedio de los demás.

En relación con el conocimiento de los derechos, sólo el 34.1% de las direcciones locales asume que el afiliado conoce sus derechos, mientras el 52.7% opinan que sólo los conocen parcialmente y el 13.2% que no los conocen. A la misma pregunta las direcciones seccionales son aún más críticas, pues el 20.83% considera que no los conocen y el resto

que los conocen parcialmente, con sólo una respuesta francamente positiva. Por su parte las IPS parece dar en este caso una respuesta similar a la de las direcciones locales.

Gráfico 21.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

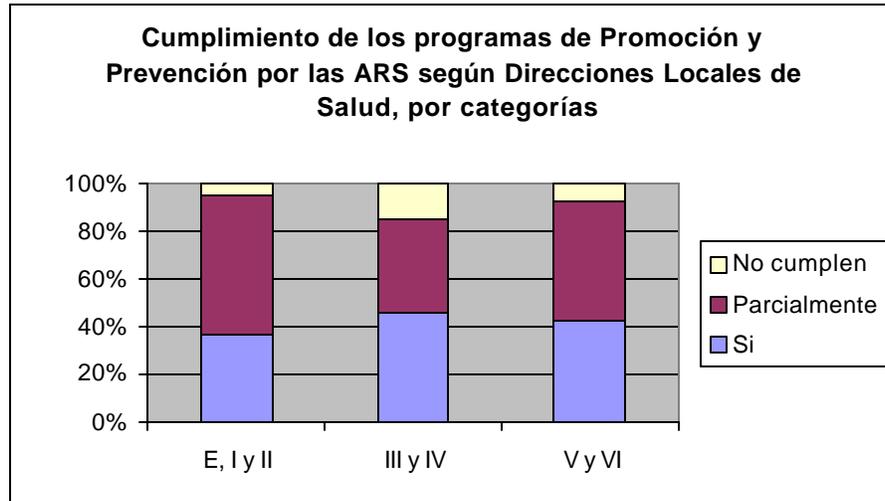
Resultado similar al de conocimiento de los derechos, muestra la opinión de las direcciones locales, las direcciones seccionales y las Instituciones Prestadoras de Servicios sobre el conocimiento de los afiliados sobre el origen de la financiación de los subsidios.

En síntesis, estas preguntas permiten confirmar la hipótesis de que el contrato colectivo de aseguramiento utilizado en el Régimen Subsidiado, entre el territorio y las ARS, incluye al afiliado sin que este tenga mayor conocimiento de quien financia el seguro, limita la libertad de elección gravemente y se traduce en buena parte en el desconocimiento de los derechos por parte de los afiliados. La ausencia de libertad de elección ha sido confirmada igualmente en la Encuesta Nacional de Calidad realizada por la Defensoría del Pueblo.

Las discusiones con otros expertos, especialmente del área financiera, han llegado a la reflexión que el contrato fue diseñado por el Ministerio de Salud más como un instrumento para garantizar el flujo de recursos hacia el aseguramiento y las ARS que para garantizar los derechos de los afiliados en cuanto a la suficiencia y calidad en la prestación de los servicios.

Además, cuando se avanza en otras preguntas de mayor especificidad como el cumplimiento de los programas de promoción y prevención por parte de las ARS, aspecto fundamental relacionado no con el derecho a la atención médica sino con el derecho a la salud, las respuestas no son tampoco positivas.

Gráfico 22.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Las direcciones seccionales respondieron en su mayoría que sólo se cumplen parcialmente

Estas respuestas de los mismos municipios han sido ratificadas por otros estudios como la evaluación de las empresas solidarias realizada por CIMDER-Universidad del Valle o por la Encuesta Nacional de Calidad realizada por la Defensoría del Pueblo.

2 EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS ARS

Partiendo de las consideraciones expuestas y las hipótesis formuladas en documentos preliminares sobre el desarrollo de este objetivo, se procede a la fase de diagnóstico, una vez procesados los datos resultantes de la investigación realizada en todo el país mediante el instrumento aplicado a los directores de IPS. Este análisis se complementa con la tipología de ARS, surgida de instrumentos aplicados a las ARS

El análisis se realiza por cada variable o grupo de variables temáticas de las encuestas, comparando la información suministrada por los distintos actores cuando es posible. Igualmente el análisis del proceso de contratación toma en cuenta los distintos tipos de ARS y las relaciones de las IPS con estas en las etapas precontractuales y contractuales. Igualmente las IPS evalúan el cumplimiento de las obligaciones de las ARS.

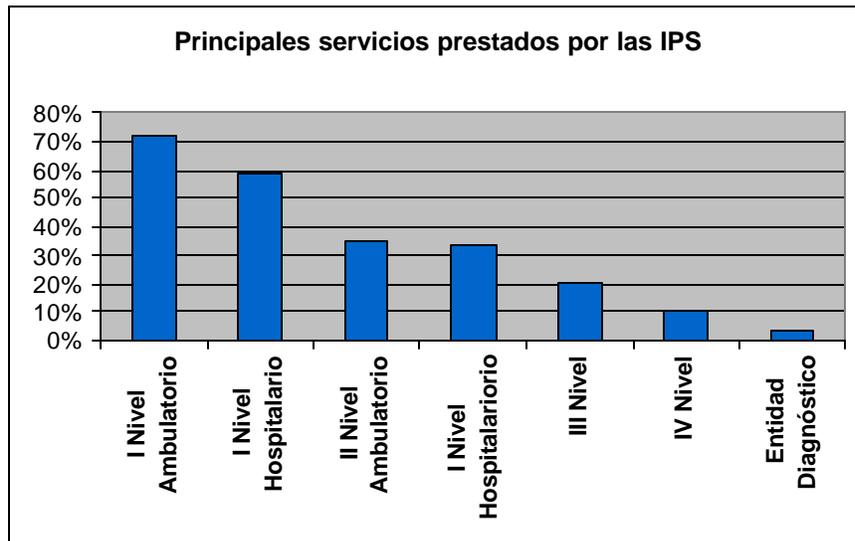
2.1.1 Contratación ARS- IPS

➤ Características de las IPS contratadas

En la muestra de municipios para la Evaluación del Régimen Subsidiado se encuestaron un considerable número de IPS, como principales entidades prestadoras de servicio de las ARS evaluadas en los mismos municipios. De las IPS evaluadas un 83% fueron IPS públicas y un 17% de tipo privado, con o sin ánimo de lucro.

Un 51.7% de las IPS encuestadas son instituciones de primer nivel de atención y un 48.3% de las mismas prestan servicios de segundo o tercer nivel o son entidades especializadas en diagnóstico, como puede observarse en la siguiente gráfica. El número y proporción de las IPS representa adecuadamente las entidades que contratan servicios en el Régimen Subsidiado en los municipios de la muestra.

Gráfico 23.

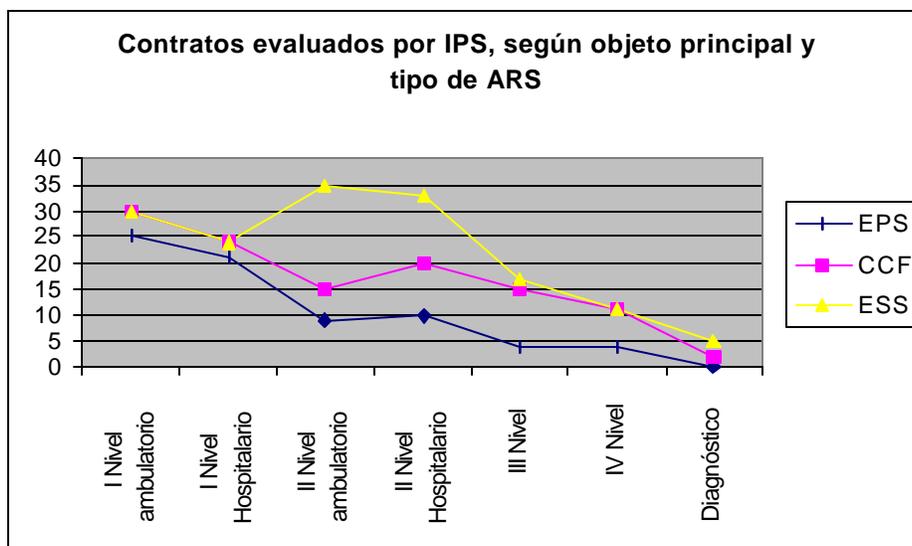


Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Es importante anotar que una IPS era considerada tal si contaba con personería jurídica, de tal modo que en la evaluación han sido desechadas las entidades que son dependencia de las ARS pues no permitían evaluar la contratación de servicios entre IPS y ARS ni tampoco evaluar imparcialmente a las ARS.

El siguiente gráfico (gráfico 24) muestra que en el II Nivel de Atención hay un número mayor de contratos evaluados correspondientes a las Empresas Solidarias de Salud.

Gráfico 24.



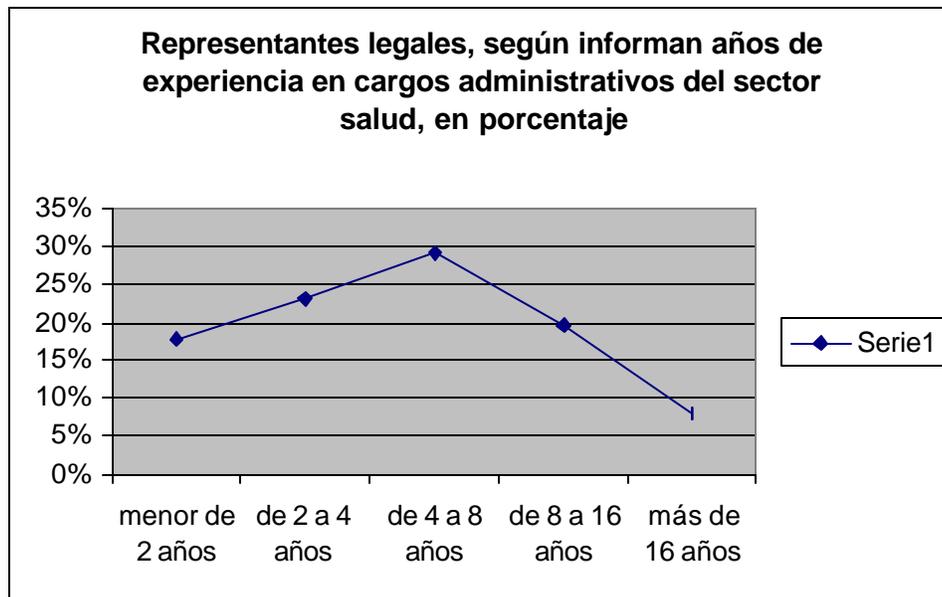
Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Las encuestas fueron realizadas a los Directores de IPS pero con la advertencia de que podían ser respondidas en equipo o que algunas de las preguntas fueran respondidas por algún funcionario directivo encargado particularmente del tema, como presupuesto, calidad, etc.

Se caracterizó en primer lugar a los directores de las IPS, según su formación profesional y si contaban o no con postgrados en el área de administración o gerencia hospitalaria o de servicios de salud. Un 86% de los directores son profesionales de la salud, seguidos por un 11% de profesionales en administración, economía o finanzas. Del total de los directores que informaron, un 84% manifestó tener postgrado en las áreas señaladas.

Igualmente se interrogó sobre los años de experiencia y la antigüedad en el cargo del director de la IPS.

Gráfico 25.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

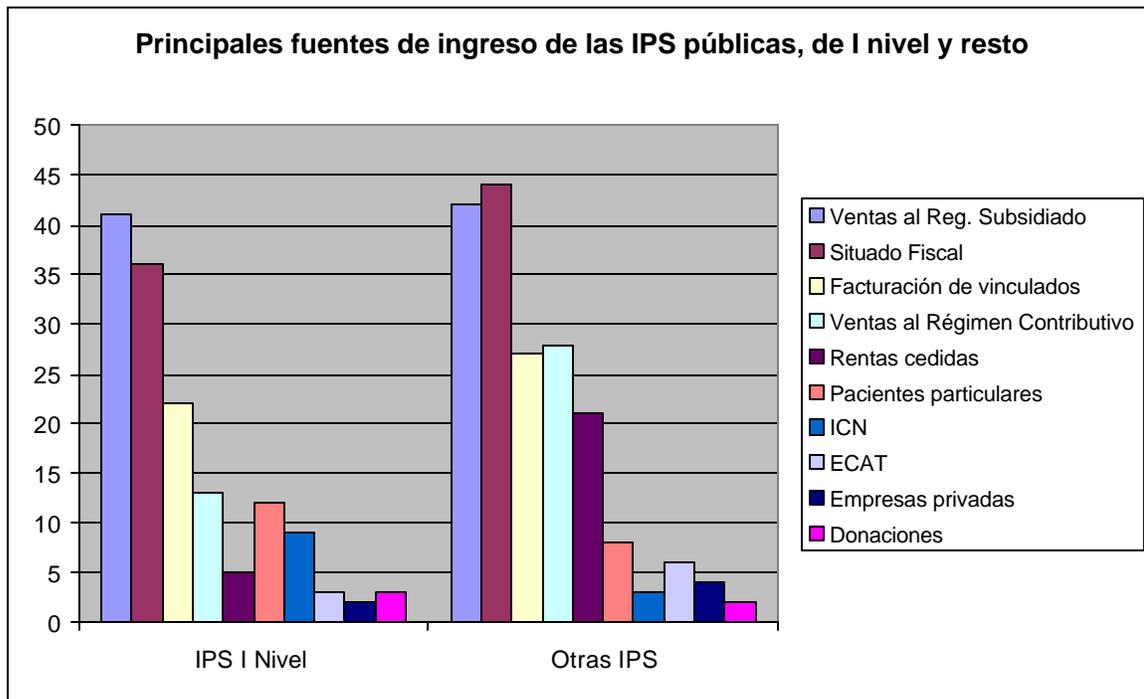
Como se observa en el gráfico 25 el mayor porcentaje de directores informa entre 4 y 8 años de experiencia administrativa en el sector salud, un 66% se encuentra en el rango entre 2 y 8 años de experiencia y un 27% informa más de 8 años.

La antigüedad en el actual cargo, sin embargo, es muchísimo menor y cerca de la mitad de los directores de las IPS encuestadas (46%) informó menos de un años de antigüedad en el cargo. Un 69% menos de dos años de antigüedad.

Es muy notorio el número de directores de IPS públicas con menos de un año en el cargo (47%) y con menos de dos (70%). Lo mismo sucede aunque en menor escala en las IPS privadas, con 38 y 54% respectivamente.

Las IPS entrevistadas tienen todas por supuesto ingresos derivados del Régimen Subsidiado, dado que esta fue la condición para aplicación de la encuesta, pero se preguntó a todas ellas por las principales fuentes de ingreso, que se observan en el gráfico 26, según las categorías de análisis seleccionadas para todo el análisis, públicas y privadas y de I Nivel y otras.

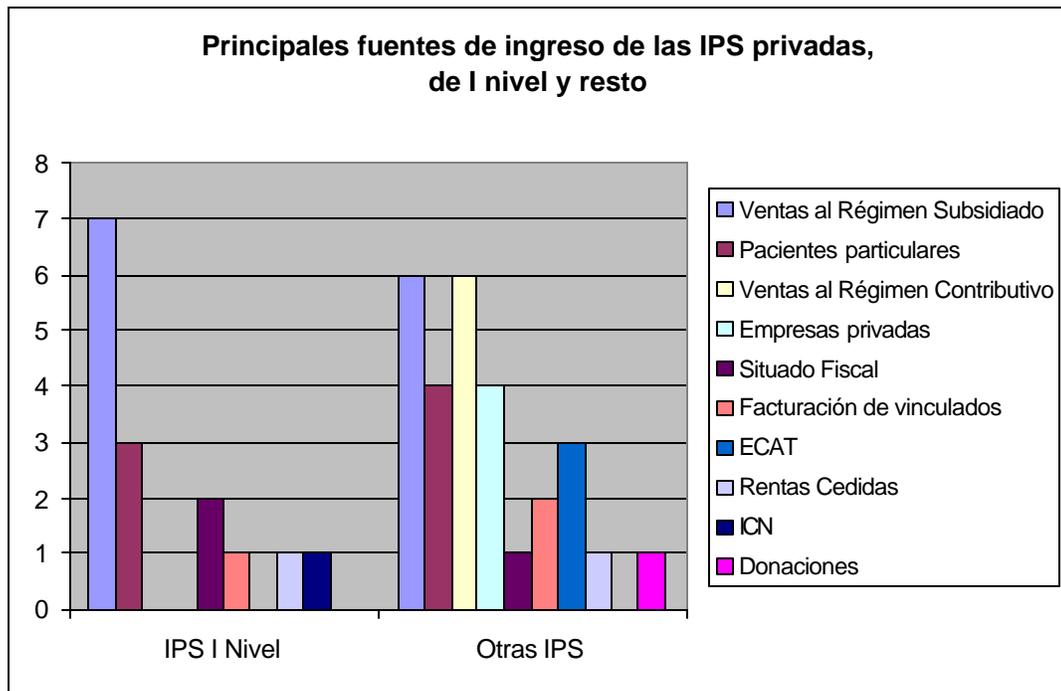
Gráfico 26.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Se observa que el Régimen Subsidiado es identificado como fuente principal de ingreso por el mayor número de IPS públicas de I nivel, seguido por el Situado Fiscal, la facturación de vinculados y las ventas al Régimen Contributivo. El mayor número de IPS públicas de II o III nivel identifican el Situado Fiscal como fuente principal de ingreso, seguido de las ventas al Régimen Subsidiado, las ventas al Régimen Contributivo, la facturación de vinculados y las Rentas Cedidas.

Gráfico 27.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

En cambio para las IPS privadas del I Nivel, los rubros de ventas al Régimen Contributivo y a empresas particulares no existen, por lo que dependen en mayor proporción de las ventas al Régimen Subsidiado.

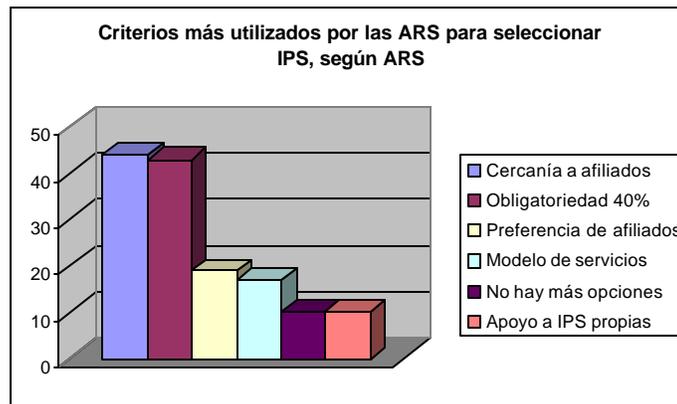
Para las IPS privadas de II, III o IV nivel o especializadas en diagnóstico, se muestra tan importante el Régimen Subsidiado como el Régimen Contributivo, y muy cerca de ambos los pacientes particulares y las empresas privadas.

Para los mismos grupos de análisis se determinó el promedio de contratos vigentes en el Régimen Subsidiado por tipo de ARS y en el Régimen Contributivo.

El número de contratos de las IPS públicas resulta proporcional a su tamaño y complejidad, mostrando las de I nivel un promedio de 6 contratos en el subsidiado y tres en el contributivo, mientras las de mayor nivel muestran 9 en el subsidiado y 4 en el contributivo.

Las IPS privadas de I Nivel en cambio muestran un menor número de contratos en promedio y una mayor proporción de contratos del subsidiado, lo que confirma que este grupo de entidades de I Nivel privadas que trabajan en el Régimen Subsidiado dependen en mayor grado de este.

Gráfico 28.



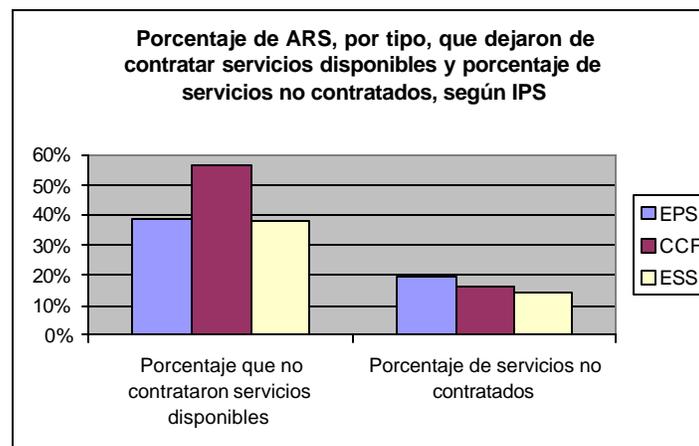
Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Los criterios para seleccionar IPS por parte de las ARS son similares. Se puede observar en conjunto que la cercanía a los afiliados y la obligatoriedad de contratar el 40% con IPS públicas son las respuestas mayoritarias (gráfico 28), lo que confirma que no hay posibilidades reales de elección de IPS para las ARS y por tanto para los afiliados en el Régimen Subsidiado.

➤ Requisitos y condiciones para la negociación de contratos

En cuanto a los requisitos exigidos por las ARS para la firma de los contratos, los directores de IPS manifiestan que la mayor parte les solicitan el portafolio de servicios, en un 80% de los casos también los requisitos esenciales (que debieran ser obligatorios de conformidad con la norma) y tan sólo en un 60% de los casos el funcionamiento de un Sistema de Calidad. Los las EPS son las ARS más exigentes en solicitar los requisitos.

Gráfico 29.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

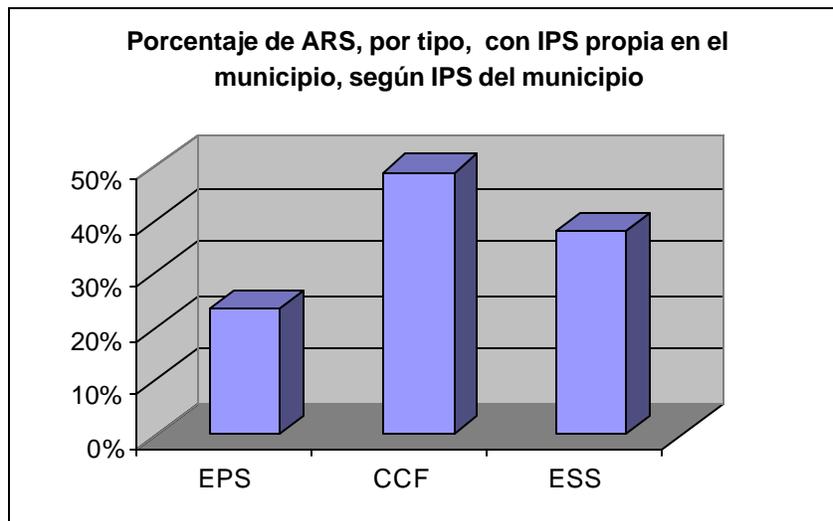
Respecto a la selectividad en los servicios a contratar por parte de las ARS, las IPS informan que las Cajas de Compensación son las ARS que en más ocasiones les dejan de contratar servicios disponibles. Sin embargo, cuando contratan, no hay diferencia importante en el porcentaje de servicios que dejan de contratar.

Las Cajas de Compensación son también señaladas por los directores de IPS como las entidades que más les dejan de contratar los servicios que consideran dejan mayor rentabilidad.

Estos servicios, según las IPS, son principalmente farmacia y laboratorio básico, en el caso de las Empresas Solidarias y las Cajas de Compensación, y consulta ambulatoria en el caso de las EPS.

Las Cajas de Compensación Familiar, son también las entidades con mayor integración vertical, es decir con mayor número de IPS propias, seguidas de las Empresas Solidarias, según los directores de IPS.

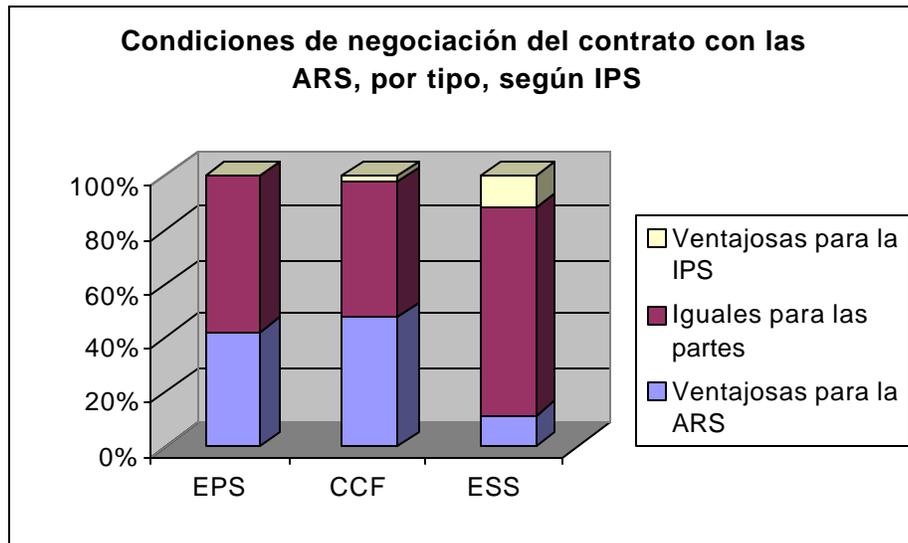
Gráfico 30.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Sobre los términos de negociación del contrato, las condiciones ventajosas en la negociación del contrato, o posición dominante, es denunciada por las IPS en un importante porcentaje de casos frente a las Cajas de Compensación y las EPS, pero no en los contratos con las Empresas Solidarias.

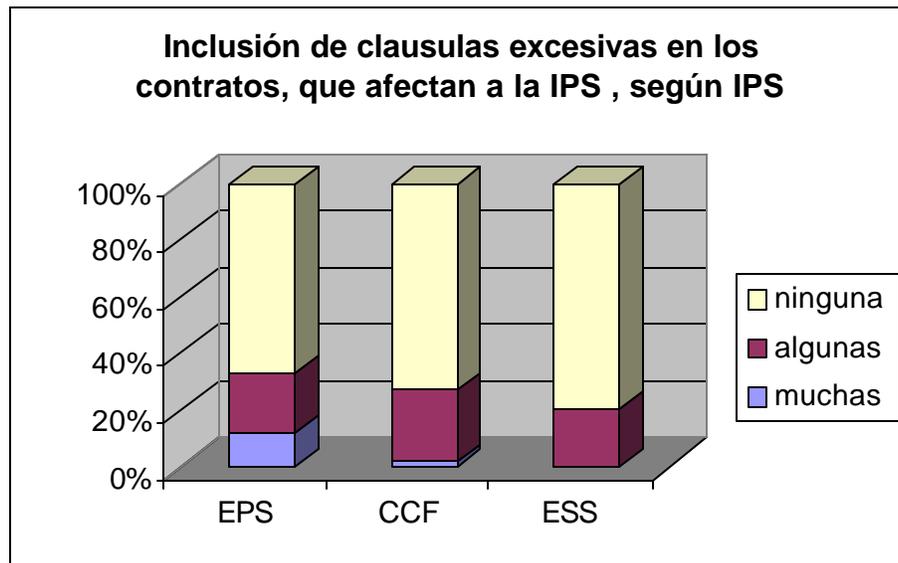
Gráfico 31.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Lo anterior se reafirma al responder los directores de IPS sobre inclusión en los contratos de cláusulas que consideran lesivas para sus instituciones. Aunque corresponden sólo a un 20% de los contratos, los más lesivos para las IPS se identifican en primer lugar de las EPS y en segundo lugar de las Cajas de Compensación.

Gráfico 32.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

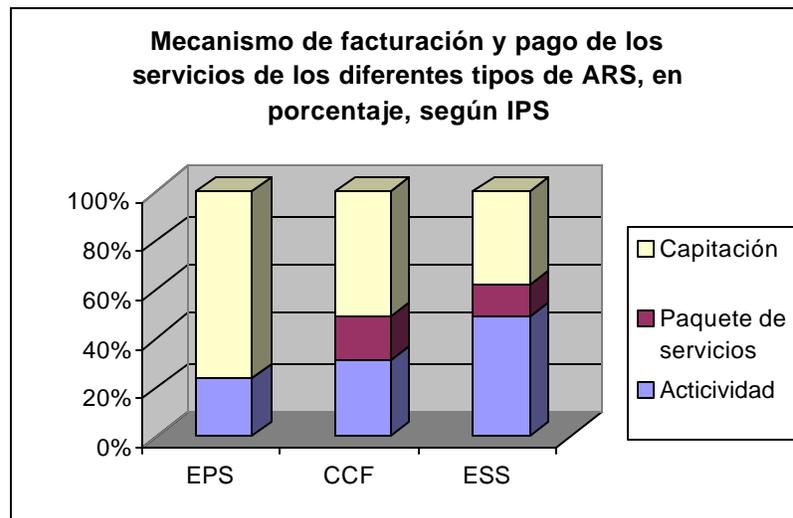
El tipo de cláusulas señaladas por los directores de IPS como más lesivas para sus instituciones tienen que ver en primer lugar con las condiciones de pago y los requisitos exigidos para el trámite de cuentas.

En cuanto a las tarifas contratadas, al ser interrogadas las ARS sobre si efectivamente pagan iguales tarifas siempre por igual tipo de servicio, responden mayoritariamente que si, pero en un 20% de los casos señalan diferencias.

Estas diferencias no deberían existir dada la norma tarifaria obligatoria en el Régimen Subsidiado. Sin embargo se aprecian algunas respuestas alejadas de la norma. Adicionalmente en el caso de la construcción de capitación para distintos servicios, la norma no es clara y permite diferencias ostensibles en las tarifas reconocidas a las IPS.

En relación con los mecanismos de facturación y pago acordados, las IPS reportan una clara diferenciación entre las formas de contratar de las ARS, pues con las EPS predominan los contratos de capitación, mientras al otro extremo, con las Empresas Solidarias, predominan los contratos de facturación y pago por evento, de tal modo que son las EPS las que en mayor proporción trasladan el control de costos y parcialmente el riesgo financiero a las IPS, mientras que las Empresas Solidarias acuden muy poco a este mecanismo. Los contratos por paquetes de atención asociados al diagnóstico o procedimiento se presentan en muy bajo porcentaje de los casos.

Gráfico 33.



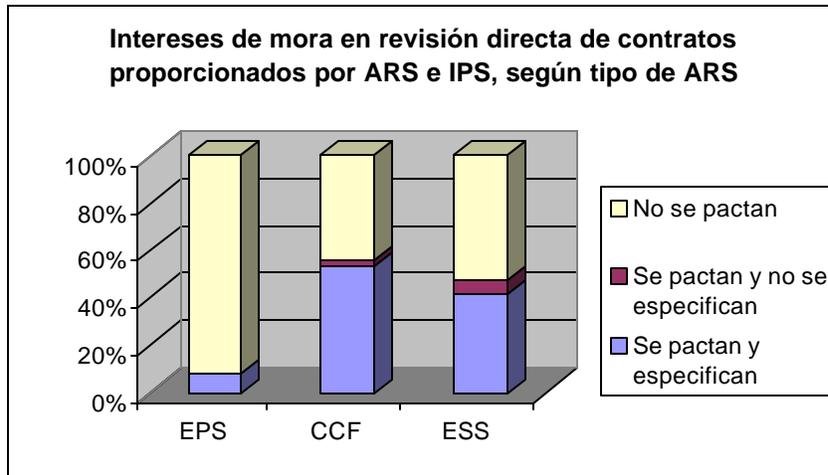
Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Según los directores de IPS, las ARS que en mayor porcentaje demoran en reajustar los contratos de capitación son las cajas de Compensación, seguidas por las Empresas Solidarias, en contraposición a la norma sobre cambio de tarifas que ordena su modificación al inicio de año.

La hipótesis de posición dominante pudo también comprobarse a través de la revisión directa de los contratos entre ARS e IPS facilitados por cualquiera de estas entidades. Un punto

sensible son los intereses de mora, en la forma que se encuentran pactados en los contratos. El análisis demuestra que las EPS no pactan pago de intereses de mora en los contratos con las IPS.

Gráfico 34.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Al observar por nivel de atención, los hospitales especializados en atenciones de IV nivel o enfermedades de alto costo, seguidos por los hospitales de III Nivel son los que más exigen que se pacten y especifiquen en cuantía, para poder ser cobrados, los intereses de mora.

En cuanto a las pólizas o salvaguardas exigidas, los directores de IPS reportan como más frecuentes las pólizas de cumplimiento y contra el riesgo de mala práctica, sin diferencias importantes por tipo de ARS. Es significativo, sin embargo, que un 20% de los casos se informe que no se exigen pólizas de ningún tipo.

➤ Comportamiento contractual de las ARS

Entre las obligaciones de las ARS se encuentra la de entregar a las IPS los listados de los afiliados a partir de la iniciación del contrato, máxime por las dificultades y los plazos existentes para la carnetización. Las Empresas Solidarias son reportadas como las más incumplidas en este aspecto.

Al indagar por las causas por las cuales las IPS asumen costos que corresponden a las ARS, de conformidad con la hipótesis surgida de denuncias frecuentes de los representantes de las IPS, se encuentran un grupo de ellas, ligadas con el incumplimiento de las obligaciones de las ARS, sin que ninguna causa domine especialmente. En todo caso, las IPS reconocen que los distintos tipos de ARS incurren en un alto porcentaje de casos en estos incumplimientos.

La Relación contractual con las ARS se preguntó, por otra parte, en términos de evaluación cuantitativa a las IPS, en seis componentes para cada tipo de ARS: Cajas de Compensación, EPS y Empresas Solidarias.:

Negociación del contrato

Comprobación de afiliación y derechos

Trámite de cuentas

Pago de cuentas

Sistema de Referencia

Auditoría Médica

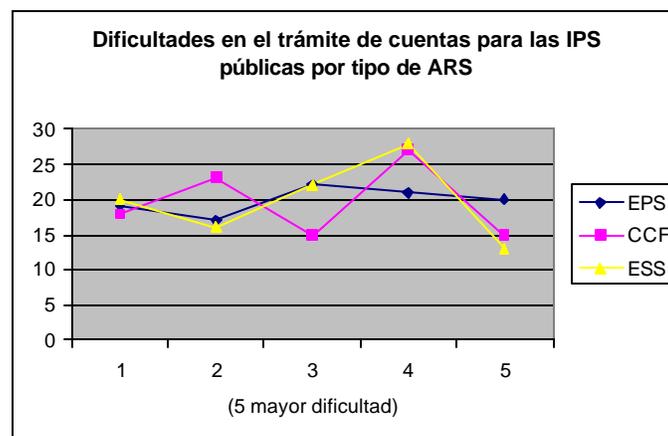
Las IPS evaluaron de 1 a 5 el grado de dificultad en cada componente en la relación con los distintos grupos de ARS. Se analiza a continuación la calificación dada por las IPS públicas

En cuanto a la negociación del contrato, las mayores dificultades son percibidas en la relación con las Cajas de Compensación, sobre las cuales un 40% califica el grado de dificultad en la negociación del contrato con 4 o 5 sobre 5. Las menores dificultades se perciben en la negociación del contrato con las EPS.

En relación con la comprobación de derechos, las IPS perciben que no hay mayores diferencias entre los tres tipos de ARS y en general un 70% califican este componente con una dificultad menor de 3 sobre 5.

En cuanto a las dificultades en el trámite de cuentas, la calificación obtenida con mayor frecuencia es 4 sobre 5, pero en el conjunto de calificaciones altas no hay diferencia significativa entre las Cajas de Compensación y Empresas Solidarias, con mas notas de 4, en relación con las EPS, con mas cincos en dificultad.

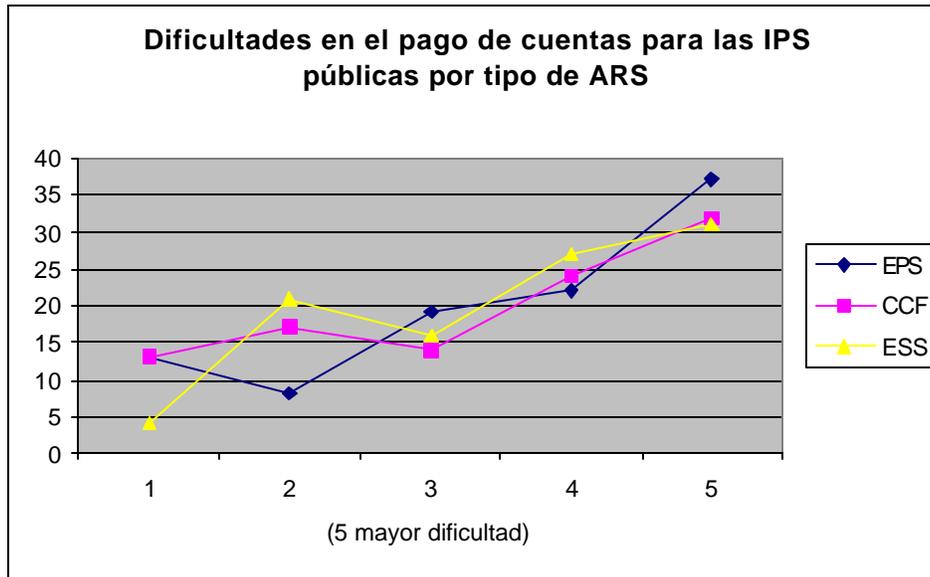
Gráfico 35.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

En cuanto a las dificultades para el pago de cuentas, el mayor número de respuestas se ubica en las calificaciones más altas de dificultad, 4 o 5. En este punto tampoco se encuentra diferencia significativa entre los distintos tipos de ARS. Los análisis financieros señalan sin embargo que las ESS pagan en promedio más tarde que las EPS.

Gráfico 36.



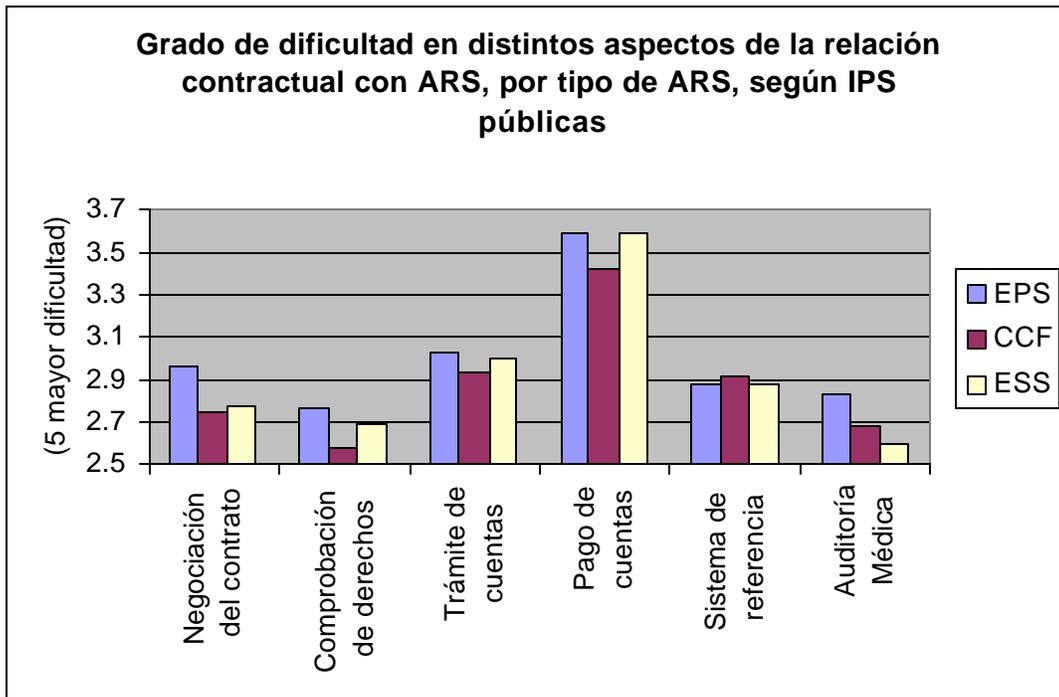
Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

En el Sistema de referencia de pacientes, donde las IPS pueden observar con facilidad el comportamiento de una ARS, arrojan unas calificaciones bastante distribuidas, con valores algo mayores en calificaciones medianas de dificultad, y tampoco hay diferencias significativas en la evaluación de los distintos tipos de ARS.

Finalmente, al evaluar las IPS públicas el grado de dificultad en la relación con la auditoría médica de las ARS, la mayoría de las respuestas se concentran en calificaciones de baja y media dificultad, también sin diferencias significativas por tipo de ARS.

El gráfico 37 muestra la evaluación global de las dificultades en la relación contractual, donde se destaca el pago de cuentas, seguido por el trámite de las mismas. Sin embargo este gráfico que acumula los puntos de dificultad y no las frecuencias arroja un resultado global de mayores dificultades en la relación con las EPS.

Gráfico 37.

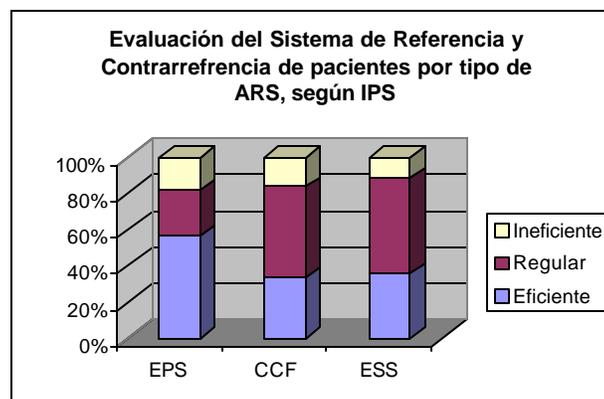


Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

2.2 LA FUNCIÓN DE AGENCIA

Otro grupo de preguntas a las IPS tuvo que ver con las funciones de Agencia de las ARS. En primer lugar se preguntó sobre el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes. Los directores de IPS calificaron como más eficiente el Sistema de Referencia de las EPS y en su mayoría como regular el de las Cajas de Compensación y Empresas Solidarias de Salud.

Gráfico 38.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Para buscar respuestas menos subjetivas se preguntó sobre la tenencia en la IPS de los manuales de Referencia de la ARS, con un resultado regular, similar para los distintos tipos de administradoras.

Igualmente, al identificar las fallas o ineficiencias de los Sistemas de Referencia, los Directores de IPS señalan principalmente indefinición de procedimientos y problemas de comunicaciones, en el caso de las EPS y Cajas de Compensación, mientras señalan mayores limitaciones de la red de servicios propia de la ARS y regional en el caso de las Empresas Solidarias de Salud.

El Sistema de Calidad conformó otro importante grupo de preguntas en la evaluación de las ARS por parte de las IPS. En general predominó la evaluación regular por los tres tipos de ARS, pero los directores de IPS califican como inadecuado un porcentaje de los sistemas de calidad de las Empresas Solidarias y menor de las Cajas de Compensación.

Para evitar la generalidad de esta respuesta se interrogó específicamente sobre las actuaciones de los encargados de calidad de las distintas ARS. Los directores de IPS evaluaron mucho mejor a los funcionarios de las EPS que a los de las Cajas de Compensación y Empresas Solidarias.

Los directores de IPS dan similares respuestas al ser interrogados sobre la capacitación del personal de calidad de las ARS en relación con sus actuaciones.

Sin embargo, al ser preguntados sobre el apoyo que este personal de calidad de las ARS brinda a la IPS y en que áreas, responden en general que no obtienen asesoría, salvo del personal de calidad de las Empresas Solidarias, es aspectos técnicos del Régimen Subsidiado.

Por otra parte, en lo relacionado con auditoría médica y calidad, igualmente se interrogó a las administraciones nacionales de las ARS. En primer lugar sobre si contratan o no el servicio de auditoría médica. Tan sólo el 11% de las ARS contrata este servicio

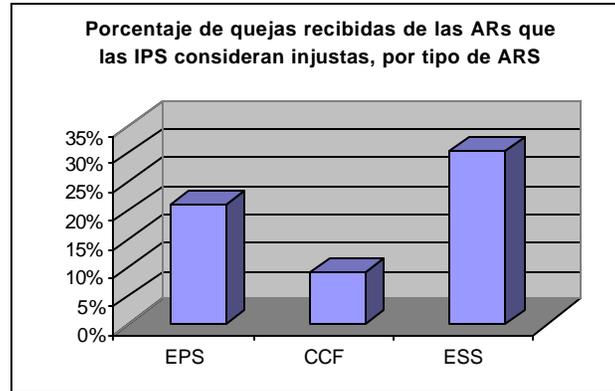
Igualmente se interrogó sobre la verificación de requisitos esenciales, obligación que reportan cumplir la gran mayoría de las ARS. Tan sólo un 8% de informó no haber cumplido, específicamente dos Empresas Solidarias y una Caja de Compensación.

Finalmente, respecto a este aspecto de auditoría médica y calidad, se pregunto a las administraciones nacionales de las ARS si se habían visto obligadas a modificar la red de servicios por incumplimiento de las obligaciones contractuales o las recomendaciones en cuanto a calidad por parte de alguna IPS. El 63% de las ARS manifestaron haber tenido que tomar esta decisión, entre ellas todas las EPS. Las que menos han tomado esta decisión son las solidarias, pero este resultado puede ser proporcional a su tamaño.

El Sistema de Calidad tiene siempre un mecanismo de quejas asegurado y un control del trámite de las mismas. Los directores de IPS informaron sobre las quejas más frecuentes recibidas de las ARS. En las respuesta se destaca que las ESS y Cajas de Compensación se quejan en mayor grado por la oportunidad del servicio que las EPS. Todas se quejan en similar proporción por el trato y atención al usuario.

De las quejas recibidas por parte de las ARS, los directores de IPS consideran un porcentaje injustas. El mayor porcentaje de quejas injustas lo atribuyen a las Empresas Solidarias, seguidas por las EPS.

Gráfico 39.



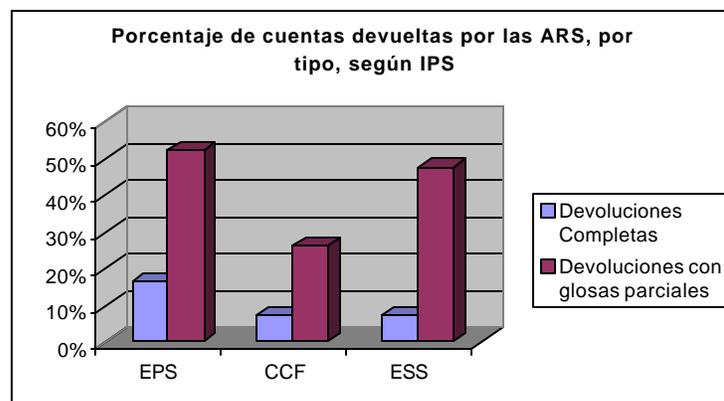
Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

2.3 COMPORTAMIENTO DEL PAGADOR

Dado que desde las hipótesis se identificaron como mayores dificultades en la relación contractual las relacionadas con el trámite y pago de cuentas, se complementa el análisis sobre estos mismos aspectos de la contratación al observar los resultados preliminares de las Encuestas a las ARS sobre los mismos aspectos. Aquí los resultados de la encuesta a la sede nacional de las ARS.

En primer lugar, las sedes nacionales de las ARS reportan que la auditoría de cuentas es desarrollada con recursos propios en el 89% de estas entidades. Tan sólo un pequeño porcentaje de las Empresas Solidarias y las Cajas de Compensación contratan este servicio.

Gráfico 40.

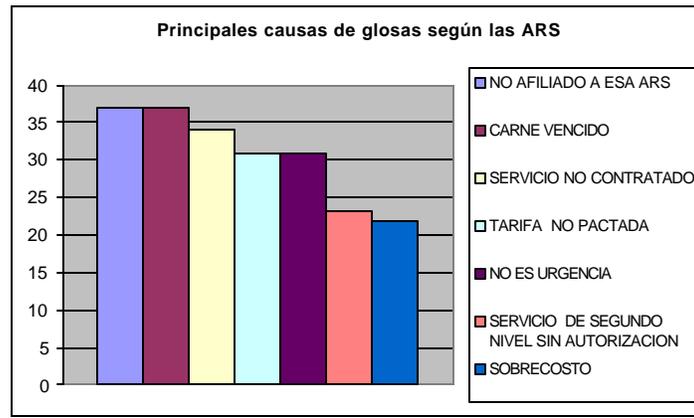


Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Como se presume, tal es la hipótesis, que las glosas son causa importante de la demora en los pagos y que las ARS utilizan dicho mecanismo para demorar las cuentas, se preguntó a estas cual era su comportamiento en pagos cuando se presentan glosas en las cuentas de las IPS. La respuesta fue en la gran mayoría de los casos la suspensión del pago únicamente de la parte glosada, con un bajo porcentaje de suspensión total del pago de la cuenta, especialmente en un 14% de las ARS entrevistadas y un 8% de las Cajas de Compensación Familiar.

Según las ARS las causas de glosas están muy repartidas, pero las más frecuentes tienen que ver con la pertinencia del afiliado, seguidas con la pertinencia del servicio y la tarifa.

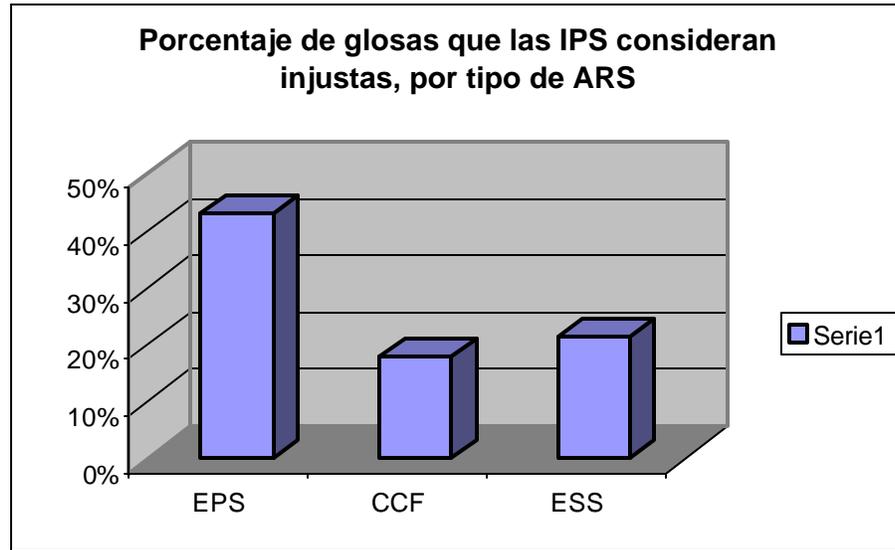
Gráfico 41.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Sin embargo, dado que la mayoría de las glosas tienen justificación, se indagó específicamente sobre porcentaje de glosas injustas, según los directores de IPS. Señalaron a las EPS con más de un 40% de glosas injustas y con menos de la mitad a las Cajas de Compensación y Empresas Solidarias.

Gráfico 42.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Como quiera también que las glosas pueden ser utilizadas como excusa para retener los pagos, las IPS informaron la conducta general de las distintas ARS.

Se preguntó igualmente por el procedimiento empleado cuando se presentan diferencias entre la IPS y la ARS respecto a las glosas, es decir cuando no son aceptadas las mismas por parte de la IPS. La gran mayoría de las ARS optó por la conciliación u otras formas de transacción, y sólo un 8% de las Cajas de Compensación informa recurrir a la decisión unilateral

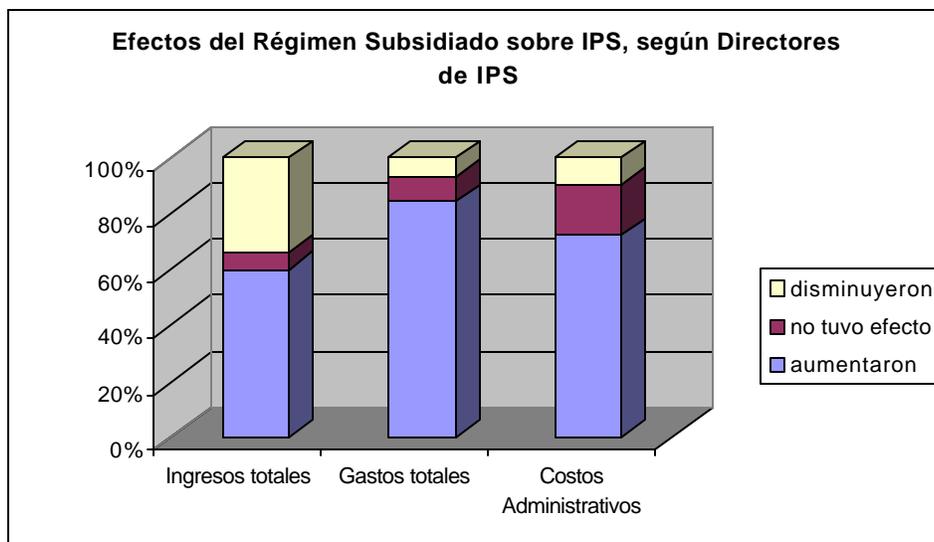
3 EFECTOS GENERALES DEL REGIMEN SUBSIDIADO

Los formularios de contratación permitieron simultáneamente recoger las opiniones de los directivos de las IPS sobre los efectos generales del Régimen Subsidiado, tanto sobre las IPS como sobre la población en los municipios estudiados.

3.1 EFECTOS SOBRE LAS IPS

En primer lugar los directores de IPS, en su gran mayoría, manifiestan que el Régimen Subsidiado ha causado un incremento de los ingresos, de los gastos y de los costos administrativos. Un grupo de instituciones de III nivel manifiestan que sus ingresos se han visto disminuidos.

Gráfico 43.

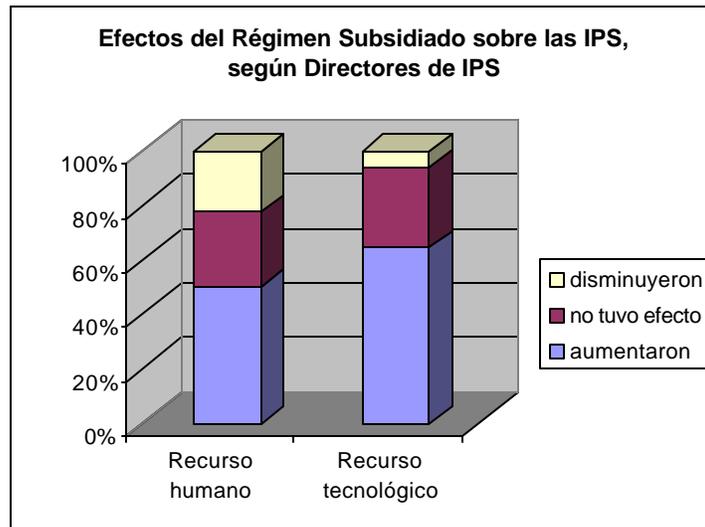


Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Frente al mismo interrogante sobre el Régimen de servicios y el tamaño del portafolio, la gran mayoría de las instituciones coinciden en señalar el crecimiento tanto del volumen del servicio como la diversidad de los mismos.

Sobre los recursos humanos, aunque cerca de la mitad de las instituciones informan crecimiento del mismo a causa del Régimen Subsidiado, más de la mitad de las IPS informa que no crecieron o disminuyeron. No así el recurso tecnológico, donde cerca del 60% de las IPS reconoce que aumentó.

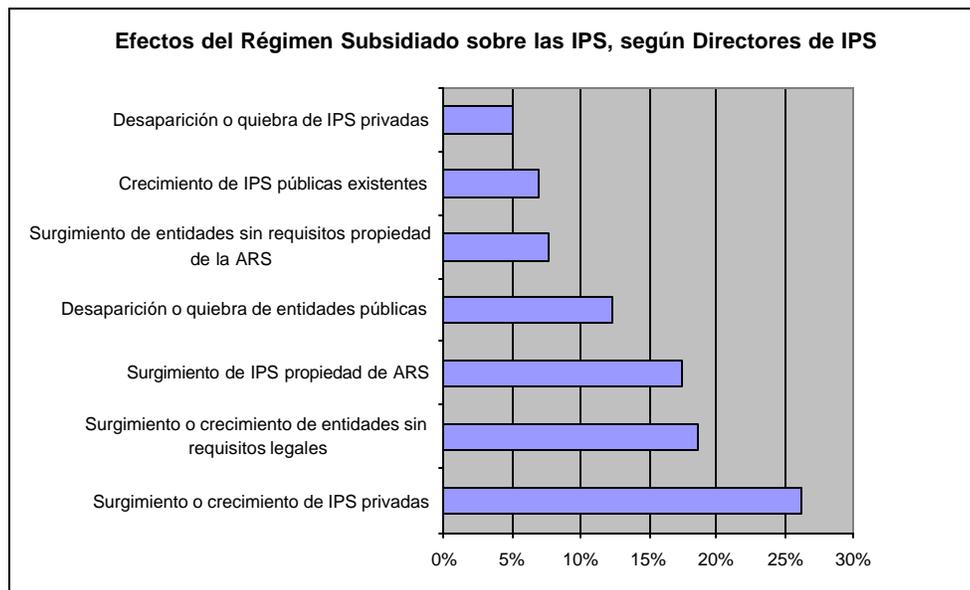
Gráfico 44.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Los directores de IPS informan los efectos generales del Régimen Subsidiado sobre las instituciones prestadoras de servicios públicas y privadas. Destacan un crecimiento de las IPS privadas, de las IPS sin requisitos y de las IPS propiedad de las ARS y a continuación la desaparición o quiebra de las IPS públicas.

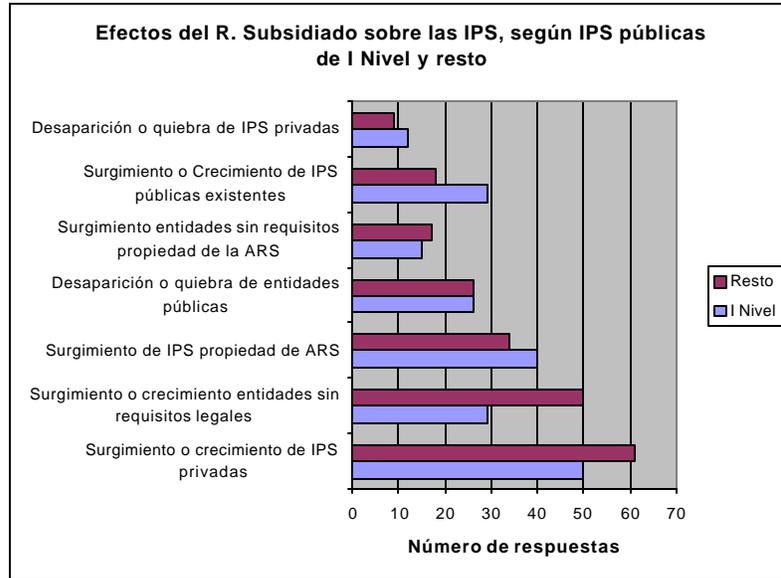
Gráfico 45.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Al separar la opinión de los directivos de las IPS públicas y de estas las de I Nivel de la del resto de las IPS públicas, se aprecia que las respuestas anteriores son más acentuadas en las instituciones de II o III nivel de atención o complejidad.

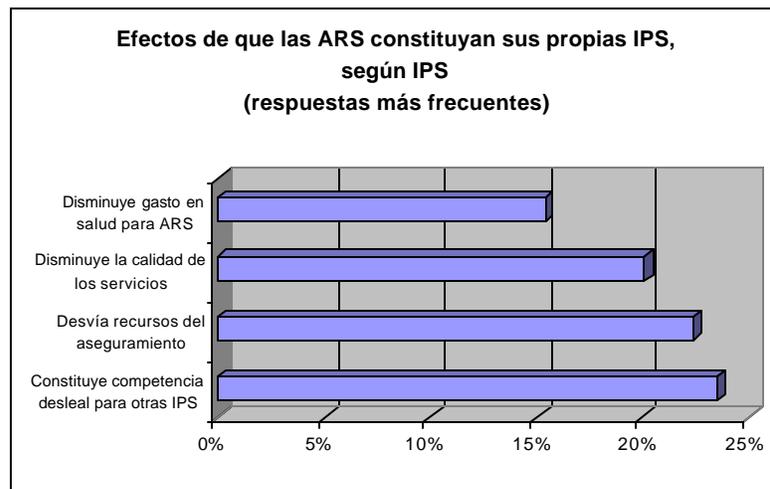
Gráfico 46.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

El hecho de que las ARS constituyan IPS propias y presten servicios a través de las mismas, es considerado por los directivos de IPS como competencia desleal, además de manifestar el peligro de desviación de recursos del aseguramiento, la disminución de la calidad y la reducción de gastos para las ARS.

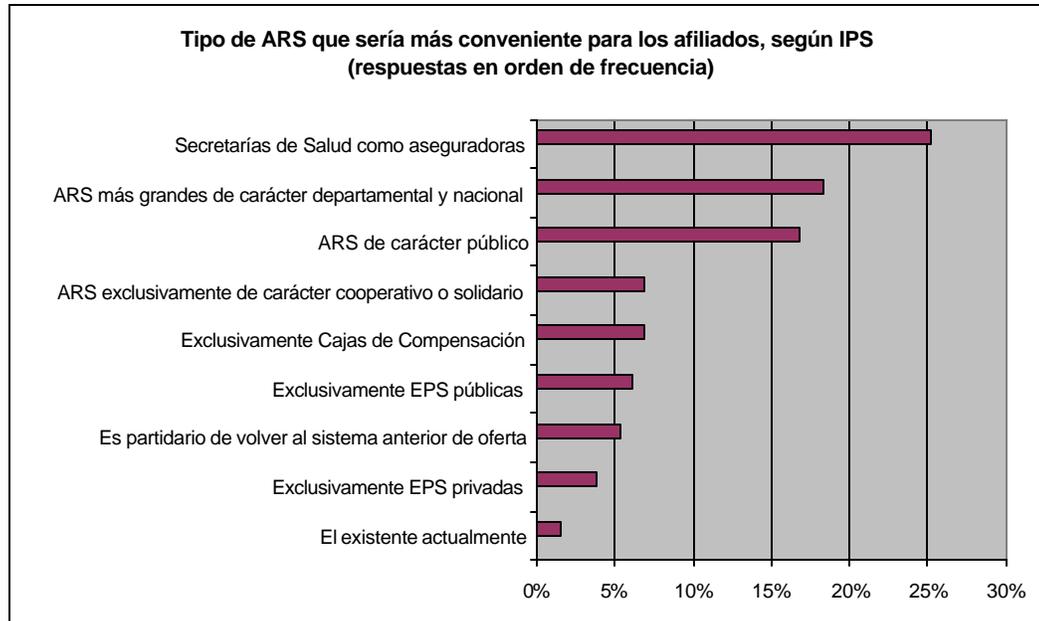
Gráfico 47.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Los directores de IPS tuvieron la opción igualmente de responder preguntas de prospectiva y expresar su opinión sobre cual tipo de ARS sería la más conveniente.

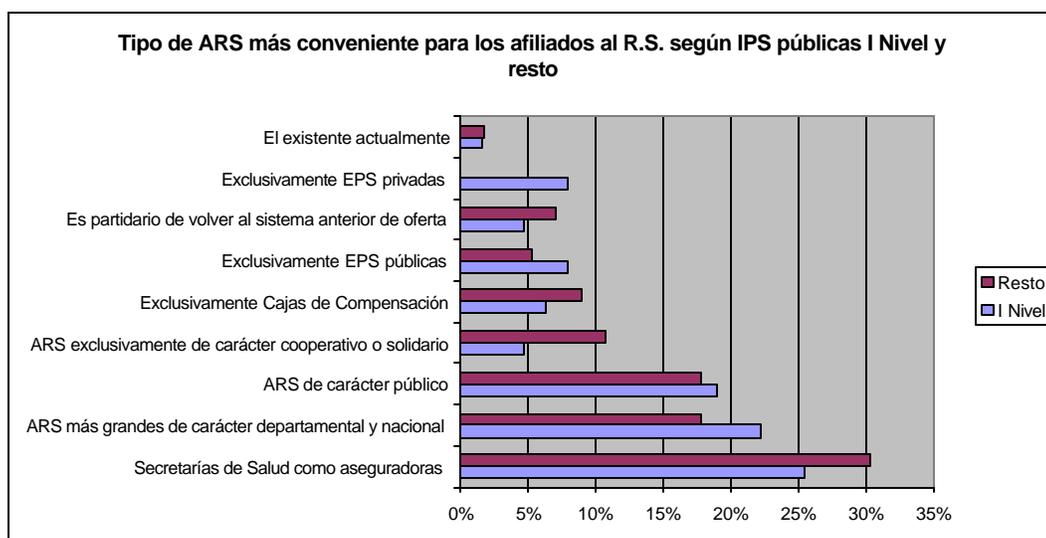
Gráfico 48.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Igualmente, al separar las IPS públicas y estas a su vez en I Nivel y resto, se observa que las IPS de II y III Nivel de atención o complejidad son las principales partidarias de las Secretarías de Salud como aseguradoras.

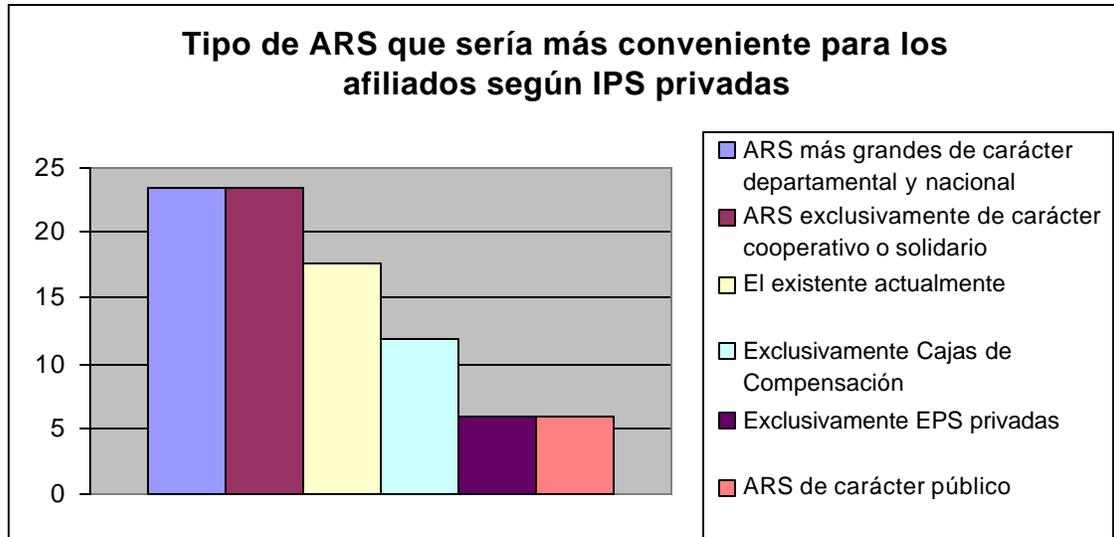
Gráfico 49.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Dado que las IPS públicas son absoluta mayoría en las respuestas, para este caso conviene separar la respuesta de las IPS privadas.

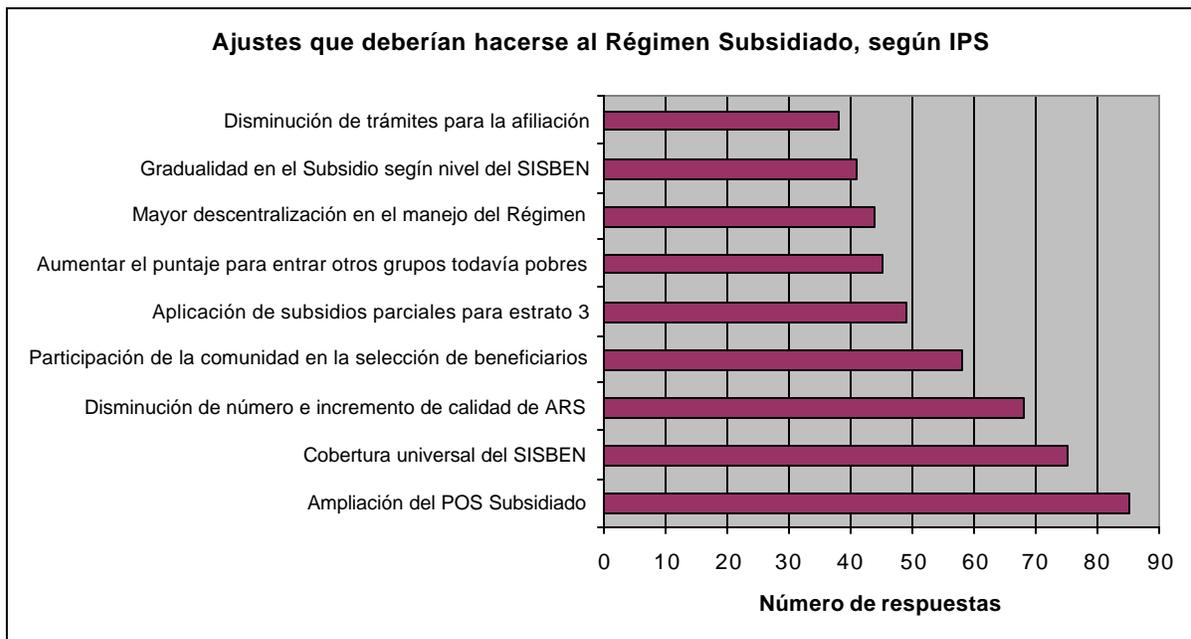
Gráfico 50.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Los directores de IPS pudieron así mismo expresar su opinión sobre los ajustes más importantes que deberían hacerse al Régimen Subsidiado

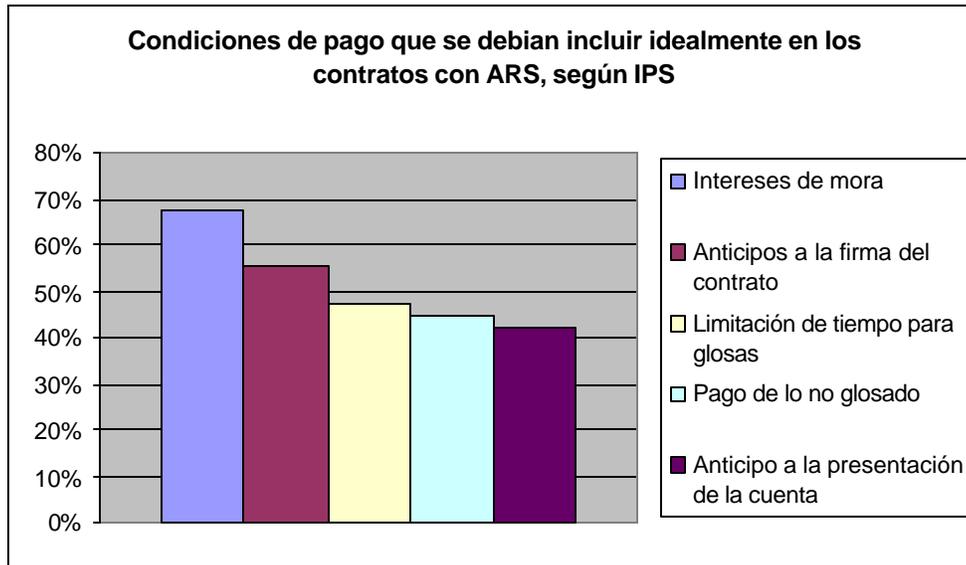
Gráfico 51.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

También se le preguntó a las IPS que condiciones de pago se deberían incluir idealmente en los contratos entre ARS e IPS. El mayor porcentaje de respuestas corresponde a la opción de aplicar efectivamente intereses de mora, seguidas en conjunto de propuestas de anticipos sobre el contrato o el valor de la cuenta.

Gráfico 52.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

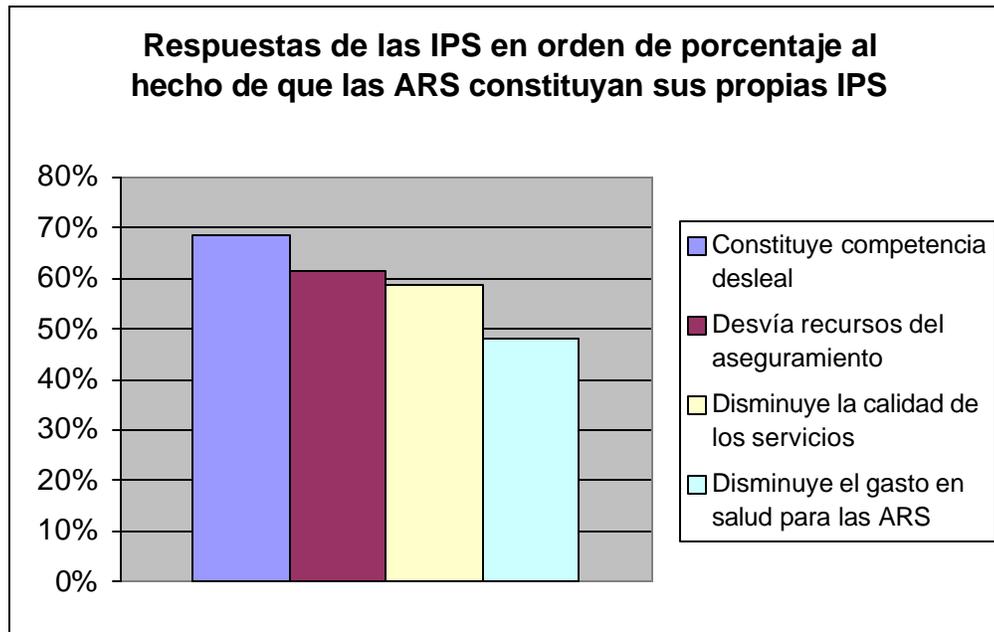
Por su parte las ARS responden a este mismo tipo de pregunta señalando que existen intereses de mora. De hecho los intereses de mora existen e incluso se pactan en los contratos, pero no parecen ser reconocidos según todos los reportes de las IPS.

Sobre el futuro de la contratación se preguntó a las ARS si pensaban ampliar la contratación con la red pública de IPS, y el 71% de las administraciones nacionales de ARS respondieron afirmativamente.

Sin embargo, al preguntar a las mismas ARS si pensaban desarrollar red de IPS propia igualmente respondieron que sí en un 65% de los casos.

En el mismo sentido se preguntó a las IPS como consideraban el hecho de que las ARS constituyan sus propias IPS. El gráfico 53 muestra las respuestas más escogidas, en orden de porcentaje.

Gráfico 53.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

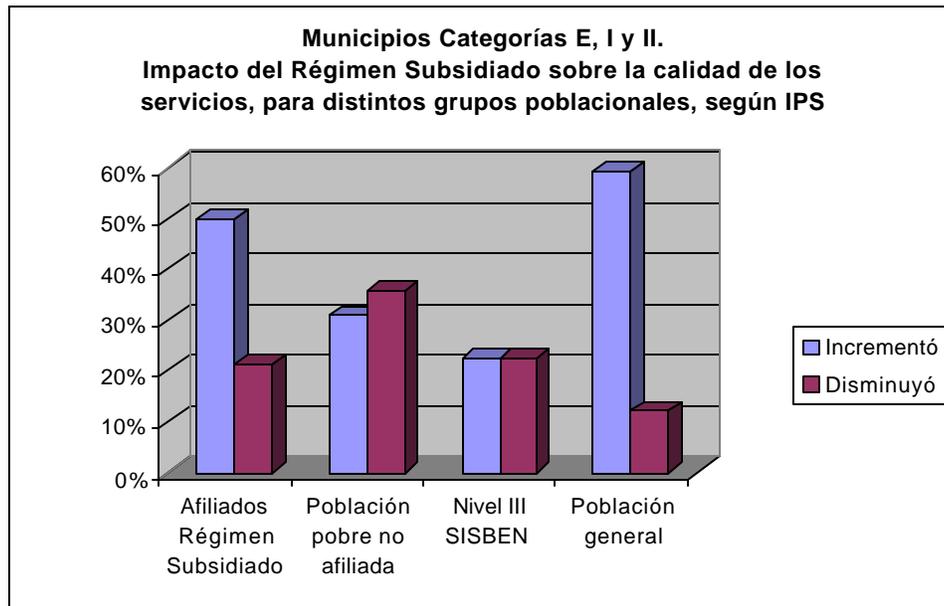
3.2 EFECTOS SOBRE LA POBLACIÓN

Finalmente, los directores de IPS, como actores privilegiados por su cercanía a los ciudadanos en la prestación de servicios, debieron informar sobre los efectos positivos o negativos del Régimen Subsidiado sobre los servicios prestados a los distintos grupos poblacionales surgidos de su implementación, a saber: afiliados al Régimen, pobres no afiliados, estratos medios o Nivel III SISBEN y población general. Sus respuestas señalan una grave segmentación en la prestación de servicios en los municipios de categoría especial I y II, pero poco visible en los municipios intermedios e inexistente en los pequeños.

Dadas las enormes diferencias en la prestación de servicios para los grupos poblacionales señalados en los municipios de mayor tamaño, se revisan independientemente. Posteriormente el análisis multivariado evidenciará las diferencias globales.

En primer lugar se observan los efectos reportados sobre la calidad (gráfico 54).

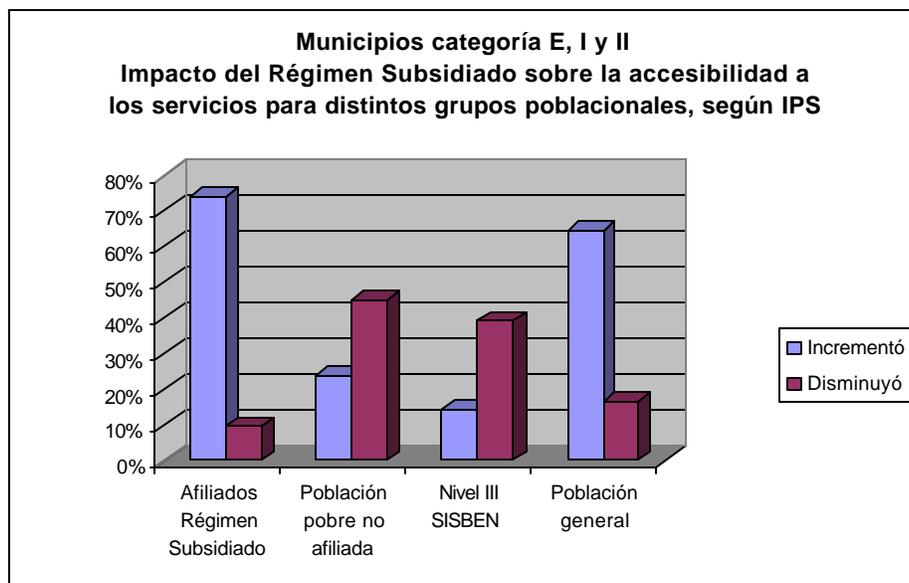
Gráfico 54.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

En segundo lugar sobre la accesibilidad (gráfico 55), donde se observa una gran mejoría para los afiliados al Régimen Subsidiado, pero una fuerte mayoría de directores de IPS reportando disminución de la accesibilidad a los servicios para los pobres no afiliados y el Nivel III SISBEN.

Gráfico 55.

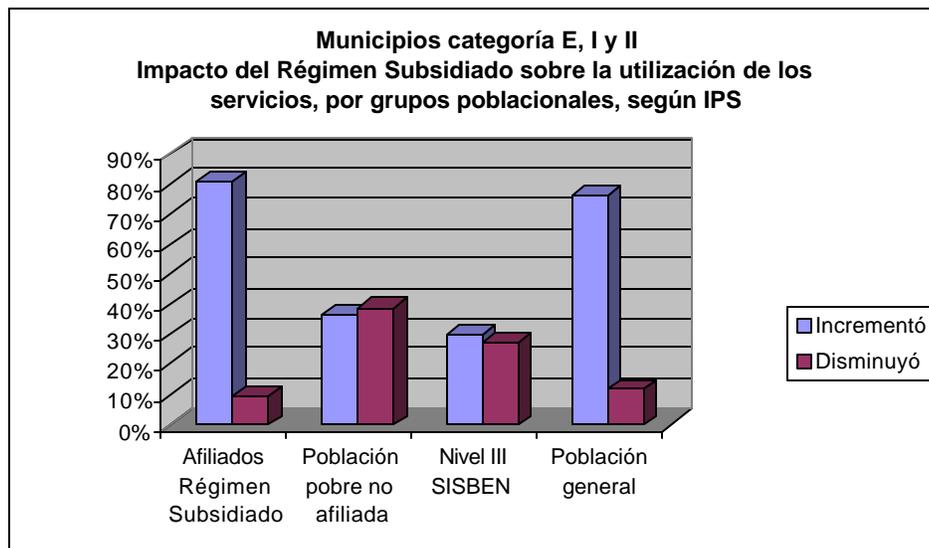


Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

El efecto sobre la oportunidad de servicios es similar al reportado sobre accesibilidad, pues la mayoría de los directores de IPS reportan disminución en la oportunidad de los servicios para los grupos no afiliados.

Respecto a la utilización de los servicios, si bien se reporta una gran mejoría para los afiliados al Régimen Subsidiado, coincidente con los resultados arrojados por otras grandes encuestas nacionales, a diferencia de los casos anteriores se muestran divididas las opiniones de los directores de IPS sobre el incremento o disminución de la utilización de servicios para los no asegurados.

Gráfico 56.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

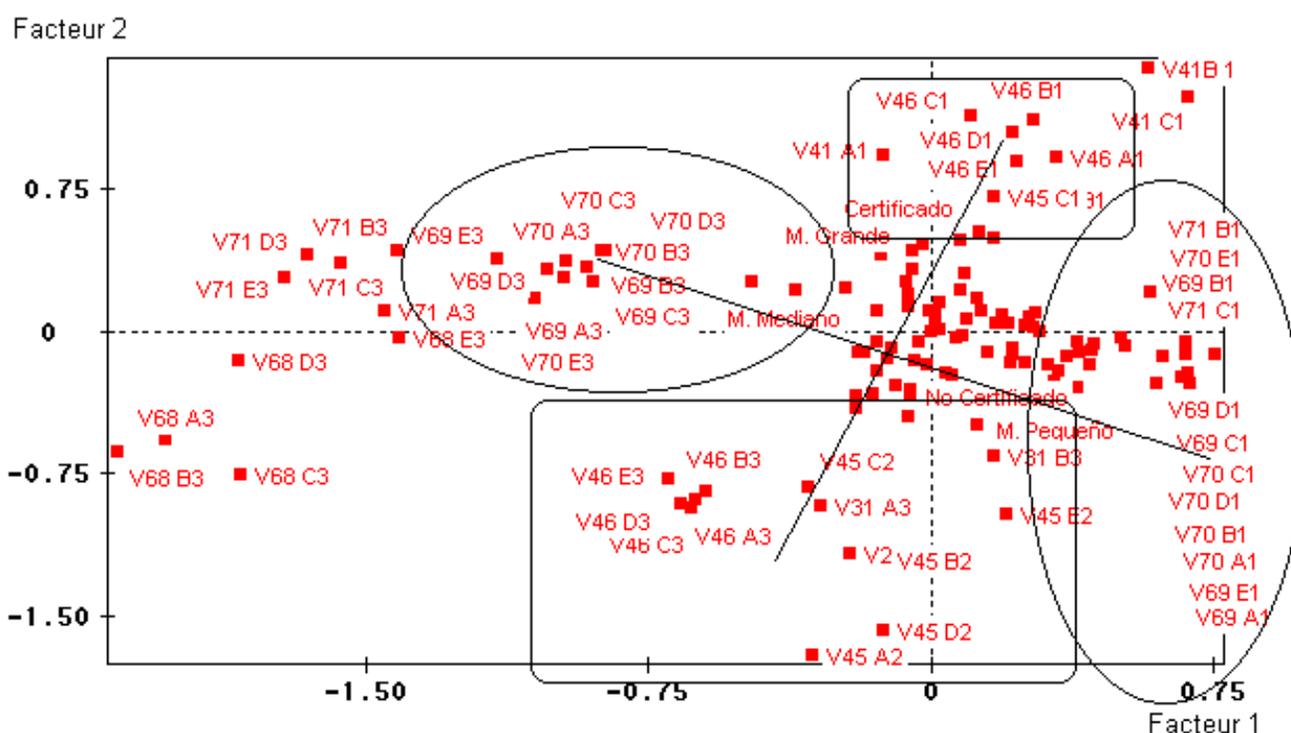
Finalmente, prácticamente la totalidad de los directivos reportan un incremento de la participación social para el caso de los afiliados y la mayoría también lo reportan para la población general y los niveles III SISBEN. Frente a los pobres no afiliados se dividen las opiniones.

4 ANÁLISIS MULTIVARIADO

4.1 CONTRATACIÓN DLS - ARS

Se confirma la hipótesis de que, a pesar de que los municipios han mejorado en su capacidad técnica para los procesos de selección y contratación de ARS, entre 1996 y la última contratación, se encuentran graves debilidades y deficiencias en el proceso, inversamente proporcionales al tamaño y desarrollo del municipio.

Gráfico 57.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

El análisis multivariado (gráfico 57) muestra grandes diferencias entre categorías de municipios y claras asociaciones. Las respuestas 2 en V45 quieren decir no preparado: (A2 en campo administrativo, B2 en campo jurídico, C2 en campo financiero, D2 en campo técnico y E2 en Sistemas), todas asociadas a municipios pequeños, categorías V y VI. Las respuestas 3 significan regular, respuestas 1 significan bien preparados, se encuentran asociadas a municipios grandes (categorías especial I y II).

La capacidad de vigilar y controlar a las ARS, medida por ejemplo frente a conductas de competencia desleal, es proporcional al tamaño y desarrollo del municipio. La gran mayoría de los municipios pequeños no corroboran las quejas, no toman medidas al respecto ni tramitan a instancias superiores el problema. Las sanciones parecen inexistentes finalmente en estos municipios, a diferencia de los más desarrollados. Respuestas en V41 muestran aplicación de sanciones, todas asociadas a municipios grandes (categoría especial I o II)

En suma, del tamaño y desarrollo del municipio depende el manejo técnico del Régimen Subsidiado y la capacidad de exigir y hacer cumplir las obligaciones a las ARS.

El análisis multivariado parece resaltar adicionalmente una importante asociación entre la capacidad de los municipios y la certificación, pero esa asociación corresponde en realidad a la relación entre desarrollo del municipio y certificación, pues al analizar por aparte cada uno de los tres grupos de municipios analizados, entre municipios certificados y no certificados no se encontraron diferencias significativas salvo en dos aspectos, la percepción de la autonomía y la capacidad de coordinar con las ARS los programas de prevención y promoción.

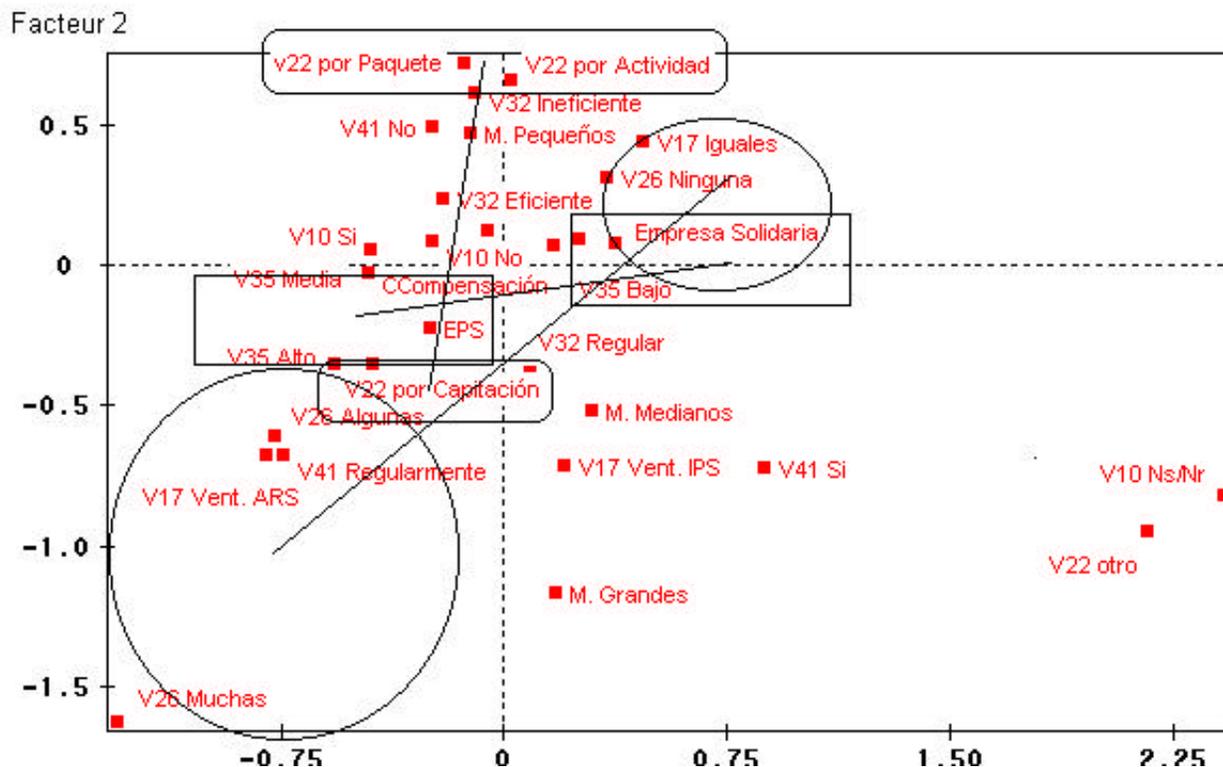
También en el análisis multivariado, las respuestas positivas en cuanto a ventajas de la competencia, conocimiento del afiliado sobre quien financia el subsidio, conocimiento del afiliado sobre sus derechos y libre elección de ARS se muestran estrechamente asociadas a los municipios grandes y francamente disociadas de los pequeños.

4.2 CONTRATACIÓN ARS – IPS

Se confirma la hipótesis de que se presenta posición dominante de las ARS sobre las IPS en las condiciones de negociación del contrato en un importante porcentaje de las relaciones estudiadas, aunque la respuesta mayoritaria es de igualdad. Sin embargo, la posición dominante no se da por parte las Empresas Solidarias, con quienes las IPS declaran condiciones de igualdad en la negociación abrumadoramente, e incluso condiciones ventajosas para las IPS en un pequeño porcentaje.

El análisis multivariado (gráfico 58) señala la fuerte asociación entre las señalizaciones de las IPS de negociar en condición ventajosa (**V17**) e imponer cláusulas que consideran lesivas (**V26**) (en suma posición dominante), con las EPS, y al otro extremo la ausencia total de este fenómeno en el caso de las Empresas Solidarias.

Gráfico 58.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Las EPS contratan en mayor grado por capitación, seguidas de las Cajas de Compensación, mientras al lado opuesto la mayoría de los contratos de las Empresas Solidarias son por evento (**V22**). Al igual que las demás cláusulas de requisitos de facturación y pago, como las relativas al trámite de glosas, siempre las EPS aparecen como la entidad más exigente para las IPS, la que coloca más condiciones y salvaguardas, formula más glosas injustas (**V35**) y devuelve mayor porcentaje de cuentas, y las Empresas Solidarias como las menos exigentes.

En cuanto al cumplimiento de las obligaciones propias de la agencia, que va más allá de intermediar o pagar como se manifiesta con frecuencia, las EPS son también las mejor evaluadas por las IPS, en sus sistemas de referencia y contrarreferencia y en sus sistemas y personal de calidad. Las mismas ARS reconocen estas características. En obligaciones fundamentales como entregar el listado de afiliados a las IPS y entregar oportunamente los carnés, también las Empresas Solidarias resultan peor evaluadas (**V32 y V41**)

Las Cajas de Compensación Familiar son las ARS con más IPS propias y que por tanto limitan la contratación con las IPS (**V10**), seguidas por las Empresas Solidarias. Los servicios disponibles no contratados o más restringidos son principalmente medicamentos ambulatorios y laboratorio clínico, seguidos de otras atenciones ambulatorias. Las IPS consideran el hecho de que las ARS tengan sus propias IPS como competencia desleal, que desvía recursos del aseguramiento, deteriora la calidad de los servicios y ahorra costos a las ARS.

4.3 EVALUACIÓN GENERAL DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

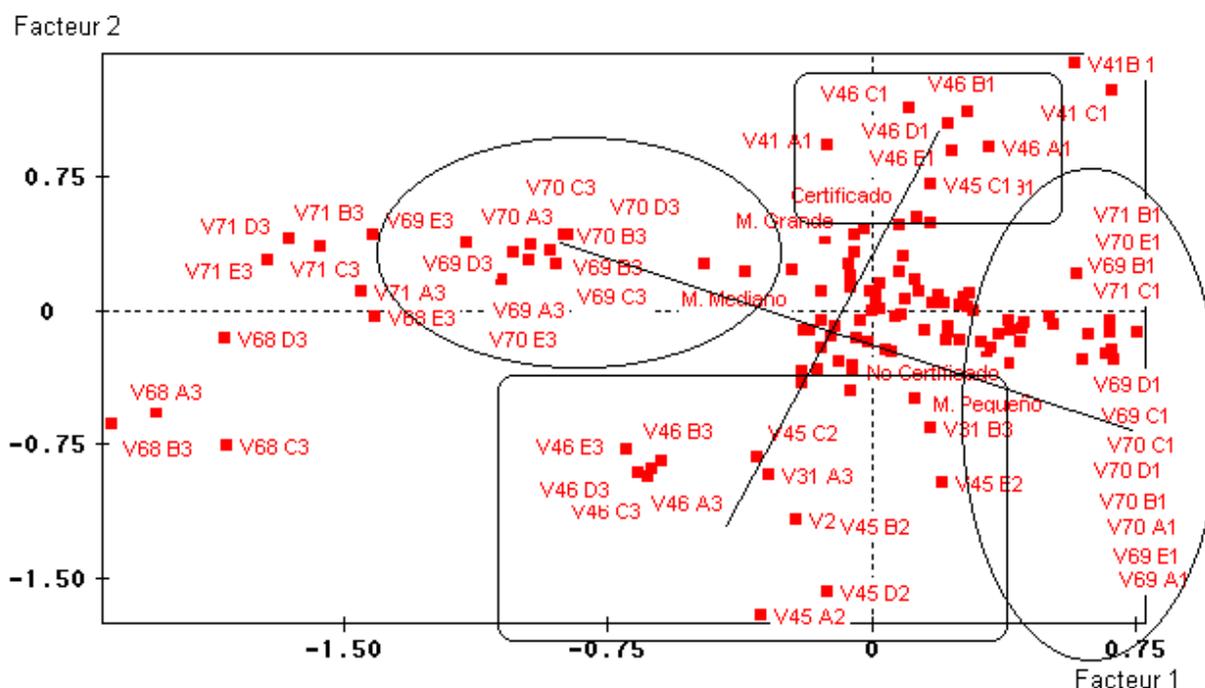
4.3.1 Efectos sobre población

El análisis multivariado asocia igualmente los buenos resultados con los municipios pequeños y las IPS de I Nivel, los malos resultados con los municipios medianos y las IPS de II Nivel y resultados regulares con las grandes ciudades y las IPS de III Nivel.

También las direcciones seccionales y locales, en distinto grado, reportan una preocupante segmentación de la población frente a los servicios de salud en las grandes ciudades, como consecuencia de la formación de grupos originada por la implantación del Sistema de Seguridad Social y el Régimen Subsidiado.

El análisis multivariado de las respuestas de las direcciones locales (gráfico 59) muestran igualmente los mejores resultados generales asociados a los municipios pequeños, donde afiliados y no afiliados parecen haberse beneficiado gracias al Régimen Subsidiado, mientras que en los municipios medianos y grandes los afiliados se han beneficiado y los pobres no afiliados y la población de estrato tres muestra un empeoramiento en las variables reportadas.

Gráfico 59.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

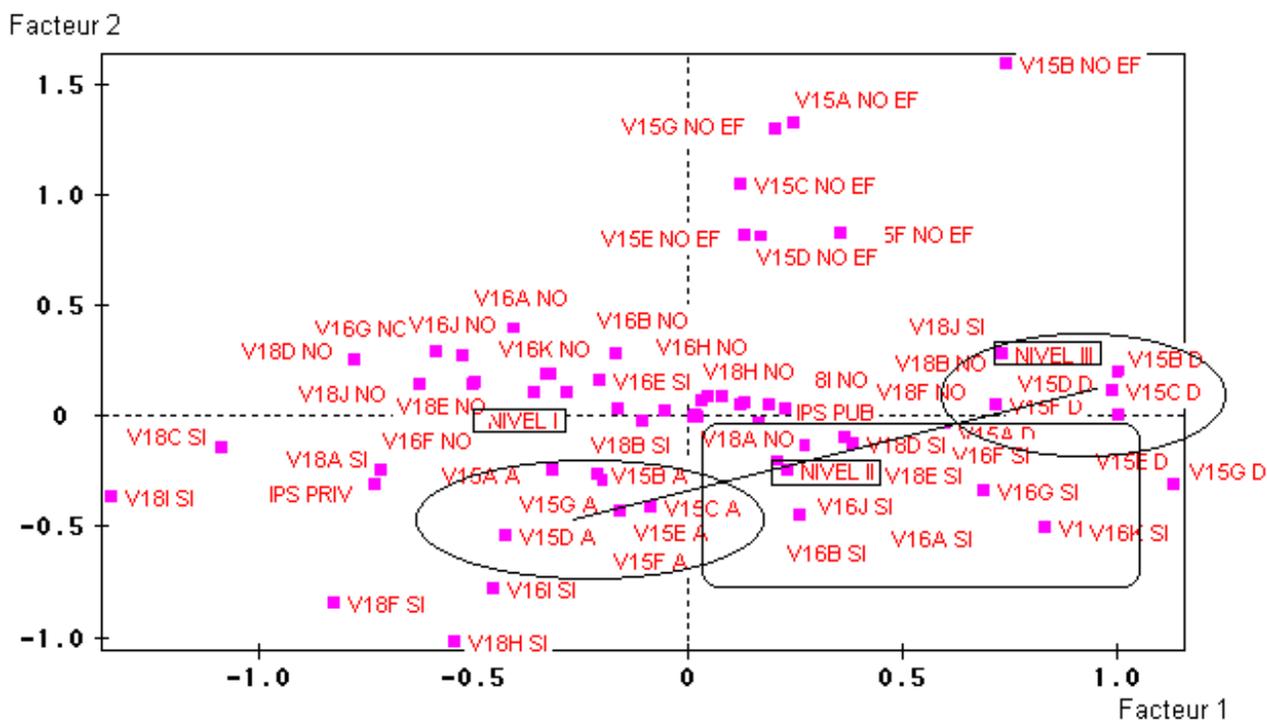
Respuesta 1 en Calidad A, Accesibilidad B, Oportunidad C, Utilización D, y Participación Comunitaria E, para las preguntas V68 afiliados al subsidiado, V69 pobres no afiliados, V70 población Sisben 3 y V71, para la población total.

Los directores de IPS informan mayoritariamente una mejoría en la accesibilidad a los servicios, la utilización de los mismos y la calidad para los afiliados al Régimen Subsidiado, y también, aunque en menor proporción, para la población general. Sin embargo reportan un deterioro de estos indicadores para los pobres no afiliados al Régimen Subsidiado y para el grupo de Nivel III SISBEN.

4.3.2 Efecto sobre IPS.

El análisis multivariado (gráfico 60) permite observar respuestas positivas asociadas a IPS del I Nivel de Atención, en relación con el crecimiento de sus ingresos y sus gastos, de su recurso humano y tecnológico, de su portafolio de servicios y de sus costos administrativos, como efecto del Régimen Subsidiado y, por otra parte, francamente negativas asociadas al III Nivel de Atención A

Gráfico 60.



Fuente: Minsalud-CID-Resultados del proceso, Proyecto Régimen Subsidiado, 2000

Aumentaron, B no tuvo efecto, D disminuyeron, los A ingresos totales, B volumen de servicios prestados, C portafolio de servicios, D recurso humano, E recurso tecnológico, F costos administrativos, G el total de gastos.

Este resultado es coincidente con el mayor crecimiento de ingresos a favor del primer nivel de atención y en contra del tercer nivel, demostrado por cifras del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud.

V 16 y V18 en el recuadro concentran a nivel de IPS de II Nivel las quejas por competencia desleal y surgimiento de IPS propiedad de las ARS



5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 SÍNTESIS DE CONCLUSIONES PRELIMINARES

5.1.1 Contratación DLS - ARS

Tanto el Gobierno Nacional como el Ministerio de Salud tienden a normar para "los municipios", en genérico, como si esta definición (municipio) agrupara elementos similares de un conjunto. La realidad es que los elementos de dicho conjunto son enormemente disímiles y por tanto no pueden responder de igual forma a las responsabilidades que les endilgue el gobierno central.

El efecto sobre el Régimen Subsidiado no puede ser distinto del efecto sobre cualquier otro programa de mediano grado de dificultad, cuya responsabilidad entregue el legislativo o el Gobierno nacional a manos de los municipios, y está estrechamente ligada con la capacidad técnica de sus organismos de dirección, y esta última con la disponibilidad y calidad del recurso humano calificado.

Para contrarrestar tal efecto es imprescindible generar procesos que permitan aumentar la capacidad técnica de los municipios de menor tamaño y desarrollo, o contrarrestar la deficiencia, en forma permanente, generando modelos que hagan compatible la descentralización y autonomía municipal con la necesidad de cumplir las normas técnicas del Sistema. Se trata pues de construir un esquema de gobernabilidad.

En varios escenarios se propone la recuperación de la gobernabilidad a través de procesos de redistribución de Competencias (proyecto de reforma de ley 60) o de un verdadero proceso de reordenamiento territorial para garantizar un Estado más eficiente. La consolidación de las provincias hace parte de la propuesta del Departamento Nacional de Planeación y es especialmente importante para la necesidad de recuperar la capacidad técnica de gestión en salud.

Dado que el afiliado al Régimen Subsidiado no tiene en la práctica libertad de elección, ni información adecuada para decidir, es conveniente revisar el mecanismo de libre elección de aseguradoras, pues no hay una competencia real sino un mercado apuntalado. Se parte del convencimiento de la necesidad desarrollada en el Siglo XX de este tipo de agencias para organizar a los ciudadanos sus servicios de salud con la mayor calidad posible y al menor costo, dada la enorme complejidad de los mismos y la asimetría de información entre el ciudadano y los múltiples prestadores. "La agencia disminuye los costos de transacción, al

beneficiar a ambas partes y ambas partes deben estar interesadas en reglas que estimulen un control eficiente"²

Igualmente se parte de la premisa legal de que el Estado subsidia el seguro de unos ciudadanos sin capacidad de pago o en condición vulnerable, pero que, tal como ordena la Ley, este seguro no se diferencia en el valor ni en el Plan Obligatorio, ni en la aseguradora, de aquel que es pagado por el trabajador y la empresa.

Dicha revisión debe ir también en dirección a una política dual, que permita mayor libertad de competencia de las agencias en los municipios de mayor desarrollo, mientras que decididamente cree mecanismos francos de intervención para garantizar la disminución de costos de transacción y el mayor valor agregado en la función de organizar los servicios a los afiliados en los centenares de municipios pequeños y rurales del país, donde tampoco existe en la práctica posibilidad de competencia en la prestación o, en casos extremos, ni siquiera posibilidad de servicios.³

El modelo de contrato entre municipios y ARS, bipartito o tripartito, es decir el instrumento en sí de la contratación, se considera poco o nada efectivo para poder exigir el cumplimiento de las obligaciones a las ARS por más de un tercio de los municipios. Se reconoce que es más útil para garantizar accesibilidad y utilización que calidad y oportunidad. La mayoría de los afiliados desconoce quien financia el subsidio, aunque conocen aceptablemente sus derechos. En este sentido el contrato público colectivo de aseguramiento, más que garantizar los derechos de los afiliados, parece tener como objeto primordial amarrar el flujo de recursos descentralizados hacia el aseguramiento y las ARS. Por ejemplo resulta dudosa su capacidad de garantizar eficientes programas de promoción y prevención.

Dado que el municipio de menor tamaño y desarrollo no tiene capacidad de vigilar y controlar a las ARS, la licitación *ex_ante* para otorgar una franquicia monopólica por un período fijo a la empresa que ofrezca manejar el aseguramiento en los mejores términos, puede resultar en mejores servicios para los usuarios. Esta opción mejoraría el contrato único, de carácter colectivo y regido por la lógica de lo público, en cuanto a los compromisos del asegurador.

Adicionalmente es necesaria una nueva distribución de competencias en vigilancia y control del Régimen Subsidiado, en los aspectos financieros concentradas en la Superintendencia Nacional de Salud, mientras en los aspectos técnicos y de garantía de prestación de servicios en manos de las Direcciones Seccionales de Salud, coincidente con la propuesta de reforma de Ley 60 sería la alternativa.

La ruptura de la norma técnica de aseguramiento, como en el caso de la desviación de la utilización obligatoria del SISBEN, o la tendencia a afiliar solamente personas ancianas, enfermas o de mayor riesgo, por parte de los funcionarios municipales, y el hecho de no respetar la afiliación familiar, trae graves consecuencias financieras que distorsionan el

2 Rasmusen Eric. "The Economics of Agency Law and Contract Formation" 1996

3 Kronick, Richard et all. "The Marketplace in Health Care Reform - The Demographic Limitations of Managed Competition" The New England Journal of Medicine, Vol 328: 148-152 Enero 14 de 1993.

Régimen Subsidiado y amenazan la existencia misma de las aseguradoras, del Régimen y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Debe expedirse por tanto una normativa reiterando los riesgos derivados de los mecanismos irregulares de selección de beneficiarios y prohibiendo expresamente los mecanismos contrarios a la racionalidad del mecanismo de aseguramiento y la política de subsidios, tan útiles al clientelismo, especialmente la afiliación de individuos sin su núcleo familiar.

Al mismo tiempo es indispensable universalizar el reaseguro de enfermedades de alto costo para evitar los procesos de selección adversa por parte de las autoridades municipales y la conformación práctica de grupos o pooles de mayor riesgo no costeables con la UPC, especialmente sobre las ARS que muestran mayor eficiencia.

En la relación entre ARS e IPS se da un contrato que tiende a mostrar más desarrollo cuanto más grande sea la aseguradora y cuanto más grande sea la IPS. Entre pequeñas Empresas Solidarias y pequeñas IPS se dan los contratos con menor grado de especificidad en las obligaciones de las partes, así como con menores controles y salvaguardas. Entre grandes y desarrolladas ARS y grandes y desarrolladas IPS se dan los contratos con mayor grado de especificidad en las obligaciones de las partes, así como con mayores controles y salvaguardas.

Los contratos más desarrollados constituyen una mayor garantía para los afiliados del Régimen Subsidiado, mientras los menos desarrollados, aunque pueden construir un buen servicio, no constituyen verdadera garantía de la prestación del mismo en condiciones de calidad adecuadas, dado que no es posible exigir el cumplimiento de las obligaciones no especificadas en los contratos.

El análisis del clausulado de los contratos también demuestra que las ARS más desarrolladas, EPS y Convenios de Cajas de Compensación imponen contratos mucho más exigentes para garantizar el cumplimiento de las obligaciones a la IPS y los derechos de los afiliados. Igualmente muestra que las IPS, a mayor tamaño y complejidad muestran más capacidad de negociación de los contratos y en estos casos son capaces incluso de imponer condiciones a las pequeñas ARS (posición dominante).

Cuando se da una relación de una ARS muy desarrollada con una pequeña y poco desarrollada IPS, el contrato muestra claramente la posición dominante por parte de la ARS, con la imposición de cláusulas lesivas a la IPS y salvaguardas para la ARS. Por el contrario, los contratos entre pequeñas ARS y grandes IPS muestran claramente la posición dominante de las IPS, con cláusulas lesivas para las ARS y salvaguardas a favor de la IPS.

Revisadas las bases de datos de las IPS proporcionadas por la Superintendencia Nacional de salud y cruzadas con los municipios del país, se pudo establecer la siguiente relación que resulta demostrativa: tan sólo 37 municipios del país cuentan clínicas privadas de segundo nivel de atención con servicio de hospitalización, mientras 88 municipios cuentan únicamente con un hospital público de este nivel. Igualmente, tan sólo 11 municipios cuentan con clínicas privadas de tercer nivel de atención. Por lo tanto difícilmente existirán condiciones de competencia en estos niveles de hospitalización para la gran mayoría de los municipios del país.

Dada la poca capacidad técnica y jurídica de muchas de las ARS estudiadas, pero en especial de muchas IPS, es necesario capacitar a los actores en la contratación de servicios de salud. Por una parte porque quienes otorgan franquicias, señala Williamson⁴, "tienen un incentivo para extender su alcance más allá de los términos iniciales, a fin de incluir en las franquicias ciertas restricciones sobre la condición del abasto (servicio) pues los tenedores de franquicias (IPS) pueden reducir sus costos, permitir que se deteriore la calidad y desplazar el efecto de reputación hacia el sistema (ARS o Régimen Subsidiado). Por otra, señala el mismo autor, que cuando se da la condición de especificidad de los activos y es necesario proteger estos (IPS) se requieren complejas estructuras de gobernación (contratos) con las debidas salvaguardas.

La integración vertical debe limitarse por falsear la competencia en la prestación, favorecer fraudes contables y significar riesgos éticos al controlar el asegurador al médico directamente en la ordenación de servicios. Es necesario un mayor control en la conformación de IPS con todos los requisitos legales y una acción coercitiva sobre la prestación de servicios ambulatorios de garaje.

Las tarifas autorizadas para la contratación de prestación de servicios de salud dentro del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud serán reguladas por el Ministerio de Salud tanto para las atenciones del primer nivel de complejidad como para las relacionadas con las enfermedades de alto costo definidas por el CNSSS, donde las posiciones dominantes son muy acentuadas y por tanto pueden incidir en fenómenos de sobrecosto o dumping.

El proceso de segmentación de la población originado por la forma de aplicación del Régimen Subsidiado es ya muy marcado, según los directores de IPS, quienes tienen más de cerca la prestación del servicio. Este proceso no es muy notorio en los pequeños municipios, pero si lo es en las grandes ciudades, en contra de la accesibilidad y utilización de los servicios por parte de los pobres no afiliados y de los grupos de Nivel III SISBEN.

Es evidente en otros aspectos de la investigación que el carné del Régimen Subsidiado tiene un alto valor para la población y que su lucha por ser incorporado al Régimen Subsidiado lleva al otro lado el temor a la desprotección frente a la enfermedad, el acceso a los servicios médicos y el costo de los mismos. Por tal causa, las deficiencias del SISBEN en las grandes ciudades afectan gravemente a la población pobre y requieren una solución inmediata.

Igualmente, dado que la segmentación afecta el Nivel III SISBEN, que actualmente no cuenta con subsidios y que las grandes ciudades cuentan con un importante volumen de recursos de oferta a transformar e igualmente tienen el menor porcentaje de población en Niveles I y II SISBEN, se hace necesario implementar los subsidios parciales para este gran contingente poblacional.

Esta recomendación hace parte de la necesidad de una política dual. Para los municipios rurales forzosamente la recomendación tiene que ser distinta, dado que la gran mayoría de la

4 Williamson Oliver "Las Instituciones Económicas del Capitalismo", Fondo de Cultura Económica, México 1989

población se encuentra en el nivel II y el problema de cobertura está directamente relacionado con la disponibilidad de recursos para el aseguramiento.

En realidad, tanto el SISBEN como la metodología NBI para distribuir el gasto social producen un importante efecto en contra de las grandes concentraciones urbanas, pues al seleccionar fundamentalmente la pobreza absoluta, encuentran mayores porcentajes de beneficiarios de subsidios en los departamentos más atrasados y por la misma causa dejan de lado a nueve millones de personas aún bajo la línea de pobreza que habitan fundamentalmente en departamentos desarrollados y grandes ciudades.⁵

5.2 ANALISIS: FORMULACION DE INTERROGANTES PLANTEADOS POR LA INVESTIGACIÓN Y SUS RESPUESTAS

5.2.1 Primer interrogante

¿Cuales son las competencias y funciones de los territorios respecto al aseguramiento y específicamente al Régimen Subsidiado?

Para resolver apartes del primer interrogante, podemos partir de varias premisas

El proceso de descentralización es irreversible en nuestro país y no es posible plantear soluciones que rompan dicho esquema de gobernabilidad, que tiene además fuerza constitucional.

La ley 100 separa las funciones de dirección, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios en el SGSSS

El municipio debe ser el nivel del Estado competente para la selección de los beneficiarios de subsidios del Estado, como igualmente es responsable de la estratificación para los subsidios de servicios públicos. El proyecto de modificación de la Ley 60 para salud, que cursa en el Congreso, reafirma específicamente esta competencia para el nivel municipal.

Otras recomendaciones del estudio de la Universidad Nacional se dirigen a unificar los recursos de salud en el municipio, bajo un Fondo único destinado a la salud, y buscan poner fin a la participación directa de los departamentos e incluso del Ministerio en la contratación del Régimen Subsidiado. (pagador único descentralizado)

La Ley 100 ordena a los municipios contratar con las Entidades Promotoras de Salud la afiliación de beneficiarios del subsidio.

Partiendo de estas premisas, abordamos el problema desde el concepto de la delegación de un servicio público

5 FEDESALUD Análisis de inequidades regionales. Estudio de cobertura de la seguridad social en salud.

➤ **Delegación de la función de aseguramiento (servicio público de seguridad social)**

♦ **La facultad de delegar y los efectos de la delegación**

La Seguridad Social es un servicio público, según lo determina la Constitución, y si bien la Ley y la reglamentación del Régimen Subsidiado han delegado aspectos de esta función, a entidades públicas y privadas, la responsabilidad primaria sigue siendo del Estado.

Las normas que hicieron posible tal delegación son previas a la Ley 100, pues desde la Constitución se establece (Artículo 48) que la Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas y se reafirma en la Ley 60 de 1993 (Artículo 29) cuando señala que las entidades competentes (nación, departamentos, distritos y municipios) en desarrollo de sus funciones, podrán con recursos fiscales contratar con personas naturales o jurídicas la compraventa de bienes y/o la contraprestación de servicios en beneficio propio o de terceros, y de acuerdo a los criterios de focalización previstos en la misma Ley, con el fin de garantizar el cumplimiento de los derechos sociales, económicos y culturales consagrados en la Constitución Política.

♦ **¿Por que delegar?**

La Ley 100 de 1993 y su reglamentación resultan algo contradictorias. En primer lugar la ley especifica en los Artículos 215 y 216 que se debe dar esta delegación por parte de las direcciones locales, distritales o departamentales de salud hacia las EPS mediante contratos de administración del subsidio o administración de los recursos del subsidio y que las direcciones locales de salud, entre sí o con las direcciones seccionales, podrán asociarse para la contratación de servicios de una Entidad Promotora de Salud.

En el Artículo 178 de la misma Ley se establecen las funciones de las EPS entre las cuales no está la de administrar subsidios, mientras el Artículo 177 señala que su función básica será organizar y garantizar la prestación del POS a los afiliados; el Parágrafo del Artículo 179 les exige buscar mecanismos de agrupamiento de riesgo; el numeral 5º. del Artículo 180 menciona un número mínimo de afiliados que haga viable la operación y se logre la afiliación de personas de todos los estratos y de los diferentes grupos de riesgo; el Artículo 182 establece que el Sistema reconocerá a cada EPS una Unidad de Capitación en función de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio, y el Artículo 183 prohíbe terminar la relación contractual con sus afiliados, o negar la afiliación a quien desee ingresar, siempre y cuando se garantice el pago de la cotización o del subsidio correspondiente.

Resulta evidente que el término de administrar subsidios o recursos derivados del subsidio incluido en los artículos 215 y 216 es un término que riñe con la función de aseguramiento establecida en los demás Artículos. En ellos quedan claras las funciones de aseguradora y agencia de las EPS, que incluyen la función de administrar el riesgo, propia del aseguramiento y no de administrar subsidios, que por otra parte pueden ser parciales o totales y son concedidos por el Estado a los ciudadanos. En este sentido es clara la Ley 60,

de mayor categoría, cuando establece que "podrán con recursos fiscales contratar con personas naturales o jurídicas la compraventa de bienes y/o la contraprestación de servicios", y por el contrario no menciona en forma alguna el delegar a las personas naturales o jurídicas la administración de los recursos fiscales para comprar bienes o prestar servicios.

Adicionalmente, el Artículo 176, que define las funciones de las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales del Sistema de Salud, especifica en su numeral tercero "Administrar los recursos del subsidio para la población más pobre y vulnerable en los términos previstos en la presente ley, con los controles previstos en el numeral 7 del artículo 153" (que lleva por título Participación Social). De modo que la función de administrar subsidios, que debe ser vigilada por las comunidades según el Artículo 153, podría considerarse indelegable, ya que es una función específica de los municipios, distritos o departamentos y la delegación de tal función mencionada en el Artículo 215 podría interpretarse como un error en el manejo del término respecto al resto del articulado, pues se contradice incluso en el mismo artículo cuando menciona la responsabilidad de las EPS de afiliar y prestar directa o indirectamente los servicios del POS.

Podría esto interpretarse como un error, puesto que otros errores en la ley son conocidos. Por ejemplo en el Artículo 222 sobre las actividades a financiar por la subcuenta de Promoción del FOSYGA, donde se incluye prevención secundaria y terciaria, o el artículo 223 que habla de "enfermedades catastróficas" en lugar de eventos catastróficos. Ambos errores fueron interpretados en la práctica como tales y en consecuencia no se puede cumplir el mandato en estos aspectos.

En realidad el concepto de administración de subsidios corresponde a las primeras propuestas de reforma presentadas, que enfatizaba en el concepto de subsidios a la demanda de la población pobre⁶ definidos sobre modelos teóricos de costo efectividad⁷, fue superado por el concepto de aseguramiento universal que quedó plasmado en la versión definitiva de la Ley 100, resultante de la aplicación de los principios constitucionales de universalidad, solidaridad y eficiencia, específicamente definidas en el Artículo 162. A pesar de lo anterior subsistieron resquicios de la tendencia preliminar en el texto legal y en la aplicación del Régimen Subsidiado.

6 Proyecto de Ley de Noviembre de 1992 en "La Reforma de la Seguridad Social en Salud", Tomo III , pag 40 Ministerio de Salud 1995

7 "Para el Banco Mundial (1987), la política para superar la pobreza durante los ajustes estructurales debía comportar dos características: 1) ser complementaria y subordinada a los programas de ajuste estructural, pues del éxito de tales programas dependería el desarrollo social futuro, de ahí que el objetivo fuera proteger a los que transitoriamente no pudieran incorporarse o fueran excluidos del proceso de crecimiento económico; 2) tales políticas deberían ejercerse mediante gasto público social, aun cuando se reconoce la dificultad de aumentarlo en condiciones de restricción fiscal. En materia de salud este organismo a través de su Departamento de Población, Salud y Nutrición pregonó el diseño, para los países de bajos ingresos, de un paquete mínimo de intervenciones clínicas y de salud pública con reducido costo destinadas a aliviar la carga ocasionada por las principales enfermedades y que debía ser subsidiado por el Estado."7 Rodríguez Salazar Rodríguez Oscar. "La difícil consolidación de un estado de bienestar" Cátedra Manuel Ancizar sobre Desarrollo Económico y Social en el siglo XX. Universidad Nacional de Colombia 2001.

En síntesis, el Estado está delegando con las debidas facultades legales la prestación de un servicio público, en el nivel municipal, el aseguramiento en salud, entregando un pool poblacional y un valor de prima per cápita a una entidad que cumple como EPS la función doble de aseguradora y de agencia para garantizar la prestación de los servicios de salud a sus afiliados, dentro del concepto pleno de la seguridad social, No se delega por tanto la administración de subsidios.

Pero, la delegación se justifica si tiene por objeto entregar la prestación de un servicio público a entidades expertas en una función que se reconoce técnica y compleja, para garantizar por el mecanismo de delegación una mejor prestación del servicio público a los ciudadanos, en términos de eficiencia y calidad. Si estas condiciones no se dan, no debería delegarse. Sin embargo, la Ley 100 establece que esta delegación es forzosa en los Artículos 156, 157, 159, 161, 162, 163, 164, y especialmente el 174, 215 y 216.

Finalmente, es necesario precisar que la Ley 100 constituye una autorización global para la delegación de tal función correspondiente al servicio público, por lo cual no se requeriría una nueva autorización para el efecto. De tal modo que el contrato tan sólo tiene el objetivo de clarificar a que entidad se ha dado la delegación específica y de asegurar el conjunto de recursos para el efecto. De hecho, tal fue la conclusión del estudio. Lo atinente a las obligaciones con los asegurados no requiere de contrato, por cuanto, al igual que en el Régimen Contributivo, está regido por una norma general, que establece las obligaciones de las EPS para con los afiliados. En este sentido la afiliación en el Régimen Contributivo equivale al contrato en el Subsidiado. Sea individual, o colectiva mediante contrato, no hay diferencia en las obligaciones de la EPS.

- ♦ **Lo que no se delega y sigue siendo por tanto responsabilidad del Estado, en el nivel correspondiente.**

No se delega en forma alguna la responsabilidad del buen manejo de los recursos para subsidios de salud, ni la obligación de seleccionar a los beneficiarios del subsidios.

Como en cualquier servicio público cuya prestación se delegue a particulares, el Estado mantiene siempre la facultad de intervenir sobre ese servicio público en defensa del usuario.

La intervención puede darse en cualquier nivel del Estado en que se de la delegación, por lo cual el delegante tiene la obligación de vigilar y controlar la prestación del servicio público, control que no correspondería únicamente a instancias superiores como lo suelen determinar las leyes que dan origen a la competencia regulada en la prestación de servicios públicos.

La responsabilidad final sobre el funcionamiento óptimo de cualquier servicio público es indelegable, por lo que al delegar la prestación del servicio público el delegante puede imponer condiciones específicas sobre la calidad esperada y la forma de prestación del servicio (llamadas exorbitantes en la contratación pública), que definan con mayor precisión el resultado esperado, especialmente si se refieren a particularidades geográficas, culturales

o en relación a la disponibilidad de servicios e IPS que garanticen el servicio en el territorio, siempre y cuando no sean contrarias a la norma del Sistema.

No se trata de que la Superintendencia delegue en las direcciones seccionales o locales de salud la función de vigilancia y control. El Gobierno nacional, como dirección del Sistema a nivel nacional, delega en la Superintendencia y esta no puede delegar a su vez. El Estado en el nivel territorial, gobernación o alcaldía, tiene a su vez la obligación de dirigir el servicio público en su territorio, que debe incluir en términos más claros a nivel legal las competencias de vigilancia y control del mismo en el respectivo territorio.

5.2.2 Segundo interrogante

¿Cómo formular una política dual pero dentro de una misma racionalidad, para lograr que las entidades a las que se delega el manejo del aseguramiento en salud garanticen efectivamente la prestación de servicios en zonas donde opera la competencia, donde opera a medias, o donde definitivamente no opera?

Establecemos igualmente una serie de premisas.

Entendida la función de aseguramiento y agenciamiento de la prestación de servicios o administración de servicios de salud de una EPS, en el Régimen Subsidiado como en el Contributivo, y dado que la Ley pretende la unificación del POS y la UPC de todos los afiliados, sin importar su capacidad de pago, no debería haber diferencia alguna respecto a los requisitos mínimos de estas entidades para operar en el Sistema.

Por el contrario, para que estas entidades puedan operar en distintas regiones, en zonas urbanas o rurales, en zonas donde hay o no competencia en el aseguramiento o en la prestación, en condiciones de concentración o dispersión de la población, si debieran fijarse una serie de condiciones de operación, en procura de dar cumplimiento a los principios constitucionales de solidaridad, universalidad y eficiencia.

Como quiera que la obligación de las EPS es garantizar una red de servicios que garantice la prestación del POS, incluido el sistema de referencia y contrarreferencia, y dado que dichas redes de servicios están estructuradas en el país con base en unos antecedentes poblacionales, geográficos, económicos, viales, sociales, etc, que no son modificables sino en largos procesos en el tiempo (oferta inelástica), los permisos de operación también deberían estar correlacionados con las redes de servicios existentes.

Se ha establecido que no existen condiciones de competencia en la mayoría de los municipios del país⁸, ni para el aseguramiento, ni para la prestación^{9 10}, por lo que el principio de libre

8 La Crisis en el Régimen Subsidiado: falla regulatoria o falla de mercado? Fernando Ruiz, Cendex, Universidad Javeriana.

elección y operación de EPS debe revisarse, si se quiere garantizar la calidad en el servicio, que la libre competencia asegura únicamente donde hay condiciones de mercado¹¹ y ciudadanos debidamente informados. La teoría económica sugiere entonces el establecimiento de estructuras de gobernación más complejas, por ejemplo condiciones *ex_ante* en la contratación para disminuir los costos de transacción y lograr mayor valor agregado, ante la ausencia de condiciones de mercado¹².

Los principio de solidaridad y universalidad establecidos en la Constitución y la Ley no se hacen realidad en la práctica cuando se permite a las EPS actuar únicamente en municipios de mayor concentración poblacional, es decir, en expresiones populares, descreman el mercado, o se quedan con la carne y dejan el hueso, lo que significa en algún grado un proceso de selección adversa contrario también al principio de equidad.

Partiendo de estas premisas, se propone abordar el problema desde el concepto de adjudicación de región para el aseguramiento.

➤ **Condiciones para la delegación del aseguramiento en salud**

Los protagonistas del Régimen Subsidiado, pertenecientes a las distintas instituciones que interactúan en el mismo, informaron en el estudio que no hay libertad real de elección de aseguradoras. Adicionalmente se observó que la mayoría de las ARS que fueron autorizadas en un principio conservaron con poca movilidad su participación en ese mercado apuntalado y sin condiciones reales de competencia.

Del mismo modo los representantes de las Direcciones Territoriales, IPS y ARS coincidieron en señalar que tampoco se da en la práctica la libre elección de IPS. Las causas mencionadas con más frecuencia se relacionaban con la inexistencia de alternativas y la obligación de contratar con las entidades públicas.

9 Revisadas las bases de datos de las IPS proporcionadas por la Superintendencia Nacional de salud y cruzadas con los municipios del país, se pudo establecer la siguiente relación que resulta demostrativa: tan sólo 37 municipios del país cuentan clínicas privadas de segundo nivel de atención con servicio de hospitalización, mientras 88 municipios cuentan únicamente con un hospital público de este nivel.

10 " Muchas áreas de Colombia no tienen EPS ni ESS. El gobierno debe establecer entidades intermediarias como compradores colectivos para la población subsidiada. Muchas zonas tienen pocas instalaciones de nivel II y III que puedan competir, y a su vez son proveedores monopólicos. El gobierno debe intervenir para corregir la falta de competencia, por ejemplo, mediante una política de pagos con el fin de reducir las pérdidas, mejorar la eficiencia y la calidad y moderar la inflación de los costos." La Reforma de Salud en Colombia y el plan maestro de implementación. Proyecto Universidad de Harvard

11 Kronick, Richard et all. "The Marketplace in Health Care Reform - The Demographic Limitations of Managed Competition" The New England Journal of Medicine, Vol 328: 148-152 Enero 14 de 1993.

12 Williamson, Oliver. "Las Instituciones Económicas del Capitalismo" Fondo de Cultura Económica, México, 1989.

La razón de esta última respuesta no es otra que la gran dificultad de modificar la estructura de prestación de servicios creada mediante grandes inversiones del Estado durante muchos años, en la mayoría de los municipios del país (838 municipios de categoría 5 y 6), así como 178 municipios de categoría 3 y 4.

Tabla No. 2 Número de municipios según categoría 1999

Categoría	Especial	I	II	III	IV	V	VI	Total
Número	5	13	29	57	121	346	492	1063

Fuente: Departamento Nacional de Planeación

Cabe anotar que la creación de IPS por parte de las EPS constituye siempre un riesgo ético por la capacidad de influir al profesional de salud a comportamientos poco éticos para reducir los costos, además de lo observado específicamente en el Régimen Subsidiado, como la creación de IPS que no cumplen requisitos mínimos esenciales y tampoco observan las mínimas condiciones de organización y autonomía administrativa exigidas por la Ley 100 de 1993.

Por lo tanto, las redes de servicios que soportan la garantía de servicios de salud ofrecida por las ARS, en la gran mayoría de los municipios del país siguen siendo las construidas bajo la racionalidad del Sistema Nacional de Salud, técnicamente planificado sobre dos conceptos:

El primero denominado Niveles de Atención, que determinó la organización de servicios de salud de complejidad creciente desde los municipios más pequeños, pasando por los municipios intermedios, hasta las capitales del departamento o grandes ciudades.

El segundo denominado Regionalización, que determinó una administración descentralizada en cabeza de los hospitales de II Nivel o regionales, correspondiente a los municipios intermedios, cabeceras naturales en términos de mercado y de desarrollo de servicios de un grupo de municipios, igualmente en términos de confluencia vial.

Para la mayoría de los municipios, en los cuales no se dan condiciones de mercado, la red de servicios está determinada por este desarrollo previo a la Ley 100, por lo cual cualquier aseguradora debe contratar tales redes de servicios, sin mayor posibilidad de variarlas salvo por la existencia de clínicas privadas en municipios de mayor desarrollo.¹³

Con base en lo anterior, no parece tener sentido la autorización a las EPS o ARS por municipio, pues la red de servicios, organizada regionalmente y por niveles de atención supone una integración mínima en la unidad regional y una integración completa que incluya el hospital universitario de referencia.

Si, por otra parte, los estudios del Cendex¹⁴ indican que la operación de las ARS a nivel municipal, dado el pequeño número de asegurados en la gran mayoría de los municipios del

13 Ibid citas 7, 8, 9 y 10

14 Ibid 7

país, se traduce en costos administrativos demasiado elevados, se confirma que no tiene sentido alguno, salvo para los grandes municipios, donde existen todos los niveles de complejidad y población suficiente, que sea el municipio la unidad de adjudicación a una aseguradora.

Por tal razón se recomienda que la adjudicación de poblaciones a las EPS o ARS tenga características departamentales o cuando menos provinciales (antiguas regionales) con el objeto de garantizar la integración de la red de servicios y el pool poblacional que permita mayor eficiencia administrativa. Resulta fácil comprender que para una EPS que opera en ocho o diez municipios que remiten a un mismo hospital regional, le resulte más económica la contratación, el control de calidad y el sistema de referencia que a otra que requiera un hospital de II Nivel distinto para cada municipio donde opera.

Otra ventaja adicional de esta propuesta de operación departamental o provincial tiene que ver con la posibilidad de evitar la selección adversa o tomar tan sólo los grupos poblacionales más rentables¹⁵. Adicionalmente es consistente con las nuevas ARS autorizadas recientemente con base en el Decreto 1804 de 1999, con los resultados del análisis en el componente financiero de esta investigación y con el resultado sobre costos de Administración del estudio del Cendex¹⁶, que señala su disminución en la operación departamental.

Adicionalmente, las condiciones específicas del departamento o provincia permitirían exigir en los procesos de adjudicación condiciones de prestación de servicios y referencia de pacientes que se adecuen a la zona geográfica en particular, andina, amazónica, etc..

La licitación departamental fue normada por el Decreto 2357 de 1995, pero fue pensada en función de autorizar a las ARS en unidades municipales, es decir, para operar en tal o cual municipio, característica que también adoptaron las autorizaciones de la Superintendencia, sin ningún criterio técnico conocido.

Como quiera que, por otra parte, la Ley 100 de 1993 otorga a los municipios la facultad de contratar con las EPS el aseguramiento de su población pobre, la diferencia entre la Ley y la norma reglamentaria, evidente en un comienzo, podría superarse con la autorización departamental de operar en el departamento o por regionales o provincias del mismo, entre tanto el municipio conserva la función de contratar el aseguramiento de su población pobre.

De esta forma sería posible que un grupo de municipios contratara con más de una EPS autorizada para operar en la provincia, pero únicamente con las autorizadas, conservando la posibilidad de que los ciudadanos escojan si existen varias EPS o ARS autorizadas por el Departamento y contratadas por el municipio.

15 El otro problema de selección adversa o riesgo moral señalado, por cuanto los municipios afilian en buena proporción enfermos y ancianos, sin respetar siquiera la afiliación familiar, se resolverá finalmente con la universalización del aseguramiento y parcialmente cuando menos con la universalización del Reaseguro de Alto Costo, pues mientras estas condiciones no se den, existirá la presión por incluir las personas más enfermas en el sistema de aseguramiento, en razón a su difícil situación con una enfermedad grave por fuera del mismo.

16 Ibid Cita 7

Lo observado hasta la fecha es que los departamentos y municipios no han limitado el ingreso de nuevas ARS. Igual comportamiento es dable esperar pero sobre la base de requisitos más complejos para la autorización, que podrían ser fijados en los pliegos de concurso departamental, pero sin cerrar la puerta a que las EPS o ARS además de aceptar las condiciones de operación exigidas por los departamentos, puedan a su vez ofrecer diversos valores agregados a la prestación de servicios del POS. Por ejemplo portabilidad del seguro en todo el departamento.

Pero se ha planteado una política dual, por lo cual esta forma de autorización y contratación no aplicaría a los grandes municipios. Se propone que en los municipios de categoría especial, 1 y 2 la competencia sea el elemento fundamental para garantizar la prestación de servicios en condiciones de calidad. Sin embargo, debe prevalecer igualmente el concurso para ingresar¹⁷, de tal modo que, por ejemplo, el distrito pueda exigir a las EPS que van a operar en su municipio un manejo integrado de los programas de promoción o prevención, o un manejo integrado de la red de comunicaciones y ambulancias para el manejo de las urgencias.

Por tanto se sugiere un manejo del concurso no departamental sino distrital o municipal en estos casos.

La periodicidad de estos concursos debería corresponder a la vigencia de las administraciones municipales y departamentales y un año más, suficiente para que la nueva administración se empape de la problemática y organice el concurso de EPS. El primer período podría ir por tanto de Abril del 2002 a Abril del 2005.

5.2.3 Tercer interrogante

¿Cómo debe estructurarse en consecuencia la relación entre estas entidades y los municipios, a través de que instrumentos legales y con que apoyo o mediación?

➤ El contrato entre municipio y ARS / EPS

Una vez aclarado que el objetivo de este contrato tiene que ver más con el asignar unos recursos a una ARS específica, para la afiliación de unos ciudadanos sin capacidad de pago, cabe preguntar si tal asignación requiere efectivamente contrato.

Dado que el estudio demuestra que el contrato colectivo trae consigo un desconocimiento de los afiliados de sus derechos, de sus opciones y especialmente de quien paga el subsidio, no

17 Una de las razones que no permite una operación en condiciones de libertad total de competencia es que prevalece la asimetría de información entre las EPS y los afiliados dado el bajo nivel educativo de la población pobre en el Régimen Subsidiado, así como por la inoperancia de la función estatal de informar sobre la calidad de los servicios que prestan las aseguradoras, así como del control social sobre las mismas.

parece ser muy recomendable, aunque de hecho el contrato colectivo pudiera tener la lógica y validez propia de las pólizas colectivas de seguros.

Por otra parte se argumenta la necesidad legal del contrato debido al origen público de los recursos. La pregunta necesaria es si este es el único mecanismo para hacer llegar los subsidios a los afiliados por parte de las entidades municipales, de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993.

Sí el proceso de autorizar por mecanismo de concurso o licitación la operación de una ARS / EPS, ya resuelto en el punto anterior, es lo pretendido por el Artículo 215, ya se estaría cumpliendo dicho paso y el municipio a través de cualquier mecanismo para otorgar el subsidio (una certificación o un listado por ejemplo), podría remitir a un ciudadano hacia una ARS / EPS, autorizada legal y formalmente para desempeñar su función en el respectivo territorio, y autorizarla a pasar la respectiva cuenta de cobro, tal como el FOSYGA reconoce la UPC por cada beneficiario en el Régimen Contributivo.

Esta posibilidad abriría las puertas a procesos más claros de elección por parte de los afiliados, especialmente cuando tenga pleno desarrollo el mecanismo de subsidios parciales o pagos parciales por parte de las familias, sobre igual POS, UPC y EPS.

Pero como el propósito fundamental del contrato es amarrar unos recursos departamentales y municipales al financiamiento del Régimen Subsidiado (prueba de ello es que el valor de los contratos de cada municipio y sus fuentes de financiación se determinan en el Ministerio de Salud, donde posteriormente se revisa y aprueba cada contrato), parecería que existen todavía razones de conveniencia para mantenerlo vigente, fundadas precisamente en que el Sistema, por una parte, y la descentralización, por otra, aún no han logrado la credibilidad y legitimación necesarias, es decir no se ha alcanzado el nivel de gobernabilidad que haga innecesario tal aseguramiento de los recursos.

Sin embargo cabe precisar que de todos modos se han desviado recursos a pesar de haberlos amarrado por medio de los contratos. Lo que no es posible probar es si se desviarían más sin amarrarlos por tal medio, o si un sistema de estímulos sería mejor forma de asegurar estos recursos que el contrato vigente.

5.3 RESUMEN RECOMENDACIONES CONTRATACIÓN DLS / EPS(ARS)

- De acuerdo con las directrices del proyecto se recomienda **la defensa del modelo de aseguramiento** como instrumento idóneo para llevar a cabo los principios de solidaridad, universalidad y eficiencia, así como por considerarlo el mecanismo eficaz para hacer efectivo el derecho a la atención en salud, en dirección a una UPC y un POS igual para todos los colombianos, tal como lo planteó la Ley 100 de 1993. Igualmente se entiende necesaria la función de la agencia y aseguradora que debe beneficiar tanto a los usuarios como a las IPS. Para preservar el modelo deben darse los siguientes pasos:
- Las entidades encargadas de la función de aseguramiento, que también incluye la función de agencia o administración de los servicios de salud a sus afiliados, deben **equipararse a las EPS del Régimen Contributivo, independientemente de su origen** en

Empresas Solidarias, Cajas de Compensación o EPS privadas. Debe superarse por tanto la definición de Administradoras y en consecuencia los porcentajes de administración, las provisiones y demás normas específicas, para asumir plenamente la función de aseguradora y agencia igual que las EPS, incluso con capacidad de afiliarse en el Régimen Contributivo. No debe existir requisitos adicionales a los de las EPS del Régimen Contributivo ni permiso especial de operación para el Subsidiado por parte de la Superintendencia.

- **Acciones específicas para la preservación del modelo de aseguramiento:** Distribución del riesgo con redefinición de los tamaños mínimos de pools poblacionales para la operación del Régimen Subsidiado, que incluye la definición de pools aún más grandes o sistemas de reaseguro universal para enfermedades de alto costo, control de la selección adversa mediante mecanismos que responsabilicen del costo financiero que supone a los municipios que incurran en tales prácticas, en camino hacia la reconstrucción de la UPC diferencial. Estricto control de la afiliación familiar para evitar la selección adversa y la manipulación política del Régimen.
- Dado que no existen en la práctica condiciones de mercado y competencia ni en el aseguramiento, ni en la prestación de servicios de salud, capaces de garantizar por sí mismos la calidad de los servicios en la mayoría de los municipios del país, se recomienda **revisar el planteamiento supuesto de libre competencia de las EPS para el mercadeo y por tanto la operación del Régimen Subsidiado.** Teóricamente debería formularse una política dual con mayor libertad de competencia en zonas de mercado y mayor intervención del Estado en zonas de no mercado. Sin embargo, aún en zonas de mercado, la condición propia de pobreza y bajo nivel educativo del afiliado al Régimen Subsidiado supone una importante asimetría de información que limita las condiciones de mercado. Por lo tanto se recomiendan que la **delegación de esta función del servicio público de seguridad social tenga mayores controles ex_ante para garantizar la calidad de los servicios a los ciudadanos, mediante mayor regulación y control del servicio público por parte de las Direcciones Seccionales de Salud,** dado que las direcciones locales no tienen capacidad técnica para los procesos de selección y contratación, ni tampoco para la vigilancia y control. Por tanto se recomiendan la modificación del sistema de contratación del Régimen Subsidiado, así:
- **Concursos departamentales para autorizaciones de operación por cuatro años en zonas que integren redes de servicios,** como mínimo provincias, en consonancia con la organización inelástica de la prestación de servicios de salud de segundo nivel, y como máximo departamentos. Igualmente para garantizar que no se descreme el mercado y las EPS operen tanto en municipios medianos como en pequeños. Esta autorización departamental garantiza a las EPS pools de riesgo más amplios y concentrados, con integración de red de servicios y supone la disminución de costos administrativos frente a situaciones previas de afiliados en municipios dispersos.
- **Competencia limitada o número limitado de EPS autorizadas en las zonas de operación** en relación a la población general y población pobre de la misma. Todas las EPS pueden presentar ofertas y los criterios de selección tienen que ver con las condiciones específicas de la prestación de servicios, sistemas de referencia y calidad, así como los programas de prevención y promoción. Pueden incluir valores agregados.
- **Contrato de afiliación colectiva y pago a nivel municipal.** Pagador único de conformidad con las recomendaciones del objetivo financiero. El contrato puede

convertirse a mediano plazo en un convenio de pago sucesivo de las afiliaciones, de conformidad con las novedades registradas.

- **Suprimir el mercadeo puerta a puerta** en el Régimen Subsidiado. Las autoridades municipales deben convocar oficialmente actos colectivos en barrios y veredas para la elección de ARS/EPS por parte de los ciudadanos con derecho a subsidio.
- **Redefinición de las competencias en vigilancia y control de los distintos niveles del Estado** en el Régimen Subsidiado, concentrando en la Superintendencia Nacional de Salud el control financiero de las EPS, en la dirección seccional el control técnico sobre la calidad y oportunidad en la prestación de servicios a los afiliados, y concentrando igualmente en el municipio el control social.

5.3.1 Resumen recomendaciones contratación EPS / IPS

- 1) Dado que el diagnóstico muestra deficiente capacidad técnica de las Empresas Solidarias y mayor capacidad técnica para la labor de aseguradora y agencia por parte de las EPS se recomienda, al igual que en la contratación DLS-EPS **unificar las entidades encargadas de esta función bajo los mismos requisitos de las EPS del Régimen Contributivo**.
 - Dado que el diagnóstico arroja limitado desarrollo de la calidad técnica y jurídica de los contratos entre ARS e IPS, más notorio desde luego entre pequeñas ESS y pequeñas IPS, al igual que desconocimiento de los actores sobre las ventajas o desventajas de los diferentes tipos de contratación, y que sólo el desarrollo de los contratos en cuanto a la precisión de las obligaciones de las partes garantiza la calidad, oportunidad y suficiencia en la prestación de servicios, se recomienda **un amplio proceso de capacitación sobre la contratación de servicios de salud a todos los actores del Sistema**.
 - La información y observaciones directas sobre comportamientos especulativos y dolosos en la contratación entre ARS e IPS, que incluyen subcontrataciones e intermediaciones (capitaciones globales) que no agregan valor a la labor de la agencia mientras disminuyen los recursos para el gasto en salud, traslado del riesgo financiero a las IPS, competencia desleal basada en las IPS propias de las ARS, que posibilitan la justificación de servicios y gastos inexistentes, el control de los profesionales de salud más allá de lo éticamente aconsejable y la no separación de cuentas entre aseguradores y prestadores, se recomienda **propiciar mayor separación de funciones y responsabilidades entre EPS e IPS**, limitar por tanto la integración vertical, limitar severamente la subcontratación y prohibir la contratación por capitación excepto en el primer nivel de complejidad.
 - Dado que el diagnóstico confirma la existencia de comportamientos dominantes cuando la relación se da entre grandes aseguradoras y pequeñas IPS y también en el caso contrario, entre grandes y desarrolladas IPS en condición monopólica o cuasi-monopólica y pequeñas ARS, se recomienda que **las tarifas del Régimen Subsidiado correspondientes a los dos extremos de complejidad sean reguladas**, primer nivel de atención y cuarto nivel. Igualmente se recomienda regular las tarifas y contenidos de los contratos de capitación en el I Nivel de Atención



ambulatorio. Por la misma razón se acoge la recomendación del objetivo financiero de intereses obligatorios e irrenunciables para el pago de las EPS a las IPS.

Dadas las deficiencias en la prestación de los servicios y el control de calidad en el Régimen Subsidiado se recomienda, al igual que en la contratación DLS/ARS **establecer claramente la función del control de la calidad en la prestación de servicios y acreditación en cabeza de las Direcciones Seccionales de Salud**. La responsabilidad de evaluar y controlar la red de cada EPS necesariamente incluye la necesidad de que estas remitan a las Direcciones Seccionales información de morbilidad y prestación de servicios. Igualmente la exigencia a las EPS de desarrollar procesos de estandarización y control de calidad de los servicios capaz de asegurar en las instituciones contratadas

5.4 PROPUESTA DE AJUSTE INSTITUCIONAL CONTRATACIÓN

5.4.1 Aspectos a reglamentar

DELEGACIÓN DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD.

De conformidad con lo establecido en la Constitución y en el Artículo 152 de la Ley 100 de 1993, el Estado podrá delegar el servicio público de salud a particulares y específicamente el aseguramiento y la administración de servicios de salud bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las entidades que presten el servicio.

LA FUNCION DE ASEGURAMIENTO Y ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD.

Las funciones de aseguramiento y administración de servicios de salud en el Régimen Subsidiado será delegada por las direcciones seccionales y locales de salud exclusivamente a las entidades autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, en condiciones que por una parte garanticen accesibilidad, suficiencia y calidad de los servicios de salud a los afiliados y por otra posibiliten una administración eficiente a las EPS para un manejo razonable del riesgo de un grupo poblacional, frente a las particularidades geográficas y demográficas y culturales de una zona determinada.

Las Aseguradoras y Administradoras de Servicios de Salud en el Régimen Subsidiado serán las Entidades Promotoras de Salud. Las Administradoras del Régimen Subsidiado autorizadas por el decreto 1804 de 1999 deberán asimilarse a las Entidades Promotoras de Salud en cuanto a sus requisitos de operación y funcionamiento en un plazo de dos años.

La Superintendencia de Salud elaborará el cronograma que estas entidades deben seguir para igualar los requisitos de las EPS, sin los cuales no podrán operar. A partir del presente

decreto y hasta que se homologuen los requisitos se denominarán Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.

DIRECCION DEL REGIMEN SUBSIDIADO A NIVEL NACIONAL.

La dirección, del régimen subsidiado del Sistema General de seguridad Social en Salud, corresponde a la Nación, quien la ejercerá a través del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL

La Superintendencia Nacional de salud tendrá a cargo la vigilancia y control del Régimen Subsidiado en todo el territorio nacional y de las Entidades Promotoras de Salud que operen el régimen Subsidiado.

Las EPS que operan el régimen contributivo no requerirán autorización adicional por parte de la Superintendencia para operar el Régimen subsidiado, pero deberán cumplir las obligaciones relativas al manejo independiente de los recursos del Régimen Subsidiado y al Sistema de Información correspondiente, que fijen el Gobierno Nacional, el Ministerio de Salud o la Superintendencia Nacional de Salud.

Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud autorizar o revocar el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud e igualmente será la única entidad autorizada para exigir su información financiera y para la imposición de sanciones pecuniarias a las EPS.

DIRECCIÓN DEL REGIMEN SUBSIDIADO A NIVEL DEPARTAMENTAL y DISTRITAL.

La dirección del régimen subsidiado del Sistema General de seguridad Social en Salud a nivel departamental y Distrital corresponde al Gobierno Departamental o Distrital, quien la ejercerá a través de la Dirección Departamental o Distrital de Salud y al Consejo Departamental o Distrital de Seguridad Social en Salud, de conformidad con las normas y orientaciones expedidas por el Gobierno Nacional, Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;

Los distritos deberán adicionalmente contratar con las EPS el aseguramiento y la administración de servicios de salud de su población pobre.

INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL A NIVEL DEPARTAMENTAL Y DISTRITAL.

Las Direcciones Seccionales de Salud tendrán entre sus funciones la vigilancia y control del Régimen Subsidiado en el correspondiente territorio y de las Entidades Promotoras de Salud que operen el régimen Subsidiado en su territorio.

Las Direcciones Seccionales y Distritales podrán Otorgar o Revocar a las Entidades Promotoras de Salud el permiso de operación del Régimen Subsidiado en sus departamentos o distritos, permiso de operación que será adicional y complementario a la autorización nacional expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Direcciones seccionales y distritales no están autorizadas para la imposición de sanciones pecuniarias a las EPS, las que deberán solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud.

DIRECCIÓN DEL REGIMEN SUBSIDIADO A NIVEL MUNICIPAL..

La dirección del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel municipal corresponde al Gobierno municipal, como dirección local de salud, quien la ejercerá a través de la respectiva organización administrativa municipal y el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud. La Administración municipal velará por la identificación de la población pobre beneficiaria de subsidios y su afiliación al Régimen Subsidiado, de conformidad con las normas y orientaciones expedidas por el Gobierno Nacional, Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, así como las disposiciones y planes departamentales para la operación del Régimen.

VIGILANCIA Y CONTROL A NIVEL MUNICIPAL.

Las Direcciones Locales de Salud tendrán entre sus funciones la vigilancia y control del Régimen Subsidiado en el correspondiente territorio, así como de las Entidades Promotoras de Salud, con las que contraten la afiliación de su población pobre, a través de procesos de participación social, para lo cual debe fomentar las correspondientes organizaciones comunitarias.

Estas organizaciones deben remitir sus informes periódicos al Consejo Municipal de Seguridad Social.

Las Alcaldías municipales no están autorizadas para la imposición de sanciones pecuniarias o de otro tipo a las EPS, las que deberán solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud, salvo aquellas por incumplimiento del contrato pactadas en los contratos colectivos de afiliación, incluida la caducidad, de las que, en caso de ser aplicadas, deberán informar a las Direcciones Seccionales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud

FACULTAD DE INTERVENCIÓN

El Ministerio de Salud podrá intervenir el servicio público de salud en los departamentos y distritos y por tanto a las Direcciones Seccionales o Distritales de Salud cuando se presenten serias regularidades en la operación del Régimen Subsidiado en el respectivo territorio.

Las Direcciones Seccionales de Salud están facultadas para intervenir el servicio público de salud en los municipios de su respectivo territorio y por tanto a las Direcciones Locales de Salud, administraciones municipales y Fondos de salud en lo relativo al servicio público de salud cuando se presenten serias regularidades en la operación del Régimen Subsidiado en el respectivo territorio.

La intervención podrá ser recomendada por los Consejos Territoriales de Seguridad Social.

CONCURSO.

Las Direcciones Seccionales y Distritales de Salud deberán realizar cada cuatro años un concurso para autorizar a las EPS a operar en distintas partes de su territorio el Régimen Subsidiado, a fin de lograr condiciones de operación que garanticen una administración eficiente del aseguramiento y la administración de servicios de salud, e igualmente garanticen la accesibilidad, suficiencia y calidad de los servicios a los afiliados, así como la adecuación de las acciones preventivas y los sistemas de referencia de pacientes a las condiciones regionales.

El primero será convocado en Octubre de 2001 para la contratación que inicia en Abril de 2002.

ZONAS DE OPERACIÓN DEL REGIMEN SUBSIDIADO

Para garantizar una administración eficiente a las EPS y un manejo razonable del riesgo de un grupo poblacional, así como los principios de universalidad, solidaridad, eficiencia y control social, frente a las particularidades geográficas y demográficas y culturales, las direcciones seccionales autorizarán la operación a las EPS en zonas geográficas supramunicipales, provinciales o departamentales, que incluyan cuando menos el municipio cabecera de provincia y sede de un hospital de segundo nivel de atención junto con los municipios que por razones económicas y viales, así como de oferta de servicios, pertenezcan a su zona de influencia.

Pueden incluir igualmente en cada zona la capital del departamento, o la sede del tercer nivel de atención o complejidad siempre y cuando esté en el mismo departamento.

Las direcciones distritales podrán autorizar la operación en zonas urbanas y rurales concentradas bajo la racionalidad de las redes de servicios o en toda el área distrital, si existen condiciones de competencia. En cualquiera de los casos deberán informar ampliamente a los usuarios.

Número de EPS autorizadas para una zona de operación: para garantizar la competencia, las direcciones seccionales deberán autorizar como mínimo dos EPS para una zona de operación y como máximo tres, si la población de la zona no supera los 120.000 habitantes o los 60.000 habitantes con Necesidades Básicas Insatisfechas, para asegurar una administración rentable en la zona.

Si se adjudican zonas con mayor población para la operación de las EPS pueden permitir que entren a competir por la zona otras EPS en correspondencia proporcional a la mayor población.

SELECCION E INSCRIPCION DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE SUBSIDIOS.

Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud seleccionarán mediante acto administrativo a las entidades administradoras de subsidios autorizadas para cada zona, previo concepto favorable de la Junta de Licitaciones o adquisiciones o del órgano que haga sus veces.

Para dar inicio al concurso, a más tardar la tercera semana de Octubre, las direcciones seccionales y distritales de salud convocarán públicamente a inscripción a todas las EPS interesadas, inscripción que estará abierta como mínimo por un periodo de dos semanas, durante el cual entregarán el pliego de condiciones gratuito sobre las condiciones de operación en las zonas establecidas por las cuales pueden concursar.

Las EPS inscritas pueden solicitar autorización de operación para cuantas zonas deseen y pueden igualmente solicitar toda la información adicional que deseen y esté disponible, así como sobre las expectativas de las direcciones seccionales durante las dos semanas siguientes al periodo de inscripción.

La única condición exigible por las direcciones seccionales para la inscripción de las EPS es que estén debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, con Resolución Vigente.

PRESENTACIÓN DE OFERTAS:

Las EPS deberán presentar propuesta para el aseguramiento y la administración de los servicios de salud a los afiliados del Régimen Subsidiado por cada una de las zonas que aspiren a administrar, el primer día hábil siguiente a las dos semanas de información adicional. Las ofertas deberán estar dirigidas al Director Seccional o Distrital de Salud.

REQUISITOS DE LAS OFERTAS

Las EPS deberán acreditar y comprometerse a mantener durante los cuatro años autorizados de operación, una red de servicios que les permita prestar los servicios definidos en el POS-S y garantizar a los afiliados, accesibilidad, suficiencia y calidad en la prestación de servicios. Incluye seguro o reaseguro de alto costo de acuerdo con la norma vigente, acreditación de las IPS que conforman la red, sistemas de referencia y contrarreferencia, sistema de calidad, sistemas de información y atención al usuario, mecanismos de participación social y programas de promoción y prevención adecuados a los planes departamentales de salud.

Las EPS podrán incluir cuantos valores agregados deseen al sistema de administración de servicios de salud en la oferta para los afiliados de la zona para la que concursa.

EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS:

La junta de licitaciones calificará las ofertas en orden de mayor a menor puntaje para cada zona, sobre la evaluación de las ofertas, con criterio técnico y sobre la base del conocimiento sobre la prestación de servicios y las IPS de las zonas específicas y decidirá, de conformidad con las condiciones poblacionales de la misma si autoriza a dos o más EPS para operar en cada zona.

Los resultados del proceso de selección deberán darse a conocer en audiencia pública durante la segunda semana de Diciembre y a partir de Enero se dará inicio al proceso de afiliación en los municipios.

JUNTA DE LICITACIONES.

Esta Junta o el órgano que haga sus veces, deberá estar integrada en la manera en que lo determine la administración departamental o distrital.

De todas formas, para autorizar la operación de EPS en el Régimen Subsidiado deberá contar con un representante de los alcaldes de cada zona que se va a autorizar, al igual que con un representante de los afiliados al régimen subsidiado en dicha zona, que será elegido por el Gobernador del Departamento o Alcalde del Distrito, según sea el caso, de terna presentada por los Comités de Participación de la Comunidad, las Asociaciones de Usuarios y las Veedurías comunitarias.

INSUFICIENCIA DE EPS

Si para una determinada zona como producto del proceso no resultaren autorizados al menos dos EPS, el departamento o distrito permitirá operar a la EPS autorizada, junto con una EPS que haya sido autorizada para zonas vecinas geográficamente, la que podrá escoger libremente, y que podrá seguir operando en la nueva zona definida por el término de un año.

La Dirección seccional procederá a reabrir el concurso para nuevas EPS en la zona cumplido el año del anterior proceso licitatorio. En caso de que ninguna EPS fuera autorizada en el concurso, el Gobernador o Alcalde podrá autorizar para operar en la nueva zona por un año a cualquiera o varias de las EPS autorizadas para zonas geográficas vecinas.

Si ninguna acepta deberá organizar el aseguramiento de la población pobre a través de la Dirección seccional o distrital de salud por el término de un año.

En cualquiera de los casos contemplado en el artículo anterior, el Departamento o Distrito deberá enviar al Ministerio de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud un documento detallado explicatorio del proceso y las razones de que una sólo o ninguna EPS haya propuesto o haya sido aceptada para operar en la zona, en el término de 30 días.

El Ministerio de Salud y la Superintendencia deberán estudiar el caso y hacer las sugerencias respectivas de modificación o anexión de la zona de resultar poco atractiva o no rentable para las EPS, modificación de los requisitos exigidos por la dirección seccional o distrital, o la utilización de una UPC diferencial aprobada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

LIBRE ELECCIÓN DE EPS.

Una vez publicadas las EPS autorizadas para operar en una zona geográfica, las direcciones seccionales de salud comunicarán a los municipios sobre las entidades que sus ciudadanos podrán seleccionar y la alcaldía organizará entre Enero 15 y Febrero 28 actos públicos en los barrios y veredas, con la presencia de todas las EPS autorizadas para operar en la zona, con el fin de que las familias que van a ser subsidiadas en el siguiente período anual escojan libremente su EPS.

Se prohíbe el mercadeo puerta a puerta en el Régimen Subsidiado.

AFILIACIÓN FAMILIAR.

Los municipios deberán seleccionar núcleos familiares completos para la afiliación al Régimen Subsidiado. Si las EPS comprueben que más del 10% de la afiliación no es familiar podrán exigir a los municipios el pago de una UPC diferencial, proporcional a la del Régimen Contributivo para la siguiente vigencia.

LIBERTAD PARA CAMBIAR DE EPS.

Una vez cada seis meses los distritos y municipios darán libertad a todas las familias afiliadas al Régimen Subsidiado de cambiar de EPS, entre las autorizadas a operar en la zona, en acto público en cada barrio y vereda similar al de la libre elección inicial de EPS.

CONTRATACIÓN DEL ASEGURAMIENTO.

Los distritos y municipios celebrarán contratos de afiliación colectiva al Régimen Subsidiado con las EPS autorizadas a operar en la zona, de acuerdo con el proceso de libre elección que los beneficiarios de subsidios elijan. Los contratos incluirán obligatoriamente mecanismos tendientes a prever que todos los niños que nazcan en los grupos familiares afiliados al Régimen Subsidiado queden automáticamente afiliados.

TARIFAS.

Las tarifas autorizadas para la contratación de prestación de servicios de salud dentro del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud serán reguladas por el Ministerio de Salud tanto para las atenciones del primer nivel de complejidad como para las relacionadas con las enfermedades de alto costo definidas por el CNSSS.

Serán de libre negociación entre las partes las correspondientes al segundo y tercer nivel de complejidad, pero en caso de no llegar a acuerdo las partes se aplicarán las tarifas oficiales de referencia.

SUBCONTRATACIÓN Y PROHIBICIÓN DE TRASLADAR EL RIESGO FINANCIERO A LAS IPS.

Se prohíbe a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud subcontratar más del 20% del valor de los servicios contratados.

Se prohíbe a las EPS trasladar el riesgo financiero a las IPS mediante contratos de capitación, salvo en el primer nivel de atención ambulatoria, donde la capitación y el riesgo compartido será regulado en sus contenidos y tarifas por el Ministerio de Salud.

Las direcciones seccionales y distritales de salud solicitarán a la Superintendencia Nacional de Salud las sanciones correspondientes a las IPS y EPS que incurran en este tipo de prácticas dirigidas a no asumir la responsabilidad propia de las entidades o asumida en los contratos y que afectan la calidad de los servicios.

SEPARACIÓN DE NEGOCIOS.

En la operación del Régimen Subsidiado la administración de servicios de salud y la prestación de los servicios serán actividades claramente diferenciadas, a fin de garantizar la libre elección del afiliado y evitar mecanismos de competencia desleal.

Las EPS no podrán prestar servicios a través de IPS de su propiedad, salvo que estas cuenten con autonomía administrativa y su dirección no responda jerárquicamente al mando a las directivas de la EPS.

PROCESO DE CALIDAD

Las Direcciones Seccionales de Salud organizarán un proceso de seguimiento sobre los procesos de calidad de las EPS que operan el Régimen Subsidiado en su territorio y las IPS contratadas por estas en busca de asegurar el desarrollo de procesos estandarizados de prestación de servicios que aseguren la calidad de la atención médica.

PROMOCION y PREVENCIÓN:

Las EPS que operen en el Régimen Subsidiado están obligadas a coordinar con las direcciones seccionales y distritales de salud los programas de promoción y prevención y las actividades de demanda inducida.

INFORMACIÓN:

Las EPS que operen en el Régimen Subsidiado deberán rendir la información sobre todos los servicios prestados y la morbilidad encontrada a las Direcciones Seccionales o Distritales de Salud. Se exceptúa la información financiera.

5.4.2 La expedición de la Ley 715

Cabe destacar en primer lugar que el Proyecto hasta aquí desarrollado fue un insumo importante para el proyecto de Ley presentado por el Departamento Nacional de Planeación al Congreso, que finalizó en la expedición de la Ley 715 de 2001.

Los funcionarios del DNP, especialmente el Jefe actual de la División de Salud; José Fernando Arias, asumieron importantes recomendaciones del proyecto. Quizá la más importante el entender que al delegar el Estado un servicio público su obligación de vigilar y controlar la eficiencia y calidad en la prestación del mismo se incrementa.

De hecho, en la Ley 715 se destaca en consonancia con la propuesta de contratación, la competencia asignada a los departamentos en Vigilancia y Control en el aseguramiento: *"Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993."*

Este artículo va a exigir una reglamentación juiciosa, porque es necesario separar las funciones de vigilancia y control que corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud y a las Direcciones Seccionales. Preferiblemente la Superintendencia debe conservar la vigilancia sobre la función de aseguramiento (financiera) y los departamentos podrían concentrarse en vigilar la función de agencia, es decir la prestación servicios oportunos y de calidad a los afiliados en su territorio.

Igualmente el hecho de devolverle a las direcciones de salud de los Departamentos, Distritos y Municipios la responsabilidad del Sistema de Información Integral en Salud, obliga a que las EPS y ARS tengan que presentar información sobre servicios prestados y morbimortalidad a las Direcciones Territoriales, lo que permitirá nuevamente un verdadero proceso de planeación de salud en los territorios y posibilitará las acciones de Vigilancia y Control.

La intencionalidad previa de suprimir la entrega de información a los territorios y centralizar la vigilancia y control para que las entidades privadas sólo le respondieran a un organismo nacional de control hacía parte de la intencionalidad de reducir la intervención del Estado sobre un servicio que se consideraba privatizado.

La expedición de la Ley 715 y la necesidad por tanto de separar las responsabilidades en Vigilancia y Control de las Direcciones Seccionales de Salud y la Superintendencia produjo un nuevo ejercicio para determinar las obligaciones de las ARS y separar las funciones de asegurador de las funciones de agencia, conforme al desarrollo teórico previo del proyecto.

5.4.3 Obligaciones de las ARS

➤ **Obligaciones en la Promoción de la afiliación a la Seguridad Social**

Colaborar con las autoridades del Estado, a nivel Nacional, Departamental y Municipal, en los procesos de afiliación al Régimen Subsidiado y ampliación de cobertura, conforme a las normas y políticas establecidas.

Instruir a la ciudadanía y a las autoridades locales sobre la seguridad social y los principios constitucionales y legales que la enmarcan, así como sobre la legislación vigente. Garantizar el derecho a la seguridad social de los niños hijos de sus afiliadas.

Brindar información correcta y suficiente sobre su entidad a cualquier ciudadano que la requiera durante los procesos de selección de ARS. Utilizar únicamente la publicidad autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud.

Denunciar a los funcionarios públicos que pretendan condiciones extralegales para permitir la afiliación de los ciudadanos, en especial las exigencias sobre los dineros destinados para la seguridad social de los ciudadanos de menores recursos.

➤ **Obligaciones relativas al aseguramiento**

Proteger la integridad de los recursos destinados a la seguridad social en salud de sus afiliados denunciando cualquier utilización indebida por parte de las autoridades territoriales o cualquier demora en su giro normal que afecte a la entidad o a otros actores del sistema.

Proteger los principios del aseguramiento en cuanto a que la afiliación se realice estrictamente por núcleos familiares y se eviten fenómenos de excesiva concentración del riesgo o selección adversa del mismo.

Cooperar con las autoridades municipales en la actualización de las bases de datos y la gestión de los afiliados, que incluye la obligación de la búsqueda activa y notificación de novedades en las familias afiliadas. Asimismo sobre el cambio de condición laboral o económica de los afiliados y su tránsito al Régimen Contributivo o regímenes de excepción y su regreso a la condición de subsidiado.

Carnetizar oportunamente a todos los afiliados para garantizar el acceso efectivo a los servicios y procurar igualmente a las IPS que les presten servicios los listados de afiliados con la periodicidad adecuada para facilitar su identificación.

Cubrir la atención de los riesgos determinados en el Plan Obligatorio de Salud con los recursos recibidos, de conformidad con las necesidades en salud de cada afiliado, con base en el principio de la seguridad social de que el riesgo de cualquiera de los afiliados y el costo de su atención se distribuye por igual entre todos los afiliados de la entidad y sus respectivas UPC, sin barreras geográficas, de edad, sexo o cualquiera otra condición social o de salud.

Atendiendo al principio anterior, participar en la distribución equitativa del riesgo relacionado con enfermedades de alto costo con el resto del Sistema, de conformidad con lo que establezcan las normas legales o reglamentarias.

No establecer barreras de acceso a los servicios de salud para disminuir la utilización de los mismos y por tanto el costo, salvo las recomendadas en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y las normas y políticas del SGSSS. No ofrecer ni pagar ningún premio o incentivo a los profesionales de la salud, demás trabajadores o instituciones por reducir o no brindar atención a los afiliados.

No permitir la subcontratación de servicios de salud salvo que sea estrictamente necesaria, para evitar intermediaciones que no agregan valor al aseguramiento y si reducen los recursos efectivos para la prestación de los servicios de salud a los afiliados.

Pagar oportunamente a los prestadores de servicios y no otorgar ninguna preferencia en el orden de los pagos a ninguna IPS, por lo cual deberá contar con un consecutivo de radicación y pago de cuentas que ofrezca condiciones de seguridad, el cual estará disponible para todas las entidades contratadas, las autoridades y cualquier ciudadano que exija su revisión.

Capacitar a sus funcionarios en los procesos de contratación y en sistemas de auditoría inteligentes que disminuyan los tiempos de revisión de cuentas y formulación de glosas, de tal modo que se pague oportunamente a los prestadores. En caso contrario reconocer los intereses moratorios comercialmente aprobados.

Garantizar el margen de solvencia y la suficiencia patrimonial que exija la norma legal para la operación en el territorio nacional con un determinado número de afiliados. Cumplir igualmente las normas sobre número mínimo de afiliados.

Disponer del sistema de información adecuado para determinar la utilización de los servicios por parte de cada afiliado, los costos de los mismos, los riesgos en orden de incidencia y prevalencia por grupos de edad y zona geográfica. Entregar periódicamente toda la información que requiera la autoridad territorial en términos de morbilidad y servicios. Igualmente suministrar a la Superintendencia Nacional de Salud toda la información requerida sobre riesgos atendidos, gastos, costos y balances.

➤ **Obligaciones relativas a la función de agencia**

Procurar para sus afiliados en cada región del país la mejor red de servicios posible para garantizar la accesibilidad a la prestación de los servicios del POS en óptimas condiciones de suficiencia, oportunidad y calidad. Representarlos ante las IPS.

Organizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre los distintos niveles de atención o complejidad, de tal modo que se garantice la accesibilidad real y oportuna de los afiliados a los servicios que requieran según el concepto médico y atendiendo igualmente sus limitaciones económicas o culturales para los desplazamientos a otras ciudades, en colaboración con los entes territoriales. Desarrollar la sistematización de este servicio y su operación en línea o mediante mecanismos ágiles de comunicaciones. Gestionar cupos y citas previamente a la remisión del paciente.

Desarrollar la contratación con las instituciones prestadoras de servicios en los términos excepcionales que garanticen la suficiencia, oportunidad y calidad en la prestación de servicios a sus afiliados, asegurándolos adicionalmente contra errores en la práctica médica. Tomar las previsiones para sustituir o complementar cualquier deficiencia de los servicios contratados por parte de las IPS.

Presentar a las direcciones seccionales y locales de salud periódicamente información completa sobre la red de servicios y el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes. Entregar a los afiliados la guía de servicios del usuario.

Exigir la declaración de requisitos esenciales a las IPS para todos los servicios a contratar y denunciar el incumplimiento de los mismos ante las direcciones seccionales de salud. Asimismo dejar constancia en los contratos de los protocolos de atención aprobados en cada entidad.

Contar con un Sistema de Calidad y la Auditoria Médica en la red de servicios, conforme a la normatividad legal, en procura de defender permanentemente al usuario y asegurarle la mejor atención posible.

Contar con un sistema de información y atención al usuario capaz de operar 24 horas en todos los municipios que preste servicios la ARS. Informar debidamente al usuario sobre sus necesidades de salud y la forma adecuada de atenderlas.

Contar con un sistema de quejas y soluciones sistematizado y disponible para las autoridades o cualquier ciudadano que lo requiera, donde quede constancia de todas las quejas y reclamos recibidos, así como de las medidas tomadas al respecto.

Promover las asociaciones de usuarios de conformidad con las normas vigentes. Capacitar a los afiliados sobre sus derechos y deberes.

Presentar a las direcciones seccionales y locales de salud, al igual que a la Superintendencia Nacional de Salud, periódicamente información completa sobre el sistema de calidad y las quejas y reclamos de los correspondientes afiliados.

➤ **Obligaciones relativas a la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad**

Identificar la morbilidad y mortalidad predominante en cada región en que opere la ARS

Determinar los principales riesgos de salud por grupos de edad y sexo en cada zonas geográficas de operación.

Identificar los grupos en mayor riesgo de enfermar o morir.

Educar a los afiliados sobre los principales riesgos para su salud teniendo en cuenta sus condiciones socioculturales y sus organizaciones comunitarias.

Armonizar los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de los afiliados con las condiciones propias de las regiones y las políticas y planes de las autoridades territoriales de salud.

Colaborar con las actividades contingentes que se requieran en un territorio y organicen las entidades territoriales frente a situaciones epidémicas o de incremento inusual del riesgo.

Cumplir las actividades de demanda inducida de conformidad con las normas vigentes.

Presentar a las direcciones territoriales de salud información periódica sobre las actividades realizadas en promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la población de su jurisdicción, y la correspondiente al nivel nacional.

5.4.4 Consideraciones finales

Este desarrollo, que podía traducirse en una Resolución complementaria al Decreto modificadorio del 1804 de 1999, permite sacar de la generalidad existente hasta ahora las obligaciones de las aseguradoras del Régimen Subsidiado y Contributivo, para posibilitar una efectiva vigilancia y control de su gestión.

A partir de estas consideraciones igualmente se revisa al articulado relacionado con contratación propuesto para la reglamentación de la Ley 715. Sin embargo, en principio se recomendaba para complementar la necesaria eficiencia exigida por la Ley y su exposición de motivos al Régimen Subsidiado, pero después de este desarrollo fue fácil observar que el articulado debería integrarse al Decreto de Vigilancia y Control, para el cual el Gobierno tiene amplias facultades.

Cabe señalar que la discusión teórica del proyecto concluyó en el hecho de que cuando no existen condiciones de mercado que aseguren que la competencia es capaz por sí misma de garantizar la calidad en la prestación de un servicio, lo recomendado por los teóricos de la economía es el establecimiento de controles ex – ante, mediante licitaciones y contratos que determinen las obligaciones del contratista con precisión y se garantice por esta vía la prestación del servicio en condiciones de calidad.