

**DOCUMENTO DEL DIAGNÓSTICO CON EL
ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA OPERACIÓN
ACTUAL DE LOS RÉGIMENES CONTRIBUTIVO
Y SUBSIDIADO**

Documento Técnico GPES/1761D - 16

Bogotá, Enero de 2016

Proyecto

“Determinar las implicaciones operativas,
financieras y normativas de una eventual
unificación de los regímenes Contributivo y
Subsidiado del Sistema General de Seguridad
Social en Salud”

Coordinador del Proyecto

Enrique Peñaloza Quintero¹

Autores

Stephanie Puerto García ⁽²⁾

Julián Gonzalez Escallon ⁽³⁾

Andrés Suárez González ⁽⁴⁾

¹. Profesor Asociado. Pontificia Universidad Javeriana. ISP.
² Consultora, Cendex. Pontificia Universidad Javeriana.
³ Consultor proyecto, Cendex.
⁴ Asistente de investigación.

TABLA DE CONTENIDO

<u>1 UNA LECTURA SOBRE EL ACCESO DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO: PUNTOS CLAVE DEL SISTEMA CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO</u>	6
1.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS ASEGURADORES	6
1.1.1 REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PARA LA OPERACIÓN EPS EN RÉGIMEN SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO.	6
A. REQUISITOS PARA LA CONFORMACIÓN RED DE PRESTADORES EN RÉGIMEN SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO.	8
1.2 ASPECTOS OPERATIVOS DE LA AFILIACIÓN	9
1.2.1 REQUISITOS PAGO UPC- RECAUDO – CUENTAS MAESTRAS EN RÉGIMEN SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO.	10
1.2.2 FUENTES DE FINANCIAMIENTO Y FLUJO DE RECURSOS	13
1.3 MARCO INSTITUCIONAL DE CADA RÉGIMEN	17
1.4 ARTICULACIÓN DE ASEGURADORES CON LA RED PÚBLICA Y PRIVADA E INTEGRACIÓN VERTICAL	18
<u>2 CARACTERIZACIÓN DE LOS ASEGURADORES</u>	20
2.1 UNIVERSALIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO	23
2.2 GRUPOS EMPRESARIALES	30
2.3 PRESTACIONES ECONÓMICAS	30
<u>3 AFILIACIÓN Y ÁMBITOS GEOGRÁFICOS DE OPERACIÓN</u>	32
3.1 SUFICIENCIA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (SUFICIENCIA Y LA ARTICULACIÓN DE LAS REDES ENTRE ASEGURADORES Y LA RED PÚBLICA Y PRIVADA)	38
<u>4 FUENTES DE FINANCIAMIENTO Y FLUJO DE RECURSOS EN LOS RÉGIMENES DE AFILIACIÓN</u>	40
4.1 FUENTES DE FINANCIAMIENTO Y FLUJO DE RECURSOS	42
4.1.1 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	42
4.1.2 FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA RÉGIMEN SUBSIDIADO	44
4.2 CUENTAS MAESTRAS	47

5	<u>HABILITACIÓN FINANCIERA DE LOS ASEGURADORES</u>	49
5.1.1	MARGEN DE SOLVENCIA EPS	52
6	<u>PROCESOS DE PAGO DE LA UPC</u>	57
7	<u>CONTRATACIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</u>	60
8	<u>MANEJO UNIFICADO DE LOS RECURSOS DESTINADOS A LA FINANCIACIÓN DEL SGSSS</u>	62
9	<u>INTEGRACIÓN VERTICAL ENTRE ASEGURADORES Y PRESTADORES</u>	64
9.1	MEDICIÓN INTEGRACIÓN VERTICAL EN SALUD	66
10	<u>CONCLUSIONES</u>	68
11	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	68
12	<u>ABREVIACIONES</u>	77
13	<u>GLOSARIO</u>	78
14	<u>ANEXOS</u>	80
14.1	COMPORTAMIENTO AFILIACIÓN SGSSS	80
14.2	EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	80
14.3	ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	81
14.4	NÚMERO DE AFILIACIÓN RÉGIMEN SUBSIDIADO POR EPS, 2009 -2016	81
14.5	NÚMERO DE AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO POR EPS, 2009 -2016	85
14.6	INTERVENCIONES FORZOSAS ADMINISTRATIVAS	89
14.7	ZONAS GEOGRÁFICAS DE OPERACIÓN DE LAS EPS	90
14.8	MAPA DE LAS ZONAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. REDES DE GESTIÓN	96

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Presencia de las EPS a nivel departamental	34
Tabla 2. Zonas de gestión sanitaria	38
Tabla 3. Número de camas por 1.000 habitantes	39
Tabla 4. Resultado Superavitario de Solvencia por Régimen	52
Tabla 5. Resultado Deficitario de Solvencia por Régimen	53
Tabla 6. Entidades integradas verticalmente	67

ÍNDICE DE GRÁFICA

Gráfica 1. Afiliados al SGSSS en el período de 2000-2015	25
Gráfica 2. Número de afiliados al régimen subsidiado según EPS, 2015.	iError! Marcador no definido.
Gráfica 3. Afiliados al régimen contributivo según EPS para el año 2015	27
Gráfica 4. Cobertura de afiliación a nivel departamental, 2014	33
Gráfica 5. Distribución de la afiliación, por regiones I, 2014	36
Gráfica 6. Distribución de la afiliación, por regiones II, 2014	iError! Marcador no definido.
Gráfica 7. Gasto total en salud como porcentaje del PIB	40
Gráfica 8. Crecimiento del gasto en salud en pesos colombianos y su porcentaje del PIB	41
Gráfica 9. Margen de solvencia EPS del régimen contributivo a Junio de 2015 (MM\$ COP)	54
Gráfica 10. Margen de solvencia EPS del régimen subsidiado a Junio de 2015 (MM\$ COP)	55
Gráfica 11. Margen de solvencia EPS de ambos regímenes a Junio de 2015 (MM\$ COP)	55

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1. Flujo de recursos	iError! Marcador no definido.
Diagrama 2. Composición del CREE	43
Diagrama 3: Fuentes y flujo de recursos en el régimen contributivo	44
Diagrama 4: Fuentes y flujo de recursos en el régimen subsidiado	47

1 UNA LECTURA SOBRE EL ACCESO DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO: PUNTOS CLAVE DEL SISTEMA CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO

1.1 Caracterización de los aseguradores

1.1.1 Requisitos de autorización para la operación EPS en régimen subsidiado y contributivo.

Para su operación las Empresas Promotoras de Salud (en adelante EPS) requieren algunos mínimos establecidos en el Decreto 1485 de 1994, que dispone de qué manera tiene que organizarse societaria y financieramente una persona jurídica que quiera prestar el servicio de salud. Ahora bien, debe tenerse en cuenta de acuerdo con lo anteriormente anotado, que este tipo de Decretos perderían su fuerza normativa de haber un cambio legislativo en materia de salud, en particular de la manera en la cual se encuentra estructurado el sistema. Lo anterior adquiere especial relevancia si se tiene en cuenta el intento más reciente de la ley ordinaria que regula la salud en Colombia que buscaba organizar el sistema en los llamados "Gestores de Servicios de Salud"⁵; ahora bien, con esta salvedad, lo que actualmente prevé el ordenamiento para la autorización está contenido en el artículo tercero del Decreto 1485 mencionado del siguiente modo:

"Las personas jurídicas que pretendan actuar como Entidades Promotoras de Salud deberán obtener el respectivo certificado de funcionamiento que expedirá la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo previsto en el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud".

El mencionado Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud fue de cualquier modo, declarado inexecutable por la Corte Constitucional mediante la sentencia C-255 de 1995, dado que dicho Estatuto fue expedido mediante facultades extraordinarias conferidas al Presidente. La Corte en su análisis encontró que dicho cuerpo normativo era un verdadero código, y por lo tanto era necesario para su debido trámite que fuera expedido por el Congreso de la República.

Ahora bien, para obtener dicho certificado de funcionamiento debe diligenciarse a la Superintendencia Nacional de Salud una solicitud que contenga lo siguiente: (i) Un estudio de factibilidad que demuestre la viabilidad financiera y un proyecto de

⁵. Artículo 20 de la ley ordinaria, literal b: "Los Gestores de Servicios de Salud son los agentes responsables de la organización y gestión de las prestaciones individuales, quienes coordinarán con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en el territorio para la consecución de resultados en salud de la población. Las prestaciones individuales serán realizadas mediante la conformación de Redes de Prestación de Servicios de Salud" Lo anotado no implica necesariamente un cambio en el decreto, pero es necesario considerar la variable en términos del cambio en el ordenamiento jurídico.

presupuesto para el primer año de funcionamiento, (ii) un monto de capital que no inferior a diez mil salarios mínimos legales mensuales vigentes, (iii) un listado de las Instituciones Prestadoras de Servicios por medio de las cuales se garantiza el cumplimiento del POS, de acuerdo a los volúmenes de afiliación proyectados, (iv) el número máximo de afiliados que podrían eventualmente atenderse de acuerdo a la capacidad inicialmente destinada para el efecto, sin perjuicio que dicho monto pueda ser modificado con posterioridad y (v) un documento que acredite que los estatutos de la sociedad han sido modificados de acuerdo a lo que el Decreto mencionado reclama. Adicionalmente, y en el entendido que la normativa autoriza a las aseguradoras a prestar el servicio de EPS, se requiere autorización de la Superintendencia bancaria (ahora Superintendencia Financiera).

De otra parte, la Superintendencia de Salud se reserva la potestad de pedir cualquier otra información adicional que encuentre relevante con el fin de expedir la autorización. Si los criterios en principio se encuentran cumplidos, la Superintendencia publica en un diario de circulación amplia los datos esenciales de la solicitud. Este aviso debe realizarse dos veces, por cuenta de los interesados, y en ese momento pueden realizarse oposiciones a la solicitud, que será enviada al solicitante de inmediato si se da el caso. Una vez cumplido este trámite, el superintendente de salud tiene 30 días hábiles para resolver sobre la solicitud.

Esta autorización, debe ser cabalmente cumplida por cualquier persona o personas que deseen iniciar una EPS de naturaleza privada, indistintamente al régimen de afiliación al que prestarían sus servicios. Dice el artículo segundo del Decreto 1485:

"Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:

*Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, **bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado**, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios". (Subrayas y negrilla fuera del texto original)⁶.*

⁶. También vale la pena señalar que la Circular Externa No. 37 DE 1994 (agosto 5) de la Superintendencia Nacional de Salud, contiene detalladamente cada uno de los elementos que debe integrar la solicitud para obtener el certificado de funcionamiento de la EPS en cuanto a los requisitos técnicos.

- a. Requisitos para la conformación red de prestadores en régimen subsidiado y contributivo.

Por otro lado, los llamados Prestadores de Servicios de Salud den cumplir ciertos requisitos y encontrarse registrados, tal como lo señala el artículo 56 de la ley 715 de 2001:

"Todos los prestadores de servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica o nivel, de complejidad deberán demostrar ante el Ministerio de Salud o ante quien éste delegue, la capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y la capacidad técnico- administrativa, para la prestación del servicio a su cargo".

Este mandato se encuentra desarrollado en el Decreto 1011 De 2006 del Ministerio de Protección Social, el cual desarrolla el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante SOGCS). Este sistema es definido dentro del Decreto 1011 de la siguiente manera en su artículo sexto:

*"Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y **son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud** y las EAPB". (Subrayas y negrillas fuera del texto original).*

Este sistema le pide a los Prestadores de Servicios Cumplir tres tipos de condiciones: (i) De tipo financiera y patrimonial, que implican tener la solvencia económica para garantizar la prestación en el tiempo y a los ciudadanos que se acerquen a dicha entidad, (ii) de tipo técnico administrativa, que se basa en el cumplimiento de las normas sobre existencia y representación legal y sobre un sistema contable adecuado que permita el manejo del flujo de recursos y sus consecuencias. Por último (iii) el formulario de inscripción en el registro de especial de prestadores de servicios de salud, donde el prestador realiza una autoevaluación habiéndose constatado los otros requisitos. En este principio, quien realiza la evaluación al respecto del prestador puntal es la Entidad Departamental y Distrital de Salud, dependiendo de donde se preste el servicio.

Por último, este registro se unifica por parte del Ministerio de la Protección Social, en quien recae la obligación última de mantener actualizada la base de datos a nivel nacional, consolidando de acuerdo a los reportes que envíen las Entidades

Departamentales y Distritales de Salud. Una vez más, este requisito deben cumplirlo los Prestadores tanto de régimen contributivo como el de subsidiado.

1.2 Aspectos operativos de la afiliación

La afiliación a dicho servicio, es necesario destacar que el SGSSS pretendió crear mecanismos de compensación y solidaridad en virtud de los cuales el sector poblacional con capacidad de pago, perteneciente al denominado régimen contributivo, confluye a la subvención de la afiliación de la población que no cuenta con la capacidad de contribución plena, que hacer parte del denominado régimen subsidiado. La financiación de este proviene entonces, en adición a los referidos aportes, de los recursos procedentes de las Cajas de Compensación Familiar, del presupuesto nacional y de las contribuciones de los afiliados.

De este modo, una de las principales nociones en las que se sustenta el referido sistema es la introducción del régimen subsidiado de la seguridad social en salud, con el cual se pretendía lograr la ampliación de la cobertura del servicio a los sectores poblacionales que no cuentan con capacidad de contribución plena. La creación este régimen sustituyó la asistencia pública que otrora se sustentaba en subsidios a los presupuestos de los hospitales públicos, y actualmente incorpora a la población vulnerable a través de subsidios directos a la demanda que permiten vincular a la misma a entidades promotoras de salud.

Sin embargo, la incorporación de este modelo no tomó en consideración determinadas contingencias que resultan incompatibles con la concepción de la salud como derecho fundamental. Se trata de aquellos eventos en los cuales se deniega la atención médica, el suministro de algún procedimiento o medicina que no se encuentre incluido en el respectivo Plan Obligatorio de Salud de la entidad prestadora de salud a la cual se encuentra afiliado el paciente. En las circunstancias descritas y a pesar de los propósitos enunciados por la referida norma, el acceso a la prestación del servicio de salud queda sujeto a la capacidad de pago de la persona, lo cual evidencia las problemáticas a las que ha dado lugar la concepción de la salud como un asunto de aseguramiento privado, que responde a las condiciones propias del mercado.

Efectivamente, a pesar de que uno de los principales objetivos de esta norma consistía precisamente en regular el sistema de salud, garantizando las condiciones de acceso al mismo y la calidad en el servicio prestado, la concepción de la salud como una actividad propia del aseguramiento privado, incide en las condiciones de accesibilidad al servicio de salud –tanto como en la calidad en la prestación del

mismo- puesto que guarda una estrecha relación con la proveniencia de la afiliación del paciente.

Así entonces, las reformas al modelo de seguridad social en salud establecidas por medio de la Ley 100 de 1993 y los decretos reglamentarios que lo desarrollan, erigieron el SGSSS en torno a una serie de nociones a que ponen de presente la primacía de las reglas propias del ámbito mercantil sobre consideraciones de índole jurídico y constitucional, con respecto al carácter fundamental del derecho a la salud.

1.2.1 Requisitos pago UPC- recaudo – cuentas maestras en régimen subsidiado y contributivo.

La llamada Unidad de Pago por Capitación (UPC) es la prima que se paga a las EPS por cada afiliado que reciben, dependiendo si el mismo pertenece a régimen subsidiado o contributivo y el perfil epidemiológico, densidad de la población y otros factores. Esta UPC se calcula sobre la cotización efectivamente realizada al sistema. Para organizar los ingresos del SGSSS y los flujos de capital del mismo, se organizaron las llamadas *cuentas maestras* previstas en la ley 1122 de 2007 en su artículo 13, que dice:

"Flujo y protección de los recursos. Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:

a) El gasto de los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación causada y se girará, a las entidades territoriales por trimestre anticipado previo cumplimiento de la radicación de los contratos, la acreditación de cuentas maestras y el envío y cruce de la base de datos de los afiliados, sin que sean exigibles otros requisitos. El no cumplimiento oportuno de estos giros, generará las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a lo establecido en la ley. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público girará por trimestre anticipado los recursos que por Presupuesto Nacional le correspondan al Fosyga;

b) Todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas. Estas cuentas corresponderán al recaudo y al gasto en salud pública colectiva, régimen subsidiado de salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, con las excepciones

de algunos rubros que en salud pública colectiva o en prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, señale el Ministerio de la Protección Social”.

Al respecto de lo anterior, y con el fin de reglamentar las llamadas cuentas maestras, el Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución 3042 de 2007, en la cual se ordena a las Entidades Territoriales manejar cuatro subcuentas, Subcuenta de Régimen Subsidiado de Salud, Subcuenta de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda., Subcuenta de salud pública colectiva y Subcuenta de otros gastos en salud. A estas subcuentas, que la Resolución mencionada obliga a que sean manejadas como cuentas maestras, se le destinan recursos y gastos determinados. En lo tocante a régimen subsidiado, los ingresos son los mencionados en el artículo séptimo de la resolución, a saber:

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la financiación de la afiliación de la población pobre mediante subsidios a la demanda.
2. Los recursos que se asignen de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía para la afiliación de la población pobre mediante subsidios a la demanda.
3. Los recursos propios que las entidades territoriales destinen para la financiación del régimen subsidiado en la respectiva entidad territorial.
4. Los recursos del componente de propósito general del Sistema General de Participaciones, conforme a lo establecido en el párrafo tercero del artículo 48 de la Ley 715 de 2001.
5. Los recursos de rentas cedidas destinados para la afiliación de la población pobre mediante subsidios a la demanda que, como mínimo, deben corresponder a los porcentajes definidos en el literal c) del numeral 1 del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007.
6. Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA que, como mínimo, deben corresponder a los porcentajes definidos en el artículo 47 de la Ley 1151 de 2007.
7. Los recursos de regalías destinados al régimen subsidiado.
8. Los recursos de las cajas de compensación debidamente autorizadas para administrar los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, los cuales se adicionarán sin situación de fondos, en sus respectivos presupuestos, en el

monto correspondiente que vayan a contratar con la respectiva caja de compensación.

9. Los recursos aportados por los afiliados cuando hubiere lugar a ello, y los recursos aportados por los gremios, asociaciones y otras organizaciones quienes deberán girarlos al fondo de salud de acuerdo con lo pactado en los respectivos convenios.

10. Los recursos adicionales que a partir del año 2007 reciban los municipios, distritos y departamentos como participación y transferencias por concepto de impuesto de rentas sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana.

11. Los rendimientos financieros, los recursos del balance y demás ingresos que se generen a favor de la subcuenta.

12. Los recursos y aportes que a cualquier título se asignen o reciba directamente la entidad territorial para la financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda.

Los gastos de esta cuenta se encuentran en el artículo 11 de la misma resolución y son los siguientes:

1. La Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, UPCS, para garantizar el aseguramiento a través de contratos suscritos con las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado. Siempre deberá identificarse si son apropiaciones con o sin situación de fondos.

2. El 0.2% de los recursos del régimen subsidiado de los distritos y municipios destinados a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza las funciones de inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales.

3. Hasta el 0.4% de los recursos de esta subcuenta destinados a los servicios de interventoría del régimen subsidiado.

4. El pago a las Instituciones Prestadoras de Salud del valor correspondiente a las Unidades de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, UPCS, contratadas únicamente cuando la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado sea objeto de la medida de giro directo en los términos y condiciones señalados en el Decreto 3260 de 2004, o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Las demás subcuentas tienen un perfil distinto a esta primera del régimen subsidiado, ya que se encaminan a generar beneficios de índole más colectiva y de mejoramiento del sistema de salud a nivel territorial. La misma estructura de ingresos y gastos de las subcuentas se encuentran consignadas en esta misma

resolución, habilitando a los Entes Territoriales a usar los recursos en aspectos puntuales del mejoramiento del sistema o en casos de deuda o en pagos específicos. En general, se trata de dineros provenientes del régimen general de participaciones, recursos de regalías departamentales o de impuestos de suerte y azar a cargo de ETESA (ahora Coljuegos), rentas cedidas y del sector hidrocarburos. Como es posible observar, los requisitos de pago del régimen subsidiado dependen directamente de lo que la resolución 3042 autoriza en concreto. De estos recursos proviene la UPC del régimen subsidiado que se destina a las EPS-S.

En cuanto al régimen contributivo, el pago de la UPC proviene de las cotizaciones de los afiliados y su destinación a cada EPS.

1.2.2 Fuentes de financiamiento y flujo de recursos

De conformidad con la orientación de las políticas públicas que inspiraron la reforma al sistema de salud en Colombia, esta se estableció con la creación de los dos regímenes que lo componen: el subsidiado y el contributivo.

Este último fue ideado con la finalidad de que el aseguramiento en salud se constituyera en un mecanismo de protección de los riesgos individuales para la población que cuenta con la capacidad económica para costear la prestación del servicio a través de un aporte o prima proveniente de su salario, en el caso de los empleados con contrato laboral, o de sus ingresos mensuales corrientes, en el caso de quienes estén vinculados a través de un contrato de prestación de servicios.

En concordancia con lo anterior, es posible observar que el régimen contributivo puede ser caracterizado a partir del origen de los recursos, que en este caso permite la financiación a partir del aporte directo de los cotizantes. Esta porción de la población está constituida principalmente por trabajadores del sector privado y la modalidad bajo la cual se rigen sus aportes fue instituida en la reforma por medio de cuatro medidas que aún continúan constituyendo los cimientos de este régimen⁷.

En primer lugar, un aspecto a destacar de la reforma incorporada a partir de la ley 100 de 1993, es que la misma tuvo el propósito de aumentar los aportes para la seguridad social en salud de acuerdo con el denominado el ingreso base de cotización, el cual es estimado mediante un sistema de presunción de ingresos que cubre tanto al empleado como a su grupo familiar. De igual manera, la normatividad en la materia aumentó el aporte que el empleador legalmente estaba obligado a

⁷. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Procuraduría General de la Nación. Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2011

declarar, con el propósito de que se universalizara la práctica de la cotización en el mundo laboral⁸.

En segundo lugar, el diseño implementado por el SGSSS tuvo la finalidad de dar una apertura de mercado al sector de los seguros obligatorios en salud, incentivando la posibilidad de competir a empresas privadas con o sin ánimo de lucro, cooperativas y empresas de economía mixta, bajo la denominación de Entidades Promotoras de Salud (EPS).

En tercer lugar, es necesario destacar que se estableció un valor único promedio del seguro obligatorio anual (Unidad de Capitación Anual - UPC). Es decir, que se determinó el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, para cubrir las prestaciones incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), lo cual constituye el aporte del cual provienen los ingresos de las asegurados.

Finalmente, la normatividad contempló la creación de una entidad estatal reguladora del sector de la salud en Colombia, labor actualmente ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta cartera se ocupa, en consecuencia, de la coordinación intersectorial y el establecimiento de políticas en materia de salud y protección social en salud con miras a promover la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad, así como el aseguramiento y la promoción de la salud.

De tal manera, los afiliados al régimen contributivo realizan aportes a una EPS que actúa como intermediaria entre los particulares y el Estado. Su papel, además de la materialización del derecho a la salud de la población a través de la prestación de los servicios de salud, es la de recaudar y consignar estos dineros en una cuenta administrada por el Estado (FOSYGA), la cual les devuelve en manera de utilidad las sumas de dinero correspondientes a cada afiliado (UPC) del sistema.

Por otro lado la normatividad ha establecido que los afiliados, incluyendo tanto a los cotizantes como a los beneficiarios, deben pagar unas sumas llamadas cuotas moderadoras, las cuales deben ser canceladas cuando se usa un servicio y cuyo costo varía en función del ingreso base de cotización; así como de conformidad con las actualizaciones que realiza anualmente el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud sobre los precios por este concepto.

Asimismo, los afiliados a título de beneficiarios deberán cancelar -en adición a las cuotas moderadoras- los denominados copagos, que son generados cuando el servicio que requiere el paciente incluye la prestación de servicios de hospitalización

⁸. Paola Andrea Chávez Contreras. "Análisis del funcionamiento del régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en salud". Universidad Autónoma de Bucaramanga.2007

o cirugía. Estos copagos se rigen igualmente por el Ingreso Base de Cotización del cotizante y cuentan con la limitación fijada por un tope máximo por evento, el cual es comprendido como el manejo de una enfermedad en el mismo año calendario; así como un tope máximo acumulado por año.

De esta manera, se genera un flujo de pagos constante que le da cierto margen de solvencia a las EPS que no necesariamente se ve reflejado en la calidad del servicio que reciben los beneficiarios, pero garantiza la capacidad de pago de las EPS a los hospitales e IPS que prestan el servicio. Es decir que gran parte de la calidad del servicio recibido en este régimen depende de los aportes adicionales que hacen los usuarios de los mismos.

Las medidas anteriormente mencionadas, encaminadas a cohesionar el funcionamiento y aplicación de un POS (plan obligatorio de salud) que brindara algunos servicios de salud de manera generalizada con una cobertura de toda igualitaria para toda la población, principio fundante de las reformas en salud en el país.

En contraposición con esta modalidad de afiliación, el régimen subsidiado ha sido definido como el mecanismo a través del cual se garantiza el acceso a los servicios de salud de la porción de población que no cuenta con capacidad de pago. El mismo está compuesto por un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al del SGSS cuando dicha vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada con recursos fiscales o de solidaridad, de forma total o parcial.

Lo anterior se puede reunir en cuatro pilares establecidos en diferentes leyes pero que se pueden unificar de la siguiente manera: su razón de ser es la existencia de un régimen subsidiado por el Estado para los más pobres y vulnerables que se financia con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el FOSYGA y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad (régimen contributivo), con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones equitativas, por otro lado, de la creación del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA cuyo objeto es garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del sistema actuando como ya se mencionó, como un intermediario entre los fondos percibidos y la distribución de los mismos así como se encarga de cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias señaladas en la Ley. Otro de los pilares es la búsqueda de una financiación según la demanda por parte de las entidades territoriales, con cargo a los fondos seccionales y locales de salud buscando así una cobertura total de los sectores con menos recursos utilizando así la competencia descentralizada del Estado para lograr un goce efectivo del derecho a la salud de los más pobres y por último, la celebración de convenios por parte de las

entidades territoriales con las EPS para la administración de la prestación de los servicios de salud.

Dentro de estos beneficiarios de estos subsidios, se encuentran las personas pertenecientes al Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) quienes tienen derecho a hacer parte de este régimen en las siguientes modalidades: a través de un subsidio total para los miembros de los niveles 1 y 2 del SISBEN y a través de un subsidio parcial para las personas pertenecientes a los niveles 2 y 3 del mismo. Lo cual evidencia que la población objetivo es aquella perteneciente a los estratos más bajos y de la que se estima no cuenta con un ingreso constante o disponible para disponer en cuanto a temas de salud o prevención. Para este proceso se elaboran las listas de potenciales afiliados al Régimen Subsidiado, clasificados en los niveles 1, 2 y 3 de la encuesta SISBEN, en orden ascendente de menor a mayor puntaje y de la más antigua a la más reciente, con su núcleo familiar cuando haya lugar a ello, así como en los listados censales y se priorizará teniendo en cuenta los mencionados criterios.

Las personas que acceden al esquema de subsidios totales tienen derecho a recibir el conjunto básico de servicios de atención en salud establecidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado POS; mientras que las personas que acceden al esquema de subsidios parciales tienen derecho a recibir únicamente determinados beneficios del POS-S⁹.

Dicha afiliación, desde la expedición de la Ley 1438 de 2011, se da mediante la suscripción de contratos de administración de recursos del régimen subsidiado entre entidades territoriales y las EPS que administraban dicho régimen.

El giro de los recursos entre la Nación y las entidades territoriales en lo correspondiente al SGP se realiza mensualmente durante los diez primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia.

El recaudo promovido por las entidades territoriales a nivel municipal, distrital y gubernamental es denominado por la legislación vigente como el "esfuerzo propio" y se caracteriza por contar con periodos de contratación de pago anticipados que permiten el giro de recursos de forma anticipada por parte del FOSYGA con destinación a las EPS.

⁹. Entre estos beneficios se encuentra la atención integral de enfermedades de alto costo, la atención integral durante el embarazo, así como al menor de un año; la atención en traumatología y ortopedia, incluida la rehabilitación física necesaria en estos casos y los medicamentos que sean formulados como parte de las atenciones señalada anteriormente.

1.3 Marco institucional de cada régimen

Como se ha mencionado anteriormente, la estructura institucional de uno y otro régimen mantienen divergencias desde distintos puntos de vista. En primer lugar, el régimen contributivo depende de las alianzas de cada asegurador con las instituciones que prestan el servicio final de salud, en este entendido, los aseguradores tienen cobertura nacional y prestan los servicios del POS dependiendo de dónde se encuentre el afiliado cotizante. En cuanto al régimen subsidiado a nivel regional, encontramos que su protección y financiamiento dependen de las entidades territoriales y que estas son las responsables de contratar con los prestadores directos de la salud o de utilizar las instituciones públicas para el efecto, manteniendo el flujo de los recursos separados el uno del otro. De cualquier manera y de manera más puntual, el responsable de esta prestación es la EPS con la cual contrate el ente territorial.

Por otro lado, la estructura normativa de Inspección, Vigilancia y Control (IVC, en adelante) en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, se encuentra principalmente incardinada a mantener dentro de los límites constitucionales y legales a los prestadores privados, o lo que es lo mismo, mantienen una actividad fluida con el régimen contributivo.

En cuanto al régimen subsidiado al nivel territorial, mucho del IVC parece descansar en la fiscalización del propio Estado lo que equivale a decir que las instituciones llamadas a mantener la vigilancia necesaria son la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la Nación; la primera manteniendo el juicio disciplinar y la segunda haciendo el seguimiento del patrimonio público determinado para el efecto de la prestación de servicios públicos de salud. Lo anterior no excluye la labor de la Superintendencia Nacional de Salud, pero añade un elemento adicional al respecto de la vigilancia de los recursos del régimen subsidiado, en el entendido en que dado que sus recursos surten procesos mayoritariamente dentro de los entes territoriales, estos deben responder disciplinaria y fiscalmente por los mismos.

Por último, lo que puede rastrearse en cuanto a la divergencia de los regímenes contributivo y subsidiario, es una disparidad en la proveniencia de sus recursos (como se señaló anteriormente) lo que significa que institucionalmente hay un diseño de alta complejidad en cuanto al flujo de recursos. Así lo señala el documento Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas:

"Los inconvenientes existentes en el flujo de recursos de este régimen básicamente se reportan en lo correspondiente a los recobros que hacen las EPS ante el Fosyga por concepto de atenciones en salud no incluidas en el plan de beneficios. La

evolución del comportamiento de dichos recobros, volumen y monto ha generado alertas en cuanto a la sostenibilidad misma del sistema y señalamientos de corrupción en el trámite y reconocimiento de éstos.

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

Los inconvenientes generados en los procesos de recobros frente al Fosyga son aducidos por las EPS frente a su red como justificación para retrasar los pagos por concepto de prestación de servicios de salud”. (Ibid, Pg. 14)¹⁰.

Lo anterior parecería señalar que una simplificación institucional, que implicaría una reestructuración normativa, podría ayudar institucionalmente a mantener un flujo de recursos mucho más sencillo de seguir y fiscalizar por autoridades claras.

1.4 Articulación de aseguradores con la red pública y privada e integración vertical

Las antedichas características de los regímenes contributivo y subsidiado han permitido poner de presentes los componentes sobre los cuales se estructura cada uno de estos y la finalidad a la que los mismos responden.

Empero, esta descripción en la cual se ha enfatizado en las diferencias entre los mencionados regímenes desde el punto de vista del origen de los recursos con los cuales estos se financian y las implicaciones de estas modalidades de cotización, pone sobre la mesa un interrogante básico que no se ha resuelto hasta el momento. Se trata de las repercusiones de una variación en las condiciones económicas de una persona, desde el punto de vista de la modificación de la capacidad de pago del mismo.

El SGSSS ha contemplado este escenario bajo la denominación de movilidad entre regímenes, lo cual hace referencia al derecho con el que cuentan los afiliados –tanto del régimen subsidiado como del régimen contributivo focalizado en los niveles I y II

¹⁰. Paola Andrea Chávez Contreras. “Análisis del funcionamiento del régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en salud”. Universidad Autónoma de Bucaramanga. 2007. La resolución señalada dentro del extracto puede complementarse con la Resolución 458 de 2013: Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y se dictan otras disposiciones.

y la población especial- de moverse de un régimen a otro en la misma EPS, sin que exista interrupción en la afiliación¹¹.

Como se desprende lógicamente de la descripción sobre el particular, la movilidad entre regímenes comprende dos escenarios. El primero hace referencia a la circunstancia en la cual un usuario afiliado al régimen subsidiado obtenga la capacidad de pago o adquiera una vinculación laboral, lo cual le impone la obligación de cotizar en el régimen contributivo. El segundo, por su parte, se refiere al afiliado que se encuentra en el régimen contributivo y pierde la capacidad de pago, por lo que requiere ingresar al régimen subsidiado. En ambos casos, el derecho a la movilidad entre regímenes permite que la persona continúe en EPS donde se encuentra afiliado, sin perder la continuidad en la prestación del servicio.

La existencia de este derecho, independientemente de las particularidades que deban concurrir para que tenga lugar su exigibilidad, dan cuenta de la relevancia otorgada en el diseño y la estructuración del SGSSS a la capacidad de pago como un eje fundamental en torno al cual se erigen las modalidades de afiliación en los distintos regímenes, con base al principio de solidaridad.

¹¹. Resulta de especial relevancia distinguir entre la noción de movilidad entre regímenes con los conceptos de portabilidad y traslado. El primero de estos hace referencia a garantía de la prestación de los servicios de salud en cualquier parte del territorio nacional por parte de la EPS a la que la persona esté afiliada, mientras el segundo es el derecho que tiene el afiliado de cambiar de EPS, siempre y cuando hayan transcurrido doce meses de antigüedad en la misma.

2 CARACTERIZACIÓN DE LOS ASEGURADORES

La Ley 100 de 1993 (por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones) establece el conjunto de instituciones que integran el sistema; entre ellas se puede hacer referencia a dos grandes subgrupos, siendo estos, el integrado por los organismos de dirección, vigilancia y control, y los organismos de administración y financiación (Rama Legislativa del Poder Público, 1993, artículo 155). Entre estos últimos se encuentran las entidades promotoras de salud –(EPS), quienes son responsables de la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios, por parte de las IPS. Asimismo, las EPS están en la obligación de proveer, dentro de los límites establecidos en el numeral 5° del artículo 180, a cualquier residente que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el plan obligatorio de salud (POS), en los términos que reglamente el gobierno (Rama Legislativa del Poder Público, 1993, literal e artículo 156).

De acuerdo a lo establecido por el artículo 180 de la Ley 100, las EPS se caracterizan por: tener una razón social que las identifica como tal; gozar de personería jurídica reconocida por el Estado; realizar la labor de afiliación y registro de los residentes en el país (fueren nacionales o extranjeros); recaudar las cotizaciones en calidad de delegataria del Fondo de Solidaridad y Garantía; tener una organización administrativa, financiera y tecnológica que le permita desarrollar su objeto social; y acreditar las escalas viables de operación. Así mismo, la misma norma, en su artículo 181, establece los tipos de entidades que pueden alcanzar la calidad de EPS y, en dicha medida, operar el aseguramiento en el SGSSS (Rama Legislativa del Poder Público, 1993, artículo 180).

Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al fondo de solidaridad y garantía” (Rama Legislativa del Poder Público, 1993, artículo 177). Por su parte, la Ley 1122 de 2007 resalta el aseguramiento como una de las principales funciones de las EPS en el SGSSS, afirmando que en el aseguramiento en salud concurren elementos como: “la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice (sic) el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante en el prestador” (Rama Legislativa del Poder Público, 2007, artículo 14).

Las entidades que menciona el artículo 181 incluyen al “Instituto de Seguros Sociales; las cajas, fondos entidades o empresas de previsión y seguridad social del

sector público; las entidades que por efecto de la asociación o convenio entre las cajas de compensación familiar o la existencia previa de un programa especial patrocinado individualmente por ellas se constituyan para tal fin; las entidades que ofrezcan programas de medicina prepagada o de seguros de salud; las entidades promotoras de salud que puedan crear los departamentos, distritos y municipios y sus asociaciones; los organismos que hayan sido organizados por empresas públicas o privadas para prestar servicios de salud a sus trabajadores con anterioridad a la vigencia de la presente ley, siempre que se constituyan como personas jurídicas independientes; las organizaciones no gubernamentales y del sector social solidario que se organicen para tal fin, especialmente las empresas solidarias de salud, y las de las comunidades indígenas; y las entidades privadas, solidarias o públicas que se creen con el propósito específico de funcionar como entidad promotora de salud”(Rama Legislativa del Poder Público, 1993, artículo 181).

La vinculación de las personas al SGSSS puede realizarse a través de dos modalidades o regímenes, el contributivo y subsidiado. Los regímenes contributivo y subsidiado son conjuntos de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al SGSSS; estos se diferencian en que en el primero, la vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador, mientras que en el segundo, la vinculación se hace a través de una UPC subsidiada entre otros con recursos fiscales o de solidaridad (*Rama Legislativa del Poder Público, 1993, artículo 202*) (*Rama Legislativa del Poder Público, 1993, artículo 211*).

La pertenencia a cada uno de ellos es el resultado de una serie de condiciones propias de las personas obligadas a pertenecer al mismo, con un contenido predominantemente económico, siendo estos residentes nacionales o extranjeros en el país¹². Adicionalmente, el régimen de afiliación del obligado determina el de aquellas personas que forman parte de su núcleo familiar (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, artículo 21). En el caso del Régimen Contributivo, los

¹². Los artículos 34 y 40 del Decreto 2353 de 2015 en lo relativo a los regímenes del SGSSS establecen las condiciones de pertenencia a cada uno de estos. Es así como el artículo 34 hace referencia a quienes deben vincularse al Régimen Contributivo en calidad de cotizantes o beneficiarios. En relación con los cotizantes define que estarán integrados por: “Todas aquellas personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país; los servidores públicos; los pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivientes, sustitutos o pensión gracia tanto del sector público como del sector privado. En los casos de sustitución pensional o pensión de sobrevivientes deberá afiliarse la persona beneficiaria de dicha sustitución o pensión o el cabeza de los beneficiarios; y los trabajadores independientes, los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a un salario mínimo mensual legal vigente.

sujetos de afiliación son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago (Rama Legislativa del Poder Público, 1993, artículo 157)¹³.

En el caso del Régimen Subsidiado, las condiciones que dan lugar a la afiliación están contenidas en el artículo 40 del Decreto 2353 de 2015, este hace referencia a 14 condiciones que dan lugar a la afiliación del residente en Colombia al Régimen Subsidiado; las condiciones son las siguientes: la identificación de la persona en los niveles I y II del SISBEN o del instrumento que lo reemplace; las personas identificadas en el nivel III del SISBEN o en el instrumento que lo reemplace, que a la vigencia de la Ley 1122 de 2007, se encontraban afiliados al Régimen Subsidiado; las personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidiado de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional; la población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; los menores desvinculados del conflicto armado; las comunidades indígenas; la población desmovilizada; adultos mayores en centros de protección; la población Rrom; personas incluidas en el programa de protección a testigos; población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal que no cumplan con las condiciones para cotizar al SGSSS; y la población migrante de la República Bolivariana de Venezuela. La inscripción, dado el cumplimiento de alguna de las condiciones referidas, da lugar a la afiliación al Régimen Subsidiado a través del registro en el Sistema de Afiliación Transaccional. La afiliación de los miembros del grupo familiar (conformado de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 21 del Decreto 2353 de 2015) debe ser realizada por el miembro cabeza de familia (Rama Ejecutiva del Poder Público, 2015). La afiliación al Régimen Subsidiado se puede perder como resultado del cumplimiento de las condiciones de afiliación al Régimen Contributivo, o a un régimen exceptuado o especial; el primero de los casos da lugar a la presentación de la figura de movilidad como "el cambio de régimen dentro de la misma EPS para los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del SISBEN y las poblaciones especiales de que tratan los numerales 40.7, 40.8, 40.10, 40.11 y 40.12 del artículo 40 del presente decreto" (Rama Ejecutiva del Poder Público, 2015)¹⁴.

En el caso de las personas que aún no están afiliadas al SGSSS, la Ley 100 de 1993 hace referencia a ellas en calidad de participantes vinculados como ciudadanos que sin pertenecer a alguno de los regímenes referidos (generalmente por consideración a la ausencia de las condiciones económicas que les permitan ingresar

¹³. La afiliación de los trabajadores dependientes la debe realizar el empleador; la de los pensionados la realiza el fondo de pensiones, una vez es informado por parte del pensionado; y la del dependiente con capacidad de pago se realiza a través de la planilla integrada.

¹⁴ En el capítulo "Habilitación Financiera de los Aseguradores" se hace referencia a la regulación de la movilidad desde el punto de vista de las EPS.

al régimen contributivo, o a la existencia del subsidio a la demanda para hacer parte del subsidiado), *pero que por consideración de la trascendencia de los derechos susceptibles de ser afectados*, establece que tienen el “derecho a los servicios de atención que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado” (Rama Legislativa del Poder Público, 1993, artículo 157 literal b). Adicionalmente, la Ley 1438 de 2011, en el marco de la universalización del aseguramiento, diseñó mecanismos para la afiliación de aquellas personas que requirieron servicios de salud y aún no estuvieron afiliados al SGSSS.

En cuanto a la contratación de la prestación del servicio de salud, la normatividad dispone una serie de obligaciones para las EPS dependiendo de su naturaleza jurídica – privada o pública – y al régimen al que pertenezcan. En el caso de las EPS del Régimen Subsidiado, la normatividad dispone que contraten al menos un sesenta por ciento de su gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado habilitadas en el municipio de residencia de afiliado (Rama Legislativa del Poder Público, 2007, artículo 16)¹⁵. En relación con las EPS públicas que operen en el Régimen Contributivo impone otra condición al afirmar que aquellas deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESE escindidas del ISS. La condición de contratación en el caso de las EPS privadas del Régimen Contributivo es más amplia, en la medida que la normatividad afirma que garantizarán la inclusión en sus redes de Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público sin disponer un porcentaje específico (Rama Legislativa del Poder Público, 2011, artículo 15). En materia de integraciones verticales, la normatividad dispone un límite para la contratación entre EPS e IPS de la misma red, siendo este límite es del 30% del valor del gasto en salud.

En el país, de acuerdo con la información presentada por la Superintendencia Nacional de Salud, los regímenes subsidiado y contributivo cuentan con un total de 36 y 16 EPS, respectivamente (Superintendencia Nacional de Salud, 2015c) (Superintendencia Nacional de Salud, 2015d).

2.1 Universalización del aseguramiento

La Ley 100 estableció que a partir del año 2000, “todo colombiano deberá estar vinculado al sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado”. Esta disposición fue derogada, con posterioridad, por parte del artículo 113 de la Ley 715 de 2001; su derogatoria, posiblemente, fue el resultado del no logro de las condiciones que podrían haber permitido el crecimiento de la afiliación a través del Régimen Contributivo, tales como el fuerte aumento del desempleo (en el marco de la crisis económica de fines de los 90) y el aumento significativo de la tasa de

¹⁵. La contratación del 60% está condicionada al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

informalidad que llegó a representar el 60 por ciento de la población ocupada¹⁶; ello pudo generar un mayor requerimiento de financiación por parte del Estado (mayor gasto público en salud) y, por ende, dificultades frente al logro del objetivo mencionado (Leguizamón, 2010) (Rama Legislativa del Poder Público, 1993, literal b artículo 157). Por su parte, la Ley 1122 de 2007 (Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones) reformuló este objetivo al afirmar que el SGSSS “alcanzará en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del SISBEN de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema” (Rama Legislativa del Poder Público, 2007, artículo 9).

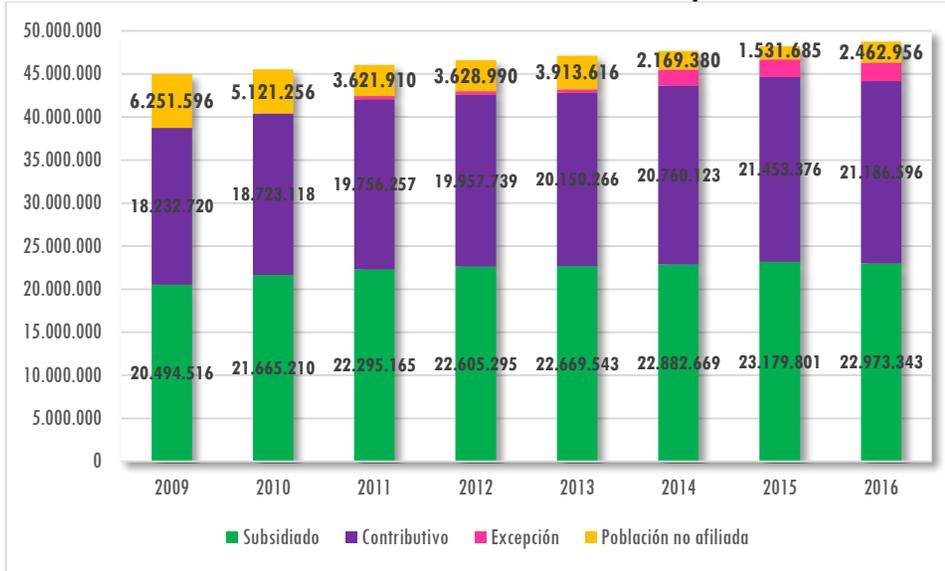
En el mismo sentido, especialmente en lo relativo a la ampliación de la cobertura, la Ley 1438 de 2011 (Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones) consagra la universalización del aseguramiento y establece medidas tendientes a la afiliación de las personas que requirieran atención en salud y no están aún afiliadas, solución condicionada a la capacidad de pago de quien requiere el servicio. De igual manera, la Ley radica en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social la regulación de la materia en relación con las personas cuya situación no se pueda enmarcar en los supuestos establecidos por la norma.

En materia de afiliación - según la información reportada por el Observatorio Así Vamos en Salud¹⁷- entre los años 2000 y 2015 ha presentado un aumento cercano al 36% en cobertura de afiliación nacional, iniciando en el año 2000 con un 58,8% y finalizado el 2015 con un 94,5%. Es importante destacar el comportamiento de las participaciones, al considerar individualmente cada régimen del SGSSS. Para el 2000, el régimen contributivo afiliaba al 35,2% de la población – 12,6% más que la población asegurada por el régimen subsidiado. Para el 2016, el porcentaje de la población afiliada al régimen contributivo alcanza un 43%, siendo mayor que la presentada para el año 2000 en un 8%, sin embargo la cobertura del régimen subsidiado ha crecido con mayor velocidad en los últimos 15 años y hoy en día se ubica en un 47% de la población, más del doble de la cobertura nacional en el año 2000.

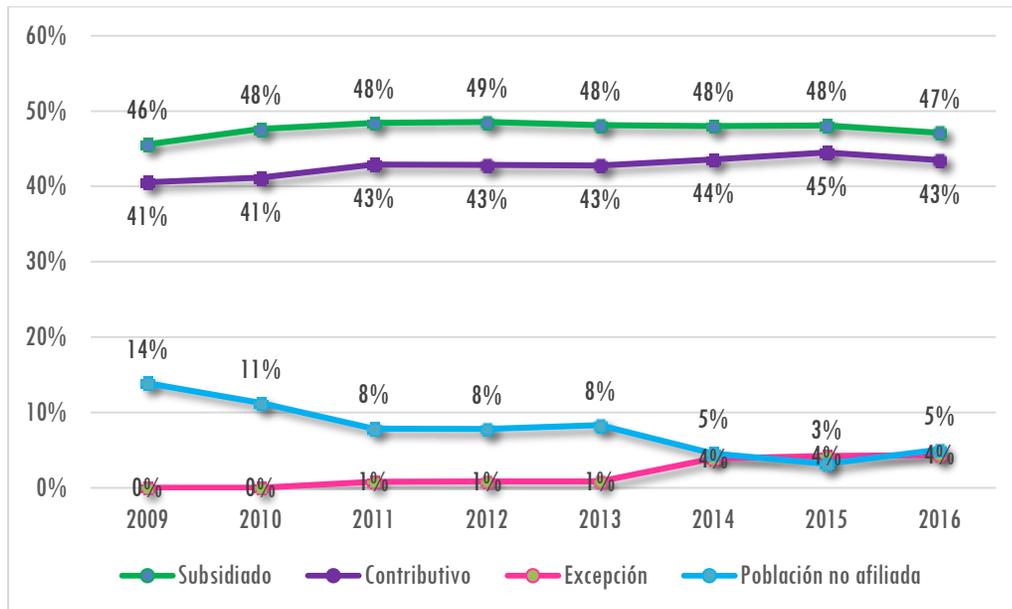
¹⁶. Aunque esta condición no siempre se cumple para todos los departamentos del país como se explicará más adelante.

¹⁷. (Observatorio Así Vamos en Salud, 2016)

Gráfica 1. Número de afiliados al SGSSS en el período de 2009-2016.



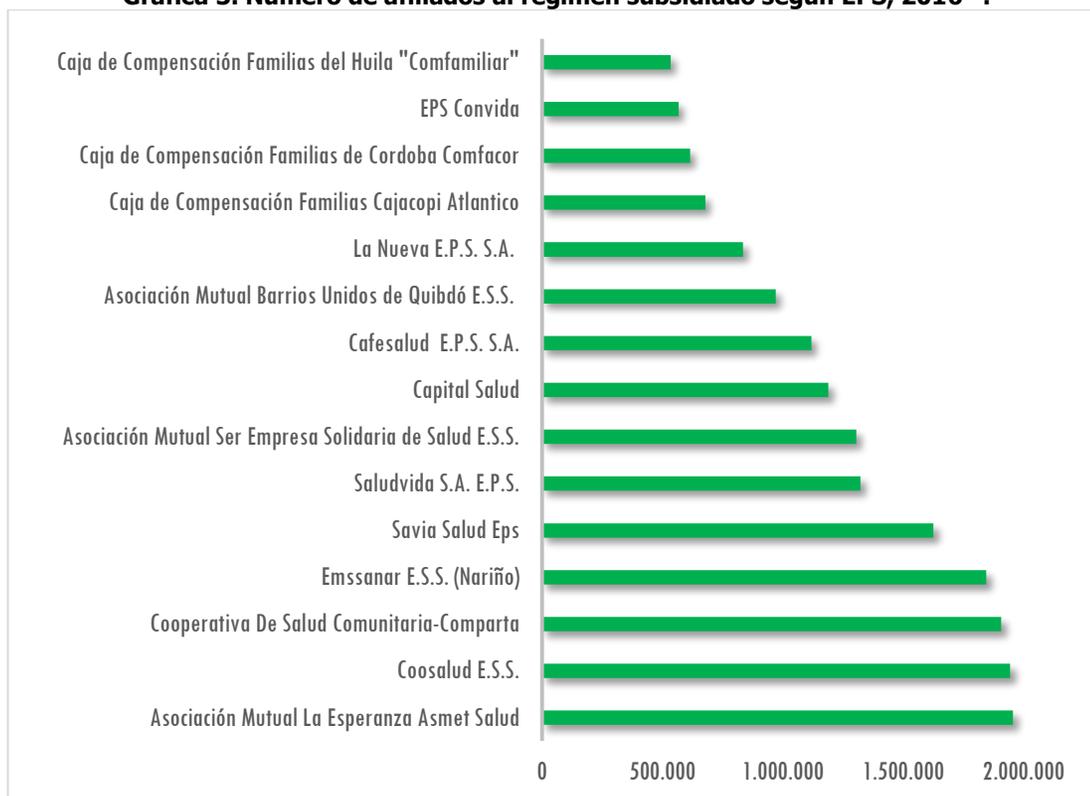
Gráfica 2. Porcentaje de afiliados al SGSSS en el período de 2009-2016.



Fuente: Elaboración propia con información del SISPRO y DANE (2016).

Para abril de 2016, diciembre de 2015, el régimen subsidiado contaba con un total de 22,973,343 afiliados (Ministerio de Salud y la Protección Social , 2016). El mercado de aseguramiento de dicho régimen tuvo a niveles de concentración de 576 y 524 en los años 2015 y 2016, respectivamente, de acuerdo con la metodología Herfindahl Hirschman. Este nivel nos permite afirmar que el mercado no está concentrado para los años bajo mención. La EPS que, para Diciembre de 2015, tenían una mayor era Caprecom¹⁸ con un total 3,039,656 (Superintendencia Nacional de Salud, 2015). Para abril de 2016, la EPS con mayor participación es Asociación Mutual la Esperanza (Asmet Salud) con un total de 1.956.937.

Gráfica 3. Número de afiliados al régimen subsidiado según EPS, 2016¹⁹.



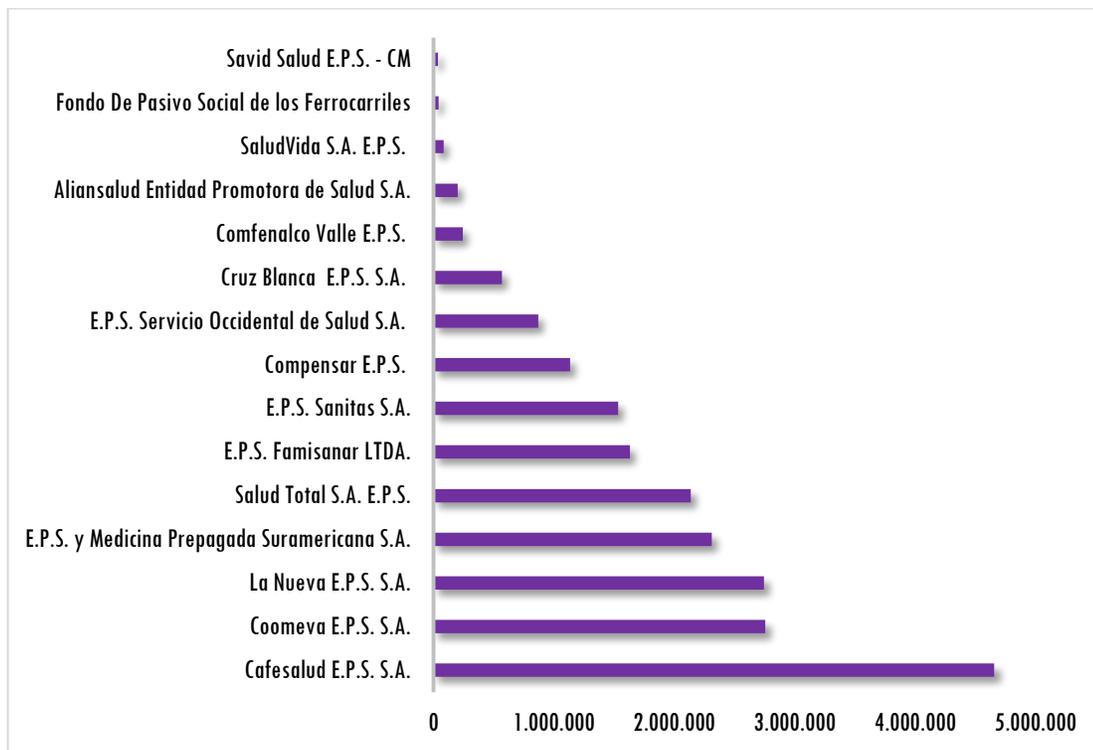
Fuente: Elaboración propia con información del SISPRO (2016).

¹⁸. El Gobierno decidió liquidar Caprecom S.A., EPS del Régimen Subsidiado, a partir del primero de enero de 2016. La liquidación fue consecuencia del alto endeudamiento de la entidad (calculado en 3.4 billones de pesos), que le impedía llevar a cabo la prestación de los servicios (Periodico El Colombiano, 2015). La mayoría de su deuda es con la red hospitalaria privada y pública del país; se calcula que es cercana a los 2.5 billones de pesos (El Tiempo, 2015). En relación con el traslado de EPS de los usuarios de Caprecom, el Presidente de Acemi afirmó que el SGSSS se encuentra en condiciones de recibir a los tres millones de afiliados de la esta EPS (El Tiempo, 2015).

¹⁹. La gráfica muestra el número de afiliados para las once primeras EPS del Régimen Subsidiado en este rubro.

El régimen contributivo, por su parte, contaba con un total de 20,394,326 afiliados en diciembre del 2015 (Superintendencia Nacional de Salud, 2015). Para abril de 2016, el Régimen Contributivo cuenta con un total de 21,186,596 de afiliados (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2016) este mercado de aseguramiento ha tenido niveles de concentración de 1,141 y 1,209 para diciembre de 2015 y abril de 2016, respectivamente. Estos niveles de concentración nos permiten afirmar que el mercado tiene un nivel de concentración bajo. La EPS con mayor número de afiliados es Cafesalud S.A. que cuenta con aproximadamente 4,660,000 afiliados (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2016).

Gráfica 4. Afiliados al régimen contributivo según EPS para el año 2016²⁰



Fuente: Elaboración propia con información del SISPRO(2016).

En el marco de las funciones de inspección, vigilancia y control²¹ podemos encontrar que se ha presentado un avance, que se traduce en un mayor nivel de especificación

²⁰. La gráfica muestra el número de afiliados para las diez primeras EPS del Régimen Subsidiado en este rubro.

²¹. De acuerdo con el artículo 155 de la Ley 100, la función de inspección, vigilancia y control es desarrollada por tres instituciones, a saber: Los Ministerio de Salud y de trabajo – reemplazados hoy por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud. El Título IV del Libro 2º de la Ley 100 hace referencia a la vigilancia y control del

de la normatividad que ha desarrollado el tema; dos de dichas normas son las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011. En éstas se hace mención: a la creación del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control – encabezado por la Superintendencia Nacional de Salud, a los ejes de dicho sistema²², define las funciones de inspección, vigilancia y control, se hace explícitas las funciones de la Superintendencia de Salud, se le adicionan nuevas funciones jurisdiccionales, entre otras. En esta línea, el Eje de Acciones y Medidas Especiales establece los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas –entre las que se encuentran las Empresas Promotoras de Salud- y para la intervención técnica y administrativa de las direcciones territoriales de salud.

En la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con lo establecido por los Decretos 1018 de 2007 y 2462 de 2013, le corresponde a la Superintendencia Delegada de Medidas Especiales las funciones de toma de posesión e intervención forzosa e intervención técnica y administrativa. La intervención forzosa administrativa para liquidar “es el proceso ordenado por la Superintendencia Nacional de Salud a una entidad vigilada en el que se dispone la extinción de la persona jurídica, y que se lleva a cabo mediante un acto administrativo en el que se ordena la toma de posesión de la entidad, hasta la terminación de la existencia legal”. La intervención forzosa administrativa para administrar difiere, en relación con la anterior, en el hecho que la intervención tiene por objeto el salvamento de la entidad –siempre que este fuere posible- o el establecimiento de su liquidación. La intervención técnica y administrativa, que opera en el caso de las direcciones territoriales de salud, tiene como primer objetivo el salvamento de la entidad, o el establecimiento de su liquidación –si la primera no fuere posible, en concordancia con la nueva política de supervisión de riesgos de la SNS.

Al evaluar el comportamiento de los afiliados por EPS para ambos regímenes se puede encontrar: para el Régimen Contributivo, las EPS con mayor participación para el periodo de análisis fueron Saludcoop, Coomeva y Nueva EPS; su participación media en el mercado fue de 3.1 millones de afiliados, que corresponden a una participación cercana al 47% de la afiliación total en el Régimen

Sistema. A manera de ejemplo, se puede encontrar la radicación en cabeza de la Superintendencia de funciones relacionadas con la solicitud de publicación de la información que estime necesaria de la entidad y de ésta frente al Sistema (artículo 225), la facultad de solicitar a las entidades pertenecientes al régimen general de pensiones la información que permita determinar la evasión y elusión de los aportes de los afiliados al SGSSS (artículo 226); solo en el ánimo de mencionar algunas de ellas.

²². El artículo 37 de la Ley 1122 de 2007 consagra los Ejes del sistema de Inspección, Vigilancia y Control en torno a los cuales gira el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Dichos ejes son: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, eje de acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios en salud.

Contributivo; en los casos de Saludcoop y Nueva EPS se puede encontrar un aumento en su número de afiliados para el total del periodo, en cambio, en el caso de Coomeva se encontró una disminución cercana al 3%. En el caso del Régimen Subsidiado, las 3 EPS con mayor nivel de afiliados son, en su orden, Caprecom, Comparta y Asociación Mutual la Esperanza; su participación promedio en el periodo fue de aproximadamente 2.1 millones de afiliados (en este aspecto hay que tener en cuenta la mayor dispersión existente dada la diferencia entre las medias de afiliación de las tres EPS mencionadas); en relación con el comportamiento de su afiliación para el periodo de análisis, se puede afirmar que en el caso de Caprecom se presentó una disminución aproximada de 3.5%, mientras que Comparta y Asmet Salud presentaron aumentos entre el inicio y el final del periodo de 4,5% y 20%, respectivamente (Ver anexos: Afiliación Régimen Subsidiado por EPS y Afiliación Régimen Contributivo por EPS).

En materia de liquidación voluntaria (frente a la cual la Superintendente Delegada de Medidas Especiales ejerce una función de seguimiento) la SNS reporta un total de 54 procedimientos; del total 3 corresponden a EPS del régimen contributivo (Multimédicas, Red Salud y Colpatria), y 1 al régimen subsidiado (EPS Cafam) (los demás eventos corresponden a IPS privadas y públicas, y monopolios rentísticos) (Superintendencia Nacional de Salud, 2015b). En el caso de la intervención forzosa para liquidar, a manera de ejemplo se trae a colación las razones que llevaron a la intervención forzosa – inicialmente para administrar y posteriormente para liquidar de Saludcoop - y las consecuencias que ha traído y traerá dicho proceso²³. El Ministro Alejandro Gaviria manifestó que la liquidación es “un paso necesario para darle solución definitiva al tema de SaludCoop. Es una estrategia planteada con el objetivo primordial de garantizar la atención de los usuarios, proteger de una posible quiebra a más de 4.000 prestadores y respetar los derechos laborales de los trabajadores, minimizando el uso de recursos públicos”. Adicionalmente afirma que, como resultado de su liquidación, fue necesario el traslado de 4.6 millones de usuarios a la EPS Cafesalud desde Diciembre primero. Adicionalmente, el Ministro Alejandro Gaviria manifestó, con anterioridad al desarrollo del traslado de los afiliados y trabajadores de Saludcoop a Cafesalud, que los pasivos de Saludcoop se pagarían con sus activos (que suman aproximadamente 800 mil millones de pesos) y de los flujos futuros de esa EPS a la que se van a trasladar los afiliados. También manifestó que Cafesalud deberá salir a la venta en un futuro, con el objetivo de que su propiedad no se mantenga en cabezas de quienes participaron en la caída de Saludcoop (CM& la noticia, 2016).

²³. (Periódico El Pulso, 2015).

2.2 Grupos empresariales

El concepto de grupo empresarial hace referencia al evento en el cual entre dos o más sociedades se presenta una relación caracterizada por los elementos de subordinación, y unidad de propósito y dirección (Rama Legislativa del Poder Público, 1995, artículo 28). La Ley 222 de 1995 regula lo relativo a los grupos empresariales y define los conceptos que caracterizan la existencia del grupo empresarial; la subordinación es definida como aquella situación en la que el poder de decisión de la sociedad "se encuentre sometido a la voluntad de otra u otras personas que serán su matriz o controlante, bien sea directamente, caso en el cual aquélla se denominará filial o con el concurso o por intermedio de las subordinadas de la matriz, en cuyo caso se llamará subsidiaria" (Rama Legislativa del Poder Público, 1995, artículo 26); la unidad de propósito y dirección se refleja en que las actividades de todas las "entidades persigan la consecución de un objetivo determinado por la matriz o controlante en virtud de la dirección que ejerce sobre el conjunto, sin perjuicio del desarrollo individual del objeto social o actividad de cada una de ellas" (Rama Legislativa del Poder Público, 1995, artículo 28).

Como resultado de la unificación de los regímenes es posible que se alcancen mayores niveles de concentración en el número de afiliados por EPS, en el marco de una dinámica de economías de escala y de dilución de costos fijos. En relación con los grupos empresariales, a partir de la experiencia no parece posible afirmar que la unificación de los regímenes vaya a tener un efecto específico en materia de un crecimiento o caída en su número. Dada la ausencia de un efecto claro de esta dinámica, no creemos que de momento sea prudente formular una reglamentación que podría generar beneficios, pero también dificultar la materialización de consecuencias positivas (justificadas en la existencia de economías de escala y el impacto que esta reducción de costos pueda tener sobre los afiliados).

A manera de ejemplo, se pueden mencionar las siguientes EPS pertenecientes a grupos empresariales: EPS Sura perteneciente al Grupo Sura, EPS Coomeva perteneciente al Grupo Coomeva, Cafesalud EPS perteneciente al Grupo Saludcoop y EPS Sanitas perteneciente a la Organización Sanitas Internacional.

2.3 Prestaciones económicas

El Decreto 806 de 1998 afirmaba que en relación con la prestación de los beneficios "el Estado garantiza el acceso a los servicios de salud y regula el conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad" (Rama Ejecutiva del Poder Público, 1998, artículo 2). Adicionalmente, la Ley 100

establecía condiciones diferenciales en relación con los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado; la ley afirmaba que “para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el plan obligatorio del sistema contributivo, en forma progresiva antes del año 2001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo” (Rama Legislativa del Poder Público, 1993, artículo 162).

Sin embargo, en el periodo comprendido entre el 2009 y 2012 se dio lugar a un plan en varias etapas enfocado a la unificación de los planes obligatorios de salud (POS) (Superintendencia Nacional de Salud, 2012)²⁴. La unificación del POS tiene como consecuencia que todos los residentes, sin distinción del régimen al que pertenezcan (contributivo o subsidiado), tengan el mismo conjunto de servicios. La unificación se alcanzó en el año 2012 en el marco de la expedición del Acuerdo 032 de 2012 (Superintendencia Nacional de Salud, 2012).

Las prestaciones económicas²⁵, en su calidad de beneficios y diferentes de lo contemplado en el POS, presenta diferencias en su reconocimiento con relación al régimen al que pertenezca el afiliado y en su calidad de cotizante o beneficiario. Esta situación se evidencia en el régimen contributivo, donde sí se reconocen a sus afiliados cotizantes las incapacidades laborales por enfermedad o accidente común y licencias de maternidad. La parafiscalidad presente en el contributivo (“definidas como gravámenes establecidos con carácter obligatorio por la ley para un determinado sector, en que tales recursos se utilizan en su beneficio” (Sentencia C 430 de 2009) ha podido sustentar el mantenimiento de las diferencias en relación con las prestaciones económicas entre ambos regímenes. Sin embargo, en el régimen subsidiado, y a pesar de la paulatina unificación de los regímenes en algunos de sus procesos, en la agenda aún no se ha contemplado la necesidad de garantizar a esta población el plan de beneficios que procure la protección del sustento económico mientras se recupera la salud.

²⁴. En desarrollo de este plan, la Comisión de Regulación en Salud CRES ha expedido cuatro Acuerdos relacionados con la unificación:

- Acuerdo 04 de 2009: unifica el POS para los niños de 0 a 12 años
- Acuerdo 011 de 2010: unifica el POS para los niños y adolescentes menores de 18 años
- Acuerdo 027 de 2011: unifica el POS para los adultos de 60 y más años.
- Acuerdo 032 de 2012: unifica el POS para los adultos entre 18 y 59 años.

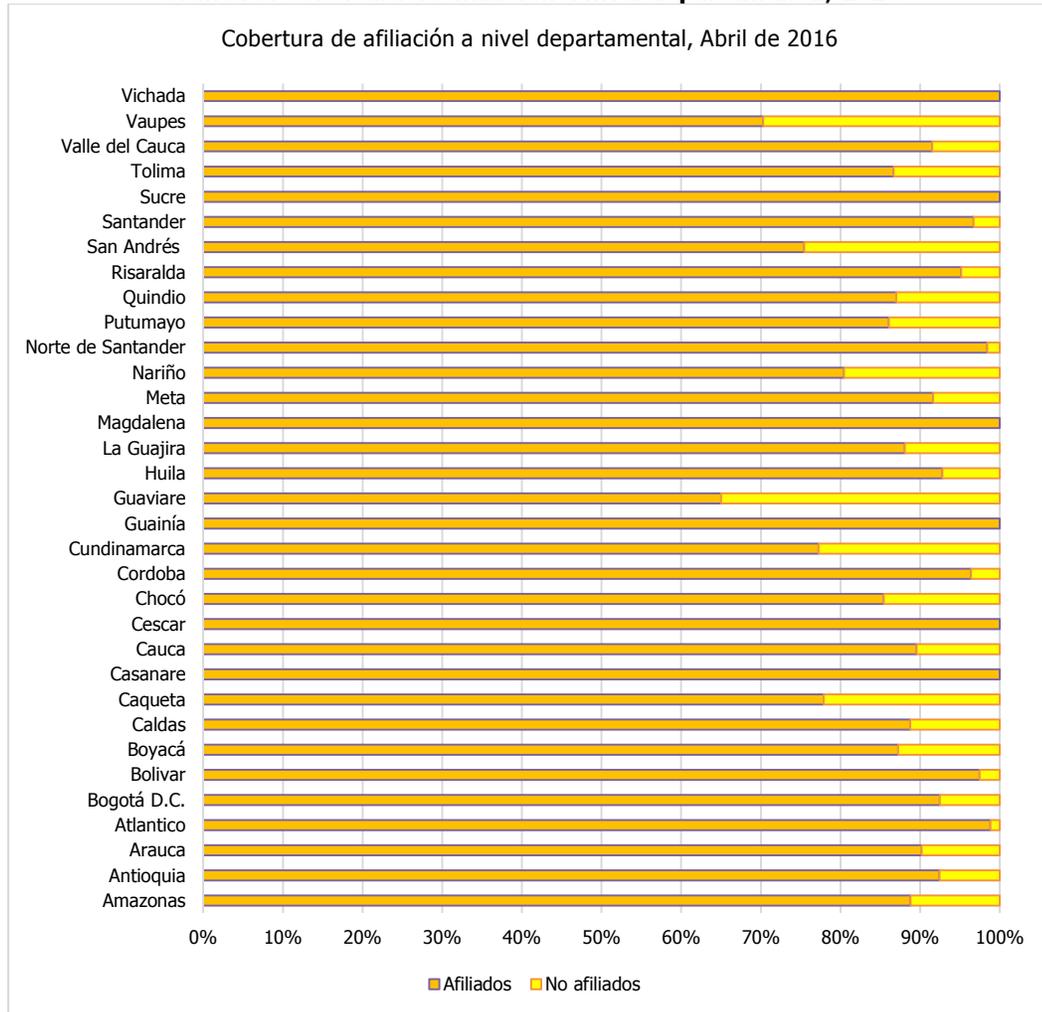
²⁵ Las prestaciones económicas, es uno de los aspectos que se debe contemplar en la unificación de regímenes, debido a que genera desigualdades entre y dentro de los regímenes. Sin embargo, hasta el momento no se encuentra en la agenda de los hacedores de política.

3 AFILIACIÓN Y ÁMBITOS GEOGRÁFICOS DE OPERACIÓN

La afiliación en el ámbito geográfico no presenta mayores tensiones debido a la alta cobertura alcanzada por el SGSSS en el país. Aunque se habla de una cobertura casi universal en la afiliación a salud (94,49%²⁶), según el Observatorio Así Vamos en Salud, la situación a nivel departamental es variable entre los departamentos. Se encuentra que 6 de los 33 departamentos tienen el 100% de su población afiliada, ellos son Casanare, César, Guainía, Magdalena, Sucre y Vichada. Por otra parte, departamentos como Caquetá, Cundinamarca, San Andrés, Vaupés y Guaviare cuentan con un porcentaje de afiliación menor al 80%, cobertura muy distante al valor nacional.

²⁶. Aseguramiento en salud del régimen contributivo, régimen subsidiado y el régimen de excepción. Sin este último, la cifra es del 90,63% según Así vamos en Salud.

Gráfica 5. Cobertura de afiliación a nivel departamental, 2016



Fuente: Elaboración propia con información del SISPRO y DANE (2016).

Ahora bien, no todas las EPS tienen presencia en cada uno de los departamentos del país. La siguiente tabla muestra el porcentaje de departamentos en los cuales las aseguradoras tienen afiliados y en el anexo "Zonas geográficas de operación de las EPS" se puede observar la presencia de cada EPS en los diferentes departamentos del país. Como es de esperarse, las EPS con mayor número de afiliados son aquellas que cuentan con operación en la mayoría de departamentos, como lo es la Nueva EPS. Sin embargo, cabe resaltar que muchas EPS no cuentan con oficinas en departamentos y municipios donde tienen asegurados, hecho que afecta la calidad en la prestación del servicio, especialmente en temas relacionados con las autorizaciones. Es por ello, que en especial debería ser de interés la relación de las EPS y los afiliados, en el sentido que los primeros sean capaces de garantizar una

suficiencia en la red a su población asegurada, y por ello el Ministerio de Salud ha mostrado interés en la creación de zonas que garanticen la prestación de servicios de salud que la población necesita y recientemente se ha pronunciado con la idea de que las EPS manejen poblaciones delimitadas en un ámbito geográfico según la propuesta de la nueva Política Integral en Salud, es decir las EPS tendrían presencia solo en algunos territorios y no en todos como ocurre actualmente.

Tabla 1. Presencia de las EPS a nivel departamental

COD EPS	EPS	PRESENCIA DEPARTAMENTAL	COD EPS	EPS	PRESENCIA DEPARTAMENTAL
EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	100%	EPS014	HUMANA VIVIR S.A. E.P.S.	65%
EPS013	SALUDCOOP E.P.S.	97%	EPS009	COMFENALCO ANTIOQUIA	56%
EPS005	SANITAS S.A. E.P.S.	97%	EAS027	FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA.	56%
EPS003	CAFESALUD EPS S.A.	97%	ESSC62	ASMET SALUD - MOVILIDAD	35%
EPS016	COOMEVA E.P.S. S.A.	94%	EAS016	EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN DEPARTAMENTO MÉDICO	29%
EPS002	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	94%	ESSC33	COMPARTA - MOVILIDAD	29%
EPS017	FAMISANAR LTDA. CAFAM - COLSUBSIDIO E.P.S.	94%	EPS015	SALUD COLPATRIA E.P.S.	24%
EPS023	CRUZ BLANCA EPS S.A.	94%	CCFC55	CAJACOPI – MOVILIDAD	24%
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - S.O.S. EPS	91%	CCFC15	COMFACOR - MOVILIDAD	21%
EPS039	GOLDEN GROUP S.A. EPS	91%	ESSC07	MUTUAL SER - MOVILIDAD	18%
EPS008	COMPENSAR E.P.S.	85%	EPSC22	CONVIDA – MOVILIDAD	18%
EPS033	SALUDVIDA E.P.S. S.A.	85%	EPSIC5	MALLAMAS - MOVILIDAD	18%
EPS001	ALIANSA SALUD EPS S.A.	79%	EPSIC2	MANEXKA – MOVILIDAD	6%
EPS010	EPS SURA.	71%	ESSC02	EMDISALUD - MOVILIDAD	6%
EPS012	COMFENALCO VALLE E.P.S.	71%	EPS040		3%
EPS026	SOLIDARIA DE SALUD SOLSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO SOLSALUD SA	65%	CCFC10	COLSUBSIDIO - MOVILIDAD	3%

Fuente: BDUA, Junio 2015

A lo largo de los últimos años se ha visto cómo la afiliación en el país alcanza su carácter universal debido a los altos niveles de aseguramiento obtenidos. Como se mencionaba, esta tendencia se ha dado en los dos regímenes, pero con una mayor velocidad de crecimiento en el régimen subsidiado. A nivel territorial, las diferencias entre la proporción de afiliación entre un régimen y otro son evidentes y poco cambiantes en el tiempo. Según la información reportada por el BDUA, la operación de afiliación por régimen en los 33 departamentos, para los últimos 5 años, ha contado con una participación superior al 50% de afiliados en el régimen

contributivo: Bogotá, Antioquia, Valle, Cundinamarca, Santander y San Andrés. Por otra parte, más del 90% de la población de los departamentos de Vaupés, Guainía, Vichada y Chocó está asegurada en el régimen subsidiado.

En el 2016 la tendencia anterior se mantiene, en las regiones Pacífica, Atlántica, de la Orinoquía-Amazonía y Central predomina el régimen subsidiado con tasas de afiliación entre el 52% y el 69%. Según el reporte del estudio de la OECD²⁷ (2015), estas son las regiones más pobres del país, mientras que en las regiones más ricas como Bogotá, Valle del Cauca y Antioquia prevalece la afiliación al régimen contributivo. Las regiones con mayor proporción de población no afiliada son la Amazónica y la Pacífica. A nivel Nacional, se encuentra que el aseguramiento a algún régimen es mayor al 90%, sin embargo, se observa que el 47% hace parte del régimen subsidiado. Al respecto se suele decir que existe una relación con las tasas de desempleo, pero la OECD (2015) evidencia que este patrón no se cumple del todo debido a los trabajos temporales en los que los empleados prefieren permanecer asegurados en el RS por cuestiones de incertidumbre. Por un lado, el estudio afirma que departamentos como Atlántico, Bolívar, Boyacá y Magdalena, regiones donde las tasas de desempleo son muy bajas, gran parte de su población pertenece al RS, mientras que regiones con altas tasas de desempleo como Valle del Cauca y Risaralda un importante número de su población se encuentra afiliada al régimen contributivo. (Ver en Anexos afiliados por departamentos y regímenes).

²⁷.

El estudio de la OECD define las regiones de la siguiente manera:

- Atlántica: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, San Andrés y Sucre.
- Central: Antioquia, Caldas, Caquetá, Huila, Quindío, Risaralda y Tolima.
- Oriental: Boyacá, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander y Santander.
- Orinoquía: Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés y Vichada.
- Amazónica: Amazonas
- Pacífica: Cauca, Chocó, Nariño y Valle del Cauca.
- Bogotá D. C.

Cabe destacar que en el análisis de las coberturas por regímenes, separa los departamentos con mayor número de afiliados al régimen contributivo, para no sesgar los resultados de las regiones, ya que la mayoría de departamentos no presentan un comportamiento similar al de Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca y San Andrés.

Gráfica 6. Distribución de la afiliación, 2016



Fuente: Elaboración propia con información del SISPRO y DANE (2016).

En cuanto a la operación de las IPS en el ámbito geográfico, la Exposición de Motivos de la Ley Ordinaria en Salud dejó por sentado la preocupación del gobierno por la baja capacidad de respuesta de las IPS frente a las necesidades de la población, en especial por la disponibilidad de servicios en los municipios que obedecen a la configuración geográfica de las redes por nivel de atención. De la misma forma y frente a lo dictado por la Corte Constitucional en la C 463/08, se entiende que: "El carácter prestacional y progresivo del derecho a la salud conlleva tres obligaciones por parte del Estado: en primer lugar, el deber del Estado de tomar todas las medidas –económicas, jurídicas y políticas- para su realización plena; en segundo lugar, el deber del Estado de garantizar unos contenidos mínimo y esenciales de prestación de servicios a una cobertura universal de los mismos y la

obligación de maximizarlos en cuanto sea posible; y en tercer lugar, el nivel de protección alcanzado no se puede afectar o disminuir” (Sentencia C 463, 2008).

Por ello, el Estado delega a las EPS la responsabilidad de garantizar un plan de salud obligatorio (POS) a sus afiliados y a prestar los servicios de salud a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y sus profesionales. En la Ley 100 de 1993 afirma “Cada entidad promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de instituciones prestadoras de salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el consejo nacional de seguridad social en salud” (Ley 100 de 1993, art. 179).

Es de esta forma cómo surge la propuesta del MSPS de crear áreas de gestión sanitarias que pretenden abarcar todo el territorio nacional, en especial aquellas áreas con población dispersa, difícil acceso y con carencia de infraestructura de salud²⁸. Estas zonas del territorio reúnen un conjunto de municipios, y en ocasiones hasta departamentos, que comparten ciertas condiciones o características funcionales que facilitan el acceso y uso de servicios de salud a través de la definición de redes de prestación de servicios de salud, es importante destacar que estas definiciones no responden necesariamente a la división político administrativa del país. La definición de las redes también se ha elaborado teniendo en cuenta los principales determinantes de la salud, como lo son: geografía, rutas y transportes, factores socio-económicos, minería, educación, grupos étnicos, servicios públicos, violencia, coberturas e indicadores de salud (vacunación, seguridad social, primera infancia), oferta de salud (oferta de servicios de salud, ambulancias, camas y salas, monopolios públicos), demanda de salud (enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas, enfermedades inmunoprevisibles) (Ministerio de la Protección Social /IGAC, 2008). Proponen además áreas de especial gestión sanitaria, en las cuales se reconoce la baja densidad poblacional del país, alta dispersión poblacional y un nivel de desarrollo institucional o económico bajo, lo que genera la necesidad prioritaria y especial de la gestión sobre la prestación de servicios en estas áreas. En el caso de estas áreas especiales, la organización y operación de la prestación de servicios de salud debe ser complementada por la oferta de servicios disponibles de otras áreas, pues su propia red no es suficiente, y se espera tenga una única EPS con condiciones especiales según lo defina el Ministerio de Salud. (Minsiterio de Salud y Protección Social, 2013).

El MSPS propone 3 categorías para dichas redes: red básica (cerca al usuario) que presta los servicios básicos para conservar y mejorar el estado de salud de la población; red especializada que atiende los pacientes con enfermedades complejas, buscando controlarlas de manera que puedan volver a ser atendidos en el nivel

²⁸ (Urna de Cristal. Portal de participación ciudadana., 2013)

básico; y redes especiales que atiende las enfermedades de mayor complejidad que requieren, por sus características, un manejo integral.

El Estudio sobre la geografía sanitaria de Colombia (2013) define las siguientes zonas de gestión sanitaria²⁹ a partir de un estudio de conglomerados y un análisis de redes, estas zonas son delimitadas al validar la similitud de sus determinantes, ya que permitirían la aplicación de políticas homogéneas (Ver el mapa en los Anexos).

Tabla 2. Zonas de gestión sanitaria

Zonas de gestión sanitaria		
Alta Guajira	Cundinamarca	Sabana inundable
Altillanura	Eje Cafetero	Santander
Antioquia	Nacimiento del Cauca	Sucre- Bolívar
Bogotá	Nacimientos del Magdalena y Caquetá	Sur de los Andes
Boyacá	Norte de Santander	Tolima
Chocó	Región Insular	Valle del Cauca
Ciénagas del Magdalena	Ríos de los Llanos Orientales	Valle del Cesar
Costas del Pacífico Sur	Ríos del Amazonas	Valle del Sinú

Fuente: Páez Salamanca, Jaramillo Quimbaya, & Franco Restrepo, 2013

La problemática del acceso y uso de servicios de salud en el sistema de salud colombiano, según señalan los principales agentes del sector, se debe a que en el país hay insuficiencia en la red y que su distribución geográfica no es equitativa, lo que ha generado un impacto negativo en el gasto de bolsillo de los afiliados (Cendex, 2015). En este sentido, las zonas de gestión sanitaria en el marco de la unificación de regímenes, cumplen un rol facilitador en términos de acceso y uso de la prestación de servicios en salud para los afiliados, garantizando una red capaz de suplir las necesidades de la población. Asimismo se conoce que dicha problemática se enmarca en las diferencias de los regímenes en términos de suficiencia de las redes, oportunidad en la atención y calidad. Con las garantías que ofrecen la configuración de las zonas de gestión sanitaria y la unificación de los regímenes, los afiliados al sistema se verán altamente beneficiados en condiciones de acceso, uso y calidad.

3.1 Suficiencia en la prestación de servicios de salud (suficiencia y la articulación de las redes entre aseguradores y la red pública y privada)

En investigaciones sobre las percepciones de los agentes en relación con el SGSSS, se ha encontrado que algunos de los factores explicativos de la calidad en el sistema obedecen por ejemplo a las dificultades para atender personas, la congestión de los

²⁹. Las zonas de gestión sanitaria están definidas por municipios. Para ver cómo está compuesta cada zona, ver el mapa en los anexos.

servicios, en especial en urgencias, y la insuficiencia de la red que afecta la calidad y la capacidad para solucionar los problemas de acceso (Cendex, 2015).

En la investigación de Cendex (2015) los agentes entrevistados afirman que el país tiene una red insuficiente y que su distribución geográfica no es equitativa. Los representantes de EPS e IPS reconocen la existencia del problema y lo justifican haciendo referencia al conflicto de intereses entre ellos mismos, y que como resultado ha afectado la contratación y conformación de redes, pues algunas IPS se niegan a firmar contratos y a trabajar con ciertas EPS. (Cendex, 2015).

Para ilustrar la insuficiencia en la red, se mostrarán los indicadores de camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes con el fin de ilustrar la capacidad y suficiencia a nivel departamental. La distribución de camas en los departamentos exhibe la disparidad en acceso y recursos (OECD, 2015), como se puede observar en la amplia diferencia entre Vichada (0.32) y Atlántico (2.2), los departamentos con menor y mayor disponibilidad de camas en el país. Para el total nacional este indicador se ubica en 1.58 camas por 1.000 habitantes, valor que dista del promedio de los países del grupo de la OECD el cual se encuentra en 4.8 camas por 1.000 habitantes. Sin embargo, la situación empeora al detenerse en departamentos como Vaupés, Guaviare y Cauca que cuentan con menos de 1 cama por cada 1.000 habitantes.

Tabla 3. Número de camas por 1.000 habitantes

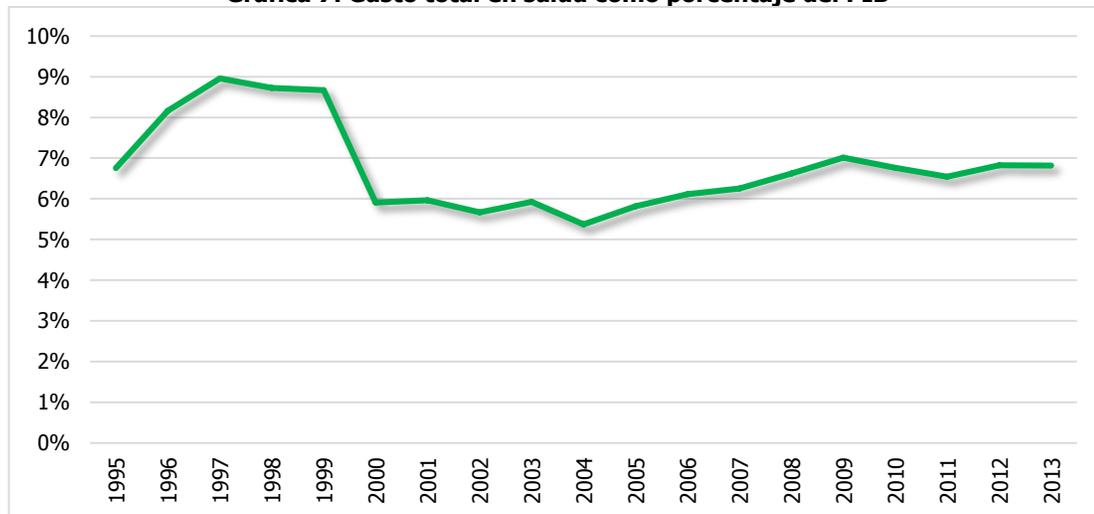
Departamento	Camas por 1.000	Departamento	Camas por 1.000
Amazonas	1.74	Huila	1.44
Antioquia	1.52	La Guajira	1.26
Arauca	1.40	Magdalena	2.03
Atlántico	2.20	Meta	1.65
Bogotá D.C	1.68	Nariño	1.45
Bolívar	1.56	Norte de Santander	1.28
Boyacá	1.00	Putumayo	1.33
Caldas	1.99	Quindío	1.89
Caquetá	1.48	Risaralda	1.63
Casanare	1.14	San Andrés	1.62
Cauca	0.98	Santander	1.87
Cesar	1.94	Sucre	2.65
Chocó	1.62	Tolima	1.51
Córdoba	1.39	Valle del cauca	1.65
Cundinamarca	0.90	Vaupés	0.32
Guainía	1.13	Vichada	1.20
Guaviare	0.94	Total Nacional	1.58

Fuente: OECD, 2015

4 FUENTES DE FINANCIAMIENTO Y FLUJO DE RECURSOS EN LOS REGIMENES DE AFILIACIÓN

A partir de la expedición de las Leyes 60 y 100 de 1993, el SGSSS ha aumentado poco a poco la cantidad de recursos destinados a salud en el país, así lo muestran el gasto total en salud³⁰ como porcentaje del PIB. De 1995 a 1999, se puede observar el esfuerzo fiscal de llevar la reforma del 93 a término con un gasto en promedio del 8.2%. Posteriormente, en el año 2000 el gasto en salud fue de 5.9% y llega al 6.8% en el 2013, en esta serie de 19 años el promedio del gasto en salud como porcentaje del PIB fue de 6.8%, uno de los más altos de América Latina. El empeño de los gobiernos por aumentar paulatinamente el gasto en el sector, ha permitido llegar a las metas planteadas por el sistema desde un principio, como lo son la unificación del plan de beneficios de los regímenes y la universalización del aseguramiento en salud en el país, dentro de otras, además de soportar algunas contingencias del sistema como lo fue en el 2010 la emergencia social en salud.

Gráfica 7. Gasto total en salud como porcentaje del PIB



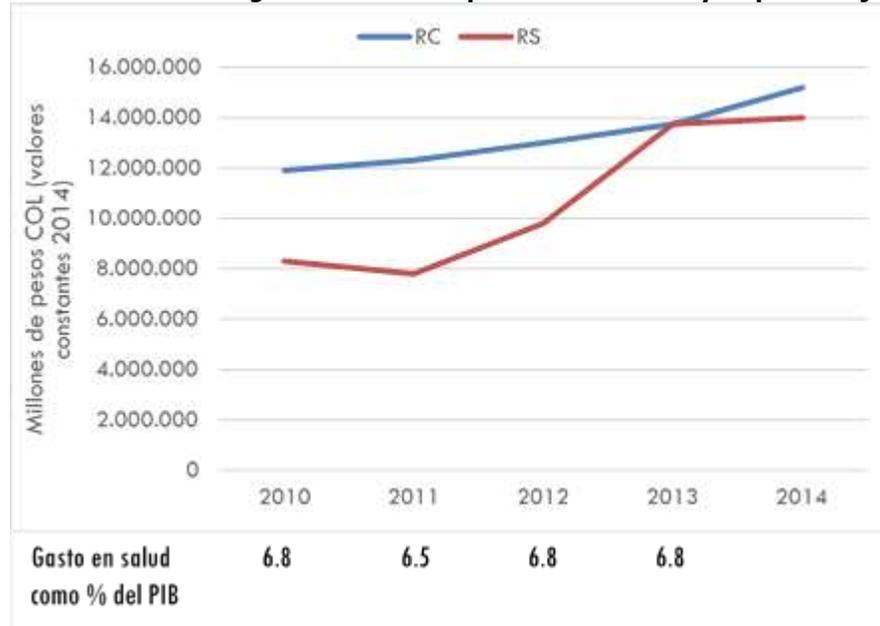
Fuente: World Development Indicators, 2015.

En el 2009 inicia la unificación de planes de beneficios para los regímenes contributivo y subsidiado en la población menor de 12 años, después en el 2010 se logra la igualdad en la cobertura para la población entre 12 y 18 años, y en 2011 para las personas mayores a 60 años. En 2012 la unificación logra darse en la totalidad de los afiliados, pues se incluyen aquellas personas entre 18 y 59 años. Si se observa el gasto en salud entre para dicho periodo se observa un incremento en

³⁰. Gasto total en salud: suma del gasto público y privado en salud.

los dos regímenes, más alto en el subsidiado, régimen que aumenta el número de servicios en su plan. En el 2013, el gasto en pesos colombianos se iguala para ambos regímenes, y luego en 2014 vuelve a ser inferior el gasto del subsidiado. La tendencia del gasto en salud, como se muestra en grafico anterior, exhibe un lento pero constante aumento en el tiempo y por ello no se puede atribuir de manera completa el crecimiento del gasto como resultado de la ampliación en la cobertura del régimen subsidiado. Con la información disponible se desconoce la cuantía de este impacto, pero es claro que un cambio de este tipo en el sistema generará un importante impacto sobre el gasto en salud del país.

Gráfica 8. Crecimiento del gasto en salud en pesos colombianos y su porcentaje del PIB



Fuente: OECD, 2015.

Organizaciones internacionales como la OECD consideran que la estructura financiera del Sistema de Salud Colombiano es compleja debido a la diversidad de mecanismos, fuentes y reglas para la asignación y distribución de recursos financieros. Esta multiplicidad provoca dificultades para llevar a cabo el seguimiento a los recursos y conocer su utilización final. A continuación se describirán las principales fuentes de los regímenes y su flujo de recursos.

El flujo de los recursos en el sistema de salud colombiano se ha convertido en una queja constante por parte de los prestadores de los servicios de salud, tanto del régimen contributivo como del subsidiado, por ser agentes ubicados al final de una cadena encargados de otorgar de una manera directa el derecho a la salud de los afiliados.

4.1 Fuentes de financiamiento y flujo de recursos

4.1.1 Régimen contributivo

El régimen contributivo es una forma de las formas de aseguramiento en salud ofrecida por las EPS a los ciudadanos que son empleados, independientes, pensionados y madres comunitarias (todas las personas con capacidad de pago). La principal fuente del régimen son las cotizaciones, estas son aportadas por: los empleados (4%); los empleadores pagan el 8.5%, cuando sus empleados devengan más de 10 salarios mínimos; si el empleado gana menos de 10 salarios mínimos, su cotización (8.5%) es cubierta por los recaudos del Impuesto para la Equidad - CREE³¹; si el empleado es independiente asume el aporte por completo (12.5%); los pensionados están obligados a cotizar a través del régimen contributivo y su cotización es del 12%; por último las madres comunitarias aportan un 4%. Asimismo, el sistema es financiado por los copagos y las cuotas moderadoras, los primeros son un porcentaje del valor del servicio de salud demandado y las segundas son pagos para regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso.

Las cotizaciones son recaudadas por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual se encarga de girar a las EPS, a través del proceso de compensación, la UPC³² que le corresponde por cada afiliado. Luego la EPS, como representante del afiliado, se encarga de contratar los servicios, definidos en el POS, con IPS para que sus afiliados tengan acceso a los servicios de salud que demanden.

Es pertinente mencionar el papel del CREE en el régimen contributivo. El CREE, según la DIAN, es un impuesto sobre la Renta para la Equidad creado a partir del 1 de enero de 2013 como aporte de las sociedades y personas jurídicas, asimiladas en beneficio de los trabajadores, la generación de empleo y la inversión social en los términos de la ley 1607 de 2012. Lo que busca en gran parte este impuesto es aumentar la tasa de ocupación en el país, al reducir los costos de contratar un empleado formalmente. Más allá de la sustitución del aporte, el CREE debilita sustancialmente la idea de parafiscalidad del régimen contributivo como consecuencia de su financiación a partir de un impuesto proveniente de un recaudo de utilidades de las firmas superavitarias del país, el impuesto para la equidad.

³¹. Según la DIAN, es un impuesto creado a partir del 1 de enero de 2013 como aporte de las sociedades y personas jurídicas y asimiladas en beneficio de los trabajadores, la generación de empleo y la inversión social en los términos de la ley 1607 DE 2012. Lo que busca en gran medida este impuesto aumentar la tasa de ocupación en el país, al reducir los costos de contratar un empleado formalmente.

³². La UPC se define por cada afiliado según la edad, el género, la zona geográfica en la que vive, y en algunos casos por factores epidemiológicos.

Diagrama 1. Composición del CREE³³

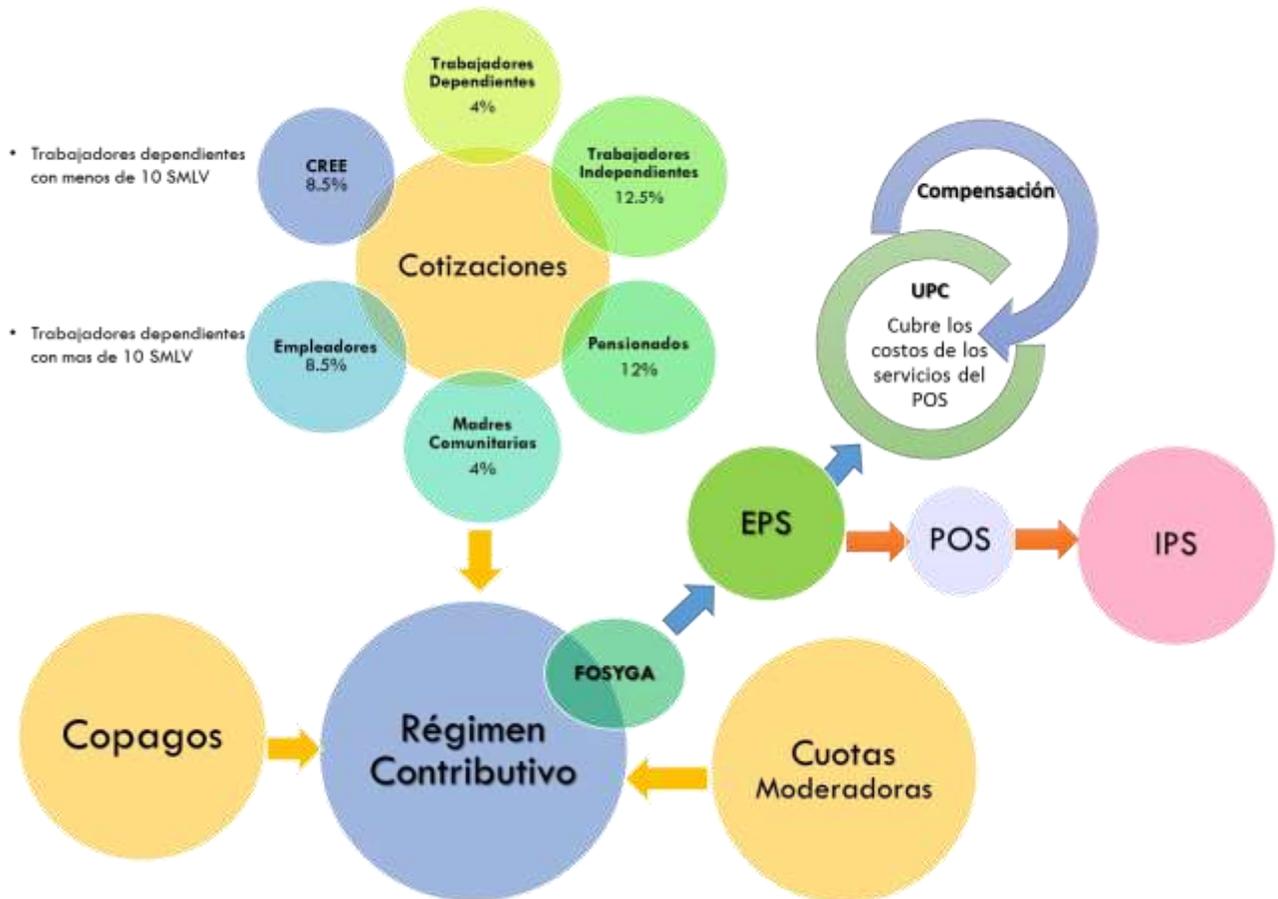


Fuente: Elaboración propia.

La Ley 1607 de 2012 en su artículo 24 y la Ley 1753 de 2015 en el artículo 136, señalan la destinación específica del impuesto que en 2016 recauda el 9% de las utilidades de las empresas y lo asigna de la siguiente manera: 4.4 puntos del impuesto son destinados al Sistema de Seguridad Social en Salud; 2.2 puntos al ICBF; 1.4 puntos al Sena; 0.6 puntos a financiar las instituciones de educación superior públicas, créditos beca a través del Icetex, y mejoramiento de la calidad de la educación superior; y 0.4 puntos que se destinan a financiar programas de atención a la primera infancia.

³³ *El CREE es un impuesto del 9% sobre la renta a la equidad y financia el 8.5% de las cotizaciones de los afiliados dependientes laboralmente del régimen contributivo que devengan menos de 10 SMLV

Diagrama 2: Fuentes y flujo de recursos en el régimen contributivo



Fuente: Elaboración propia

4.1.2 Régimen subsidiado

El régimen subsidiado afilia a la población más pobre y vulnerable, sin capacidad de pago y que necesita ser financiada bajo el principio de solidaridad, dado por las transferencias que recibe del régimen contributivo. Este régimen ha ayudado a soportar uno de los objetivos del sistema planteados en la Ley 100 de 1993, cobertura universal, ya que ha llevado el acceso, uso y calidad a la salud a personas en condiciones que sin la reforma, difícilmente hubieran podido acceder a este servicio. Para fortalecer este proceso, la Ley 1438 de 2011 se dio la posibilidad a las

EPS de afiliar a los ciudadanos, sin necesidad de hacer el proceso a través de la Entidad Territorial.

El régimen subsidiado, al contrario del contributivo, concibió su financiamiento con fuentes de carácter fiscal y parafiscal desde un principio. Asimismo, tiene más fuentes de financiación que el RC y dichos recursos se destinan a diferentes municipios y distritos que pagan la UPC de cada afiliado a las EPS del régimen subsidio. Las fuentes del RS se pueden dividir en tres grandes categorías: recursos nacionales, recursos territoriales y otros recursos. "El comportamiento de los recursos del régimen subsidiado depende en buena medida de la evolución de la economía, pues sus ingresos provienen de los impuesto que soportan las transferencias y de los aportes de los empleadores y trabajadores afiliados al régimen contributivo, gracias al mecanismo de solidaridad" (Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Financiamiento Sectorial, 2013).

Los recursos nacionales contemplan los aportes solidarios del régimen contributivo y los regímenes especiales, recursos de las Cajas de Compensación Familiar, y por último de los recursos del Presupuesto General de la Nación. En este caso, vale la pena destacar el CREE como una fuente importante en la financiación del régimen subsidiado, ya que en sus tres primeros años (2013, 2014 y 2015) una parte de este impuesto fue destinado para la nivelación de la UPC del régimen subsidiado, según lo dispuesto por la Corte Constitucional en respuesta a la ampliación del POS. Es así, como del 9% que obtiene el CREE de las utilidades de las empresas, ley 1739 de 2014 estableció que en el año 2015 se recaudaría un punto porcentual superior al establecido con anterioridad (8%) con motivo de la nivelación de la UPC del régimen subsidiado, en consecuencia se estableció que el 60% de dicho punto adicional debía destinarse a la nivelación para el periodo gravable 2015. A partir del año 2016, la ley 1753 de 2015 dispuso que dicho punto de la tasa correspondiente al CREE se destinaría de la siguiente manera: "0,4 puntos se destinarán a financiar programas de atención a la primera infancia, y 0,6 puntos a financiar las instituciones de educación superior públicas, créditos beca a través del Icetex, y mejoramiento de la calidad de la educación superior" (Rama Legislativa del Poder Público, Ley 1753 de 2015), como se muestra en la ilustración anterior.

Asimismo se dispone de los recursos de las ET, principalmente del Sistema General de Participaciones, de acuerdo con el DNP al régimen subsidiado "*Dando aplicación a lo previsto en el literal 1, numeral 1 del artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, se destina el 80% de los recursos de la participación para salud del SGP en la presente vigencia para régimen subsidiado. En consecuencia, los recursos de las once doceavas destinados a este concepto corresponden a \$ 5.596.323 millones, con un crecimiento del 7,67% respecto a lo asignado en 2015. Dichos recursos se distribuyen entre las entidades territoriales beneficiarias con el objeto de financiar la continuidad del régimen subsidiado.*" (Departamento Nacional de Planeación- DNP,

2016; pág. 15), el 10% a las acciones de salud pública³⁴ y el 10% restante para la población pobre no afiliada y las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda. De igual manera, se encuentran las rentas cedidas por la Nación a las Entidades territoriales con destinación específica a la salud como el IVA de los juegos de suerte y azar y el IVA cedido³⁵. El FONPET potencialmente provee recursos para el RS, ya que según el Decreto 729 de 2013, si un municipio no tiene obligaciones pensionales del sector salud, podrá utilizar los recursos provenientes del lotto en línea de la siguiente manera: cofinanciación del RS, saneamiento de las obligaciones pendientes asociadas a contratos en el mismo régimen, saneamiento fiscal de las ESE, y por último, inversión en infraestructura de la red pública de IPS.

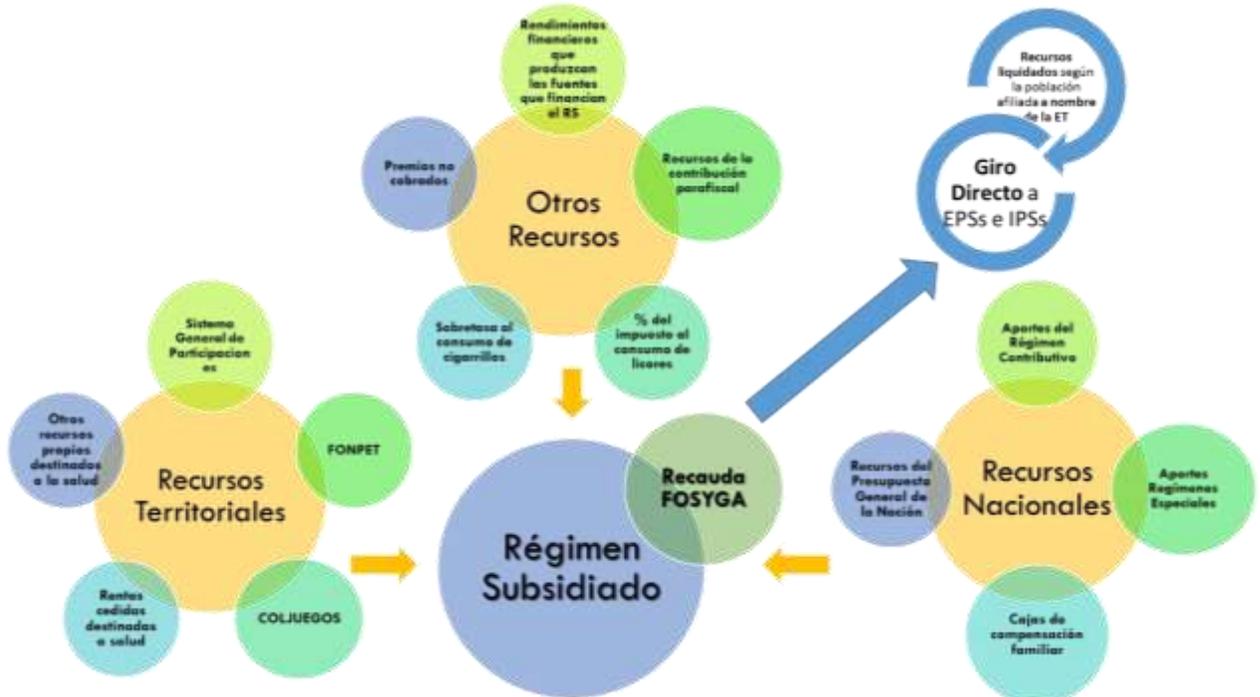
El artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, que en su literal I hace referencia a las rentas cedidas, fue demandado ante la Corte Constitucional en agosto de 2015. En el marco de brindar mayor agilidad al flujo de recursos entre los diferentes agentes del Sistema, podría buscarse la modificación del proceso a través del cual se realiza el giro de los recursos provenientes de las rentas cedidas. Sin embargo, constitucionalmente la administración de dichos recursos está en cabeza de las entidades territoriales, quienes a su vez son las que cuentan con la iniciativa para proponer la normatividad que regule esta materia, tal como lo dispone el inciso 3 del artículo 336 constitucional.

Finalmente, los otros recursos hacen referencia a los rendimientos financieros generados por las distintas fuentes que financian el régimen subsidiado; recursos del cuarto punto de la contribución parafiscal; el 6% del impuesto de licores, vinos y aperitivos; la sobretasa al consumo de cigarrillos y tabaco y los premios no cobrados. Según Cardona (2015), las fuentes de financiamiento del Régimen Subsidiado han mostrado un comportamiento creciente de más del 87% en términos nominales en el periodo comprendido entre el 2011 y el 2015, periodo que coincide con la ampliación de beneficios en el régimen.

³⁴. Conforme a las competencias de Salud pública atribuidas a las entidades territoriales, según lo establecido en el artículo 44 de la Ley 715 de 2001 y demás disposiciones legales vigentes. (Departamento Nacional de Planeación- DNP, 2016)

³⁵. Según la Superintendencia Nacional de Salud es el impuesto al valor agregado generado por la venta de cervezas, licores, vinos, aperitivos y similares.

Diagrama 3: Fuentes y flujo de recursos en el régimen subsidiado



Fuente: Elaboración propia

4.2 Cuentas maestras

Aunque se hable de déficit en algunas EPS, existen algunos recursos superavitarios en el sector. Por ello, en el sistema se buscó facilitar su uso en las áreas de la salud que más lo necesitaran a través de las cuentas maestras. Estas cuentas pretenden brindar liquidez en la red prestadora de servicios de salud, especialmente a la red pública; y contribuir al saneamiento de las deudas Municipio-Entidad Territorial y EPS-Prestador (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012; pág 2).

El uso permitido de los excedentes las cuentas maestras del régimen subsidiado se encuentra establecido en la Ley 1638 de 2013. En ella se prioriza su utilización en los compromisos y contingencias del régimen subsidiado, así como en las deudas asociadas a los servicios prestados No POS del mismo. Luego se da prelación al pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada, pago de servicios No POS, financiación de programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas

Sociales del Estado³⁶ categorizadas en riesgo medio y alto, inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, por último financiación de los municipios y distritos clasificados en las categorías Especial 1 y 2, y pruebas piloto para el ajuste de la UPC en el RS (Ley 1638 de 2013; art. 2).

Por otra parte, en la ley se contempla que además de los usos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA, sus recursos podrán ser utilizados para adelantar, de manera directa desde el Fondo, la compra de cartera reconocida de IPS con EPS. Como una medida preventiva, considera que aquellas EPS en medidas de vigilancia especial, intervención o liquidación, deben girar³⁷ como mínimo el 80% de las UPC reconocidas, directamente desde el FOSYGA o desde el mecanismo de recaudo a las IPS con las que tenga contratos (Ley 1638 de 2013; art. 9 y 10). De la misma manera, se obliga a las Entidades Territoriales, EPS e IPS a reflejar en su contabilidad las cuentas por pagar que hayan sido conciliadas.

Para efectos de seguimiento y control de los recursos mencionados en esta ley, es obligatorio reportar al MSPS en un plan de aplicación y ejecución de recursos, luego esta información será reportada a la SNS, entidad que vigilara y hará seguimiento de la adecuada ejecución de los recursos.

³⁶. El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero deberá contener medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, restructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

³⁷. Giro directo

5 **HABILITACIÓN FINANCIERA DE LOS ASEGURADORES**

La autorización otorgada por la Superintendencia Nacional de Salud³⁸ para acceder a la calidad de EPS está sujeta al cumplimiento de una serie de condiciones generales y otras propias del régimen en el que vaya a operar la respectiva EPS. Entre las condiciones que se podrían considerar generales, se encuentran las enunciadas por la Ley 100 en su artículo 180, siendo estas: la asignación de una razón social que la identifique como tal, personería jurídica reconocida por el Estado, tener como objetivo la afiliación, la afiliación y registro de la población al SGSSS y el recaudo de las cotizaciones en calidad de delegataria del Fosyga (en el caso de las EPS del Régimen Contributivo), así como disponer de capacidades administrativas que le permitan tener información sobre los afiliados y sus familias, y financieras, que le permitan desarrollar su objeto social, entre otras (artículo 180 Ley 100 de 1993).

Por su parte, las condiciones que podemos denominar propias de cada régimen se pueden clasificar en condiciones de operación y de permanencia que están, a su vez, integradas por capacidades técnico administrativas, financieras, y tecnológico científicas; donde las primeras hacen referencia al conjunto de requisitos relacionados con la organización administrativa y sistemas de información de la respectiva entidad, y el cumplimiento de sus responsabilidades en mercadeo, información y adecuación, afiliación, y registro en cada área geográfica (Rama Ejecutiva del Poder Público, 2004); las segundas son relativas a requisitos para acreditar la capacidad financiera necesaria para garantizar la operación y permanencia de la ARS (Rama Ejecutiva del Poder Público, 2004); y las últimas, como aquellas indispensables para la administración del riesgo en salud, la organización de la red de prestadores de servicios y la prestaciones de los planes de beneficios (Rama Ejecutiva del Poder Público, 2004).

En la actualidad³⁹, el Decreto 2702 de 2014 (por el cual se actualizan y unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el

³⁸. El artículo 40 de La Ley 1122 de 2007, relativo a las funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud, dispone que le corresponde "autorizar la constitución y/o habilitación y expedir el certificado de funcionamiento de las EPS del Régimen Subsidiado y Contributivo. Por su parte, el artículo 6 del Decreto 1018 de 2007, también relativo a las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, afirma que tiene como función la de "autorizar la constitución y /o habilitación de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado y efectuar la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas que regulan la solidez financiera de las mismas. Habilitar y/o revocar el funcionamiento de las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) cualquiera que sea su naturaleza y cualquiera que sea el régimen que administre".

³⁹. Con anterioridad a la promulgación del Decreto 2702 de 2014 las condiciones financieras de habilitación de las EPS de ambos regímenes en salud estaban determinadas por las disposiciones contenidas en las normas expuestas a continuación. En el caso del Régimen Subsidiado, los Decretos 882 de 1998 (por el cual se fija el margen de solvencia que asegura la liquidez de las entidades promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado y se dictan otras disposiciones), 515 de 2004 (por el cual se define el Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado) y 506 de 2005 (por

aseguramiento en salud y se dicen otras disposiciones) unificó y fortaleció las condiciones de habilitación de las EPS de ambos regímenes. El Decreto tiene como objetivo generar las condiciones financieras que garanticen que las EPS estarán capacitadas para manejar los recursos del SGSSS y respaldar sus obligaciones como resultado de la prestación de los servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; 1). En este sentido, se definen unas condiciones financieras para habilitar la operación de las EPS alrededor del capital mínimo, el margen de solvencia, las reservas técnicas, la inversión de las reservas técnicas y exigencias de ajuste contable. Por ejemplo, el capital mínimo en ambos regímenes pasó de \$6,160,000,000 a \$8,788,000,000, al que deberá ser adicionado un monto de \$965,000,000⁴⁰ por cada régimen de afiliación adicional en los que la entidad participe, régimen contributivo, subsidiado y los planes voluntarios de salud como planes de atención complementaria, planes de medicina prepagada, pólizas de seguros y otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud (Rama Legislativa del Poder Público, Ley 1438 de 2011, artículo 169). Se establece además la obligación de contar con un patrimonio adecuado, comprendido por el 8% de todos los ingresos operacionales de los últimos 12 meses: la UPC recursos para acciones de promoción y prevención, los aportes del plan complementario, el valor reconocido por el Sistema para el pago de las incapacidades, el valor de las cuotas moderadoras y copagos, el valor reconocido para enfermedades de alto costo y demás ingresos de la operación de acuerdo a lo que defina la Superintendencia Nacional de Salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; 4). En relación con las condiciones de capacidad técnico administrativa⁴¹ y tecnológica científica⁴², establecidas por el Decreto 515 de 2004, no se ha presentado unificación para las EPS de ambos regímenes.

el cual se modifica parcialmente el Decreto 515 de 2004 y se dictan otras disposiciones) regulan las condiciones de habilitación del régimen en comento. Por su parte, el Decreto 574 de 2007 (Por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de las Entidades Promotoras del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas) regula las condiciones del Régimen Contributivo.

El Decreto 882 de 1998 establecía condiciones de solvencia y en los siguientes términos: "se entiende por margen de solvencia, la liquidez que debe tener una Entidad Promotora de Salud y/o Administradora del Régimen Subsidiado, cualquiera sea su forma legal, para responder en forma adecuada y oportuna por sus obligaciones con terceros, sean estos proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o usuarios" (Artículo 1). El Decreto 515, al referirse a la capacidad financiera, afirma que la entidad deberá contar con el capital mínimo que garantice su viabilidad económica y financiera.

El Decreto 574 de 2007 establecía condiciones en términos de capital mínimo, régimen de solvencia y de reservas técnicas, entre otros. En relación con el capital mínimo, el Decreto definió que deberá ser mayor a 10,000 SMLMV (artículo 3 Decreto 574 de 2007).

⁴⁰. El monto adicional de 965 millones de pesos era el correspondiente al momento de expedición del Decreto. Su valor deberá ser actualizado de acuerdo con el índice de precios al consumidor certificado por el Departamento Nacional de Estadística (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

⁴¹. Las condiciones de capacidad técnico administrativas hacen referencia a aspectos como: "la estructura organizacional en la cual se identifiquen con claridad las áreas que tienen bajo su responsabilidad, los procesos mediante los cuales se cumplen las funciones de afiliación, registro y carnetización, organización, contratación del aseguramiento y prestación de los servicios del plan de beneficios en condiciones de calidad, administración del riesgo y defensa de los derechos del usuario por cada área geográfica; El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la

En el marco del cumplimiento y mejoramiento de las condiciones financieras de las EPS e IPS, fue promulgado el Decreto 1681 de 2015 -por el cual se reglamenta la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). Esta norma desarrolla lo dispuesto por el Decreto Ley 4107 de 2011, el cual estableció la creación de la Subcuenta de Garantías para la Salud con el objeto de dar acceso a mayores niveles de liquidez a las instituciones del sector salud, buscando: el acceso a mayores niveles de liquidez que permitan la continuidad en la prestación de los servicios en salud, servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial de los aseguradores y prestadores, participar transitoriamente en su capital, y apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de aseguradores y prestadores de servicios de salud.

Las operaciones a través de las cuales se busca el logro de los anteriores objetivos son: el crédito con tasa compensada, otorgamiento de garantías, línea de crédito directa, capital garantía, adquisición de títulos emitidos por las EPS, compra de cartera, entre otras. A manera de ejemplo, el Decreto 1681 define que las garantías serán a cargo de los recursos de la Subcuenta de Garantías; podrán ser otorgadas directamente o a través de la celebración de convenios con entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia; serán destinados al respaldo de créditos dirigidos al saneamiento de pasivos o a capital de trabajo; y las EPS o IPS beneficiarias no podrán encontrarse en medida de retiro voluntario o de intervención para la liquidación.

El Decreto también consagra figuras como la Línea de Crédito Directa o la Adquisición de títulos emitidos por las EPS, donde la primera permite el otorgamiento de créditos (con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías) a las EPS e IPS con el objetivo de que alcancen mayores niveles de liquidez y permitan el saneamiento de pasivos; y la segunda, desarrollada con el objetivo de fortalecer patrimonialmente a las EPS (con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías) al ser computables como parte del capital mínimo y del capital primario consagrados en el Decreto 2702 de 2014 (relativo a la actualización y unificación de las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para el aseguramiento en salud).

afiliación y registro de los afiliados; la verificación de las condiciones socioeconómicas de sus afiliados; la promoción de la afiliación al Sistema, el suministro de información y educación a sus afiliados; la evaluación de la calidad del aseguramiento; la autorización y pago de servicios de salud a través de la red de prestadores; y, la atención de reclamaciones y sugerencias de los afiliados"; entre otros (Rama Ejecutiva del Poder Público, 2004, artículo 4).

⁴². Por su parte, las condiciones de capacidad tecnológica y científica hacen referencia a aspectos como: el diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la planeación y prestación de los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; la conformación de la red de prestadores, con servicios habilitados directamente por el operador primario en la región, adecuada para operar en condiciones de calidad; entre otros (Rama Ejecutiva del Poder Público, 2004, artículo 4).

Adicionalmente, el Decreto 2353 de 2015 desarrolló la figura de la movilidad, como aquella en virtud de la cual se presenta el cambio de pertenencia a un régimen dentro de la misma EPS para los afiliados al SGSSS focalizados en los niveles I y II del SISBEN y algunas poblaciones especiales (Rama Ejecutiva del Poder Público, 2015, artículo 3). La normatividad, específicamente los decretos 2702 de 2014 y 3047 de 2013, han establecido las condiciones de habilitación que deben acreditar las EPS que participaren en ambos regímenes, siempre y cuando la participación en uno de ellos fuere igual o menor al 10% del total de sus afiliados. En el caso en el que la EPS operase en el Régimen Subsidiado y tuviere un porcentaje menor o igual al 10% del total de sus afiliados en el Régimen Contributivo, podrá operar sin el cumplimiento de los requisitos de habilitación propios de la operación en ambos regímenes. En el caso opuesto, es decir en el que la EPS operase en el Régimen Contributivo y la movilidad se presentase al Subsidiado, la normatividad dispone que deberán aplicar las condiciones financieras y de solvencia propias del Régimen Contributivo incluso a aquellos que pertenecieren al otro régimen en el marco de la movilidad (Rama Ejecutiva del Poder Público, 2013, artículo 3).

5.1.1 Margen de Solvencia EPS

En el marco del Decreto 2702 de 2014, la Superintendencia Nacional de Salud pública el cálculo del Patrimonio adecuado (solvencia) de las EPS del sistema, condición indispensable para su permanencia en el SGSSS. A continuación, se mostrara la información reportada del Patrimonio Adecuado a la SNS con corte a Junio de 2015, de las 42 EPS del régimen contributivo y subsidiado. En primer lugar, el indicador de solvencia es de \$-5,216 mm, sin incluir a las EPS liquidadas como Caprecom (-\$1,152.9 mm) liquidada por decisión del Gobierno Nacional como consecuencia de su resultado deficitario en el margen de solvencia, y Colsubsidio (\$1,704 mm), Cafam (\$267.2 mm) y Saludcoop (-\$1,550.8 mm) liquidadas voluntariamente.

De las 38 EPS que permanecen en el Sistema, 9 suman un margen de solvencia positivo de \$850,0 mm, de las cuales 3 son del régimen contributivo y representan el 83% de este resultado superavitario. Las 29 EPS restantes exhibieron resultados negativos de \$-5.333,5 mm, aquellas que aseguran exclusivamente a un solo régimen participaron en una proporción similar en los resultados deficitarios, mientras que tan solo las dos aseguradoras de ambos regímenes tuvieron el 20% de participación en los resultados negativos.

Tabla 4. Resultado Superavitario de Solvencia por Régimen

No. EPS	Régimen	Valor Resultado (MM\$)
3	EPS Contributivo	703.2
6	EPS Subsidiado	146.8
9	Total Resultado	850

Fuente: Circular Única a Junio de 2015 y cálculos de la SNS

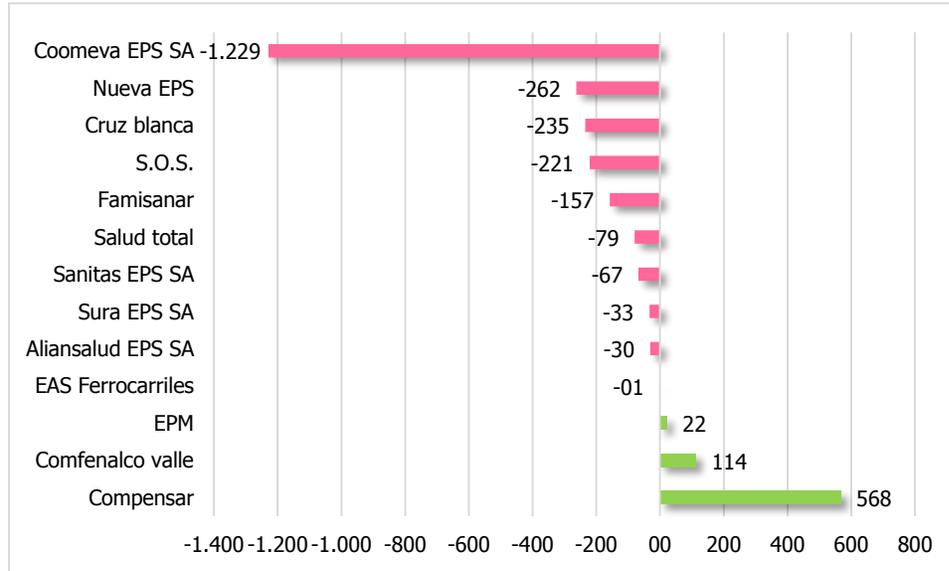
Tabla 5. Resultado Deficitario de Solvencia por Régimen

No. EPS	Régimen	Valor Resultado (MM\$)
10	EPS Contributivo	-2,313.6
17	EPS Subsidiado	-2,004.4
2	EPS con Contributivo y Subsidiado	-1,015.5
27	Total Resultado	-5,333.5

Fuente: Circular Única a Junio de 2015 y cálculos de la SNS

El margen de solvencia de las EPS a junio de 2015 para el régimen contributivo cuenta con 13 EPS dedicadas exclusivamente a la operación en este régimen, de las cuales 10 exhiben un margen de solvencia negativo que suma un total de -\$2,313,573,087. Coomeva, en este grupo, tiene una participación del 53% de resultado negativo, le sigue la Nueva EPS (11%), Cruz blanca (10%) y S.O.S. (10%). Por otra parte, entre las EPS con margen de solvencia positivo, la mayor participación es de Compensar con un 84% en este grupo.

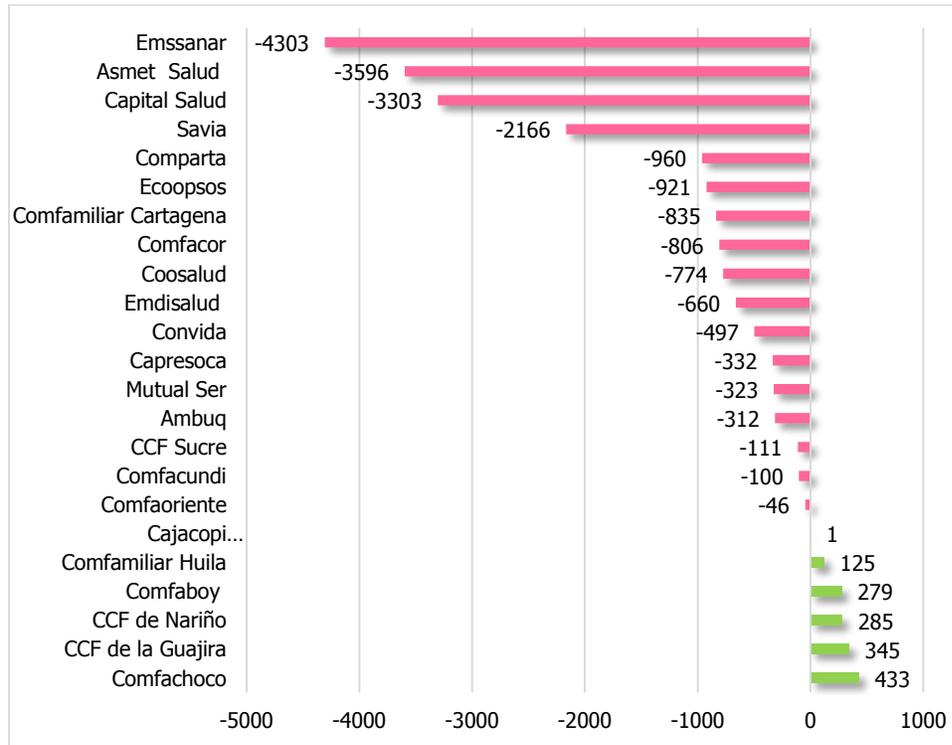
Gráfica 9. Margen de solvencia EPS del régimen contributivo a Junio de 2015 (MM\$ COP)



Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, 2015.

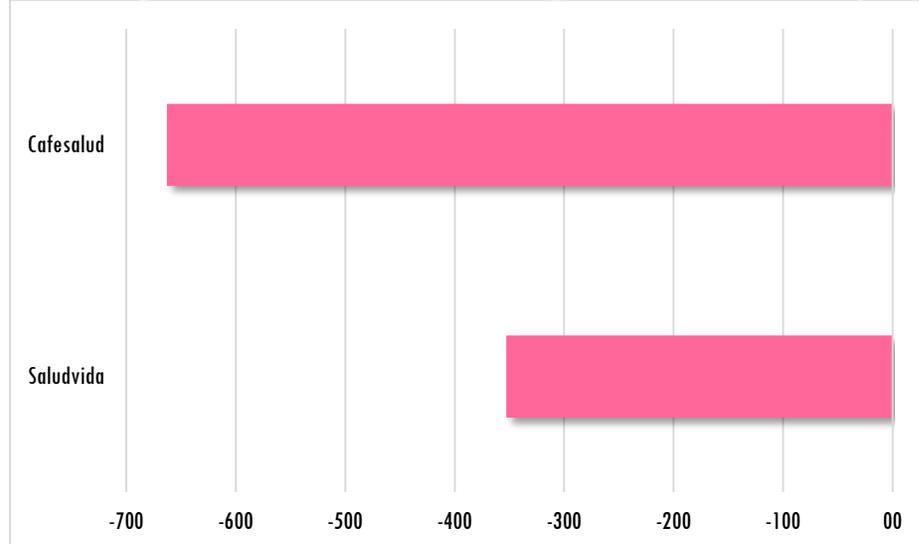
Por otro lado, seis EPS del régimen subsidiado tienen un margen de solvencia positivo y cercano a \$146.756.053 COP, valor casi 5 veces menor al reportado por las aseguradoras del régimen contributivo. No obstante, la participación en este grupo es mucho más homogénea. El resultado deficitario en el régimen subsidiado es menor al régimen contributivo (-\$1,857,630,697 COP) y se concentra en 4 EPS que agregan el 64%: Emmsanar 21,5%, Asmet 17,9%, Capital Salud 16,5% y Savia 10,8%.

Gráfica 10. Margen de solvencia EPS del régimen subsidiado a Junio de 2015 (MM\$ COP).



Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, 2015.

Gráfica 11. Margen de solvencia EPS de ambos regímenes a Junio de 2015 (MM\$ COP)



Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, 2015.

Las EPS del SGSSS exhiben en su mayoría un margen de solvencia negativo, calculado con la nueva metodología propuesta por el Decreto 2702 de 2014. La norma concede 7 años para que las EPS cumplan con los requisitos de habilitación, un plazo razonable según la SNS pues consideran que es suficiente para garantizar que las EPS paguen sus deudas a las IPS y garantizar la continuidad del aseguramiento (Guzmán Paniagua, Supersalud defiende normas de habilitación de EPS, 2015). No obstante, ACEMI considera que es un plazo muy corto el que se está dando y explican que las EPS del régimen contributivo no disponen de los recursos exigidos en el Decreto, lo que llevara a las aseguradoras a hacer un enorme esfuerzo para cumplir con la norma. El representante de la agremiación, Jaime Arias, sostiene que esta medida conducirá a la liquidación de algunas EPS o a su absorción por parte de otras, como resultado de la estricta medida (Guzmán Paniagua, Acemi considera corto el plazo de habilitación de EPS, 2015).

Entre ambos regímenes el margen de solvencia es de aproximadamente -\$5.3 billones de pesos, y se espera que en el plazo de 7 años este valor sea capitalizado mediante estrategias de las EPS para lograr estabilizar la situación financiera y mejorar las condiciones de calidad en el sector, sin embargo los gremios no ven tan viable esta meta como consecuencia de las pocas EPS que reportan un margen de solvencia positivo.

6 PROCESOS DE PAGO DE LA UPC

De acuerdo con lo dispuesto por la Ley 100, la Unidad de Pago por Capitación (UPC) es el valor per cápita que el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoce a las Empresas Promotoras de Salud, y que está en función del “perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería” (Rama Legislativa del Poder Público, 1993, artículo 182). La misma Ley establece – dentro de lo que denomina “Características básicas del sistema general de seguridad social en salud” – que las EPS recibirán por cada afiliado una Unidad de Pago por Capitación (Rama Legislativa del Poder Público, 1993, artículo 156)⁴³.

Dicho esto, hay que destacar que los procesos a través de los cuales las EPS acceden a los recursos correspondientes a las UPC difieren dependiendo del régimen de aseguramiento al que se esté haciendo mención. En el caso del régimen subsidiado, teniendo en cuenta sus fuentes de financiamiento (recursos de las entidades territoriales, de la cuenta de Solidaridad del Fosyga, entre otros (Rama Legislativa del Poder Público, 2007, artículo 11)) la Ley 1438 modificó el flujo de recursos al disponer que: “El Ministerio de la Protección Social girará directamente, a nombre de las entidades territoriales, la Unidad de Pago por Capitación a las Entidades Promotoras de Salud, o podrá hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras de Salud con fundamento en el instrumento jurídico definido por el Gobierno Nacional”(Rama Legislativa del Poder Público, 2007, artículo 29).

El flujo de los recursos en el régimen contributivo está caracterizado por el desarrollo del proceso de compensación interno⁴⁴. Las EPS son responsables de la afiliación, registro y recaudo de las cotizaciones –esta última, por delegación del Fosyga (Rama Legislativa del Poder Público, 1993, artículo 178). Cabe destacar que las cotizaciones – diferentes a las UPC – le pertenecen al SGSSS (Rama Legislativa del Poder Público, 1993, artículo 182). El proceso de compensación, propio del

⁴³. La configuración inicial del SGSSS, a través de la Ley 100, hacía referencia a la existencia de planes de servicios diferenciados para los regímenes subsidiado y contributivo. El plan de servicios o beneficios definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud debería permitir “la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención”. El plan de servicios de los afiliados pertenecientes al régimen contributivo correspondería con el definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, mientras que el correspondiente a los afiliados del régimen subsidiado contemplaría servicios por un valor equivalente al 50% de la UPC del contributivo concentrándose en los servicios de primer nivel. Adicionalmente la misma norma establecía que debían tomarse las medidas que permitieran la unificación de los planes de servicios o beneficios con anterioridad al año 2001 (la unificación de servicios tendría como base los beneficios correspondientes al régimen contributivo).

⁴⁴. Los recursos del Régimen Contributivo tienen origen en las cotizaciones hechas a nivel individual o familiar de “las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago”(Artículo 157 Ley 100).

Régimen Contributivo, parte de la totalidad de las cotizaciones obligatorias recaudadas, al cual se le descuentan los valores por concepto de: afiliaciones adicionales; intereses de mora por el pago de cotizaciones extemporáneas; el porcentaje del IBC con destino a la cuenta de solidaridad del Fosyga; el monto de la cotización para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; y una doceava parte del valor anual de las UPC vigentes para el mes en el que corresponde la cotización. Si el resultado de la operación anterior es superavitario, se transferirá la diferencia a la subcuenta de compensación; si por el contrario fuere deficitario, la cuenta de compensación reconocerá la diferencia. (Rama Legislativa del Poder Público, 1993, artículo 205) (Rama Ejecutiva del Poder Público, 2011, artículos 16)⁴⁵.

⁴⁵. El Decreto 4023 de 2011 (Por el cual se reglamenta el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga, se fijan reglas para el control del recaudo de cotizaciones al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones) regula, como bien lo indica su denominación, el proceso de compensación del Régimen Contributivo. Entre los elementos generales que cabe resaltar se encuentra lo dispuesto por los artículos: artículo 3 relativo los recursos de la subcuenta de compensación interna del Régimen Contributivo del SGSSS; artículo 5, relativo al recaudo de las cotizaciones y a la conciliación de las cuentas; artículo 11, por medio del cual se define el proceso de compensación; artículo 12, relativo a la devolución de las cotizaciones; y artículo 13, que regula la fórmula del proceso de compensación.

Artículo 16, Decreto 4023 de 2011: Fórmula del proceso de compensación. El proceso de compensación se adelantara tomando como base la totalidad de las cotizaciones obligatorias recaudadas, descontando los valores pagados por los afiliados adicionales, los intereses de mora por el pago de cotizaciones extemporáneas y demás aportes que no sean objeto del proceso de compensación. A este resultado se le deducirán los siguientes valores:

- a). El porcentaje del ingreso base de cotización, con destino a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga.
- b). El monto de la cotización obligatoria definido por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) con destino a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que deberá girarse a la Subcuenta de Promoción del Fosyga.
- c). El monto de la cotización obligatoria determinado por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), reconocido a las EPS y demás EOC para que asuman y paguen las incapacidades originadas por enfermedad general de los afiliados cotizantes.
- d). Al resultado de la operación anterior se le descontara, una doceava (1/12) del valor anual de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) vigentes en el mes al que corresponde la cotización, reconocidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las EPS y demás EOC para garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a cada uno de sus afiliados. Este reconocimiento se hará en proporcional número de días cotizados.
- e). De resultar la operación anterior superavitaria, el resultado se transferirá a la subcuenta de compensación del Fosyga. Si por el contrario esta operación resulta deficitaria esta subcuenta reconocerá el déficit.

Parágrafo 1°. En el caso de los afiliados adicionales de que trata el artículo 1° del Decreto 2400 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), el Fosyga autorizara la apropiación del valor correspondiente a una Unidad de Pago por Capitación (UPC), vigente en el mes al que corresponde el pago, definida para el grupo etario del afiliado adicional y el valor correspondiente a las actividades de promoción y prevención. El Fosyga en el proceso de compensación autorizara la transferencia de los recursos que correspondan a las subcuentas de Solidaridad y Compensación del Fosyga.

Parágrafo 2°. En el proceso de compensación se incluirán las cotizaciones integrales efectuadas por los aportantes y por los cotizantes independientes, sin perjuicio de involucrar aquellos casos en que por disposición legal, la cotización pueda ser inferior al porcentaje establecido o corresponda a un Ingreso Base de Cotización (IBC) inferior a un salario mínimo legal mensual vigente. Se entenderá por recaudo efectivo aquel pago que se encuentre disponible en la cuenta maestra de recaudo de la EPS o de la EOC y se encuentre plenamente identificado el afiliado al cual corresponde.

El flujo de recursos en el régimen subsidiado está caracterizado por el giro directo, establecido por la Ley 1438 de 2011. El giro directo consiste en el pago por parte del Ministerio de la Protección Social, o de quien haga sus veces, del valor correspondiente a las UPC a las EPS e IPS con base en la información contenida en la Liquidación Mensual de Afiliados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011, artículo 2). La Liquidación Mensual de Afiliados permite la determinación de los afiliados por los que se reconoce la UPC a las EPS e IPS de cada entidad territorial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011, artículo 1). A las Entidades Territoriales les asiste la obligación de validar la información de la Liquidación Mensual de Afiliados, ello en el marco de sus funciones de seguimiento y control de los afiliados dentro de su jurisdicción (Rama Legislativa del Poder Público, 2011, artículo 29).

Las fuentes de financiación de cada uno de los regímenes difieren, entre otros aspectos, por la importancia del componente parafiscal propio del Régimen Contributivo. El Régimen Subsidiado, por su parte, se financia con recursos provenientes de las rentas de las entidades territoriales, del Fondo de Solidaridad del Fosyga y por los aportes realizados por gremios, asociaciones, rendimientos financieros, entre otros. Las diferencias atinentes a las fuentes de financiación han tenido repercusiones en el flujo de los recursos entre los diferentes actores de SGSSS; es así como la mayor dispersión de las fuentes en el caso del Régimen Subsidiado ha podido generar un deterioro en el flujo de recursos, a lo cual hay que añadir factores como las numerosas entidades que componen la cadena, debilidades institucionales y la baja capacidad de gestión y administrativa en algunas entidades territoriales (Salazar, 2011).

7 CONTRATACIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

En relación con el flujo de recursos entre las EPS y las IPS, la Ley 100 establece que las primeras “podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias instituciones prestadoras de salud, o contratar con instituciones prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos” (Rama Legislativa del Poder Público, 1993, artículo 156). El ordenamiento también define las modalidades de pago aplicables a la compra de servicios de salud a través de las cuales se pueden desarrollar las relaciones contractuales entre aseguradores y prestadores. Las modalidades son el pago por capitación, el pago por evento y el pago por caso (Ministerio de la Protección Social, 2007). El pago por capitación hace referencia al pago anticipado de una suma fija que se hace por el tiempo que una persona -afiliado- tendrá derecho a recibir un grupo de servicios preestablecidos (Ministerio de la Protección Social, 2007 artículo 4). El pago por evento es el mecanismo en el que “la unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado” (Ministerio de la Protección Social, 2007, artículo 4). Por último, el pago por caso es aquel en el que el pago se realiza por un conjunto de actividades, procedimiento, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento de salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico (Ministerio de la Protección Social, 2007, artículo 4).

De acuerdo al tipo de contrato hospitalario en el que se enmarque la relación entre asegurador y prestador, el riesgo será compartido por las partes, o asumido por una de ellas. En el caso del contrato por evento, el riesgo se mantiene en cabeza del asegurador en la medida que el pago es posterior a la prestación del servicio (Ruiz Gomez, Amaya Lara, Garavito Beltrán, & Ramírez Moreno, 2008, pág. 318). En el contrato por cápita, el riesgo lo asume el prestador al adquirir la obligación de prestar un conjunto de servicios soportados en una contraprestación que ha sido determinada con anterioridad (Ruiz Gomez, Amaya Lara, Garavito Beltrán, & Ramírez Moreno, 2008, pág. 310). En el contrato por evento se presenta una transferencia parcial del riesgo en la medida en que el prestador está sujeto a la variación del costo en relación con el precio promedio acordado (Ruiz Gomez, Amaya Lara, Garavito Beltrán, & Ramírez Moreno, 2008, pág. 330).

El estudio “Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE” destaca la importancia de los sistemas de pago al afirmar que: “son especialmente importantes para la eficiencia del sistema, fundamentalmente porque las decisiones sobre gasto y nivel de producción dependen, en última instancia, de los profesionales sanitarios y ocurre que las fórmulas de pago y los incentivos que estas generan son capaces de influir sobre ellos” (Alvarez, Pellisé, & Lobo, 2000, pág. 55). La definición de la unidad de pago y

la distribución de los riesgos financieros – afirman – son los dos elementos que caracterizan los sistemas de pago (Alvarez, Pellisé, & Lobo, 2000, pág. 56). La unidad de pago la distinguen por el nivel de agregación de los servicios asistenciales contratados, al tiempo que afirman que es, en mayor o menor medida, una función de los insumos utilizados, del producto o de los productos intermedios (Alvarez, Pellisé, & Lobo, 2000, pág. 56). La definición de la unidad de pago mantiene abierta la determinación del precio a pagar. Existen dos posibilidades extremas en lo que al precio o fórmula de remuneración se refiere; podría ser único para todos los posibles servicios, o determinarse un precio distinto sobre la base de cada servicio (Alvarez, Pellisé, & Lobo, 2000, pág. 57). Entre las posibilidades anteriores existen otras opciones que podrían considerarse intermedias.

Como resultado de la existencia de los posibles modelos extremos presentados, remuneración fija o pago por acto, los autores afirman que en el primero de los casos “los prestadores soportan todo el riesgo financiero derivado de la variabilidad de costos para una tarifa prefijada y una unidad de pago”. En el otro extremo, “el riesgo incurrido por los prestadores es nulo: sea cual sea el costo de la unidad producida, la remuneración lo cubrirá y el financiador será quien soporte todo el riesgo derivado de la variabilidad de los costos” (Alvarez, Pellisé, & Lobo, 2000, pág. 57).

8 MANEJO UNIFICADO DE LOS RECURSOS DESTINADOS A LA FINANCIACIÓN DEL SGSSS

En el año 2013, el MSPS propuso el proyecto de Ley Ordinaria y Estatutaria, en los cuales se buscaban hacer reformas importantes al sistema dados algunos problemas que identificó el Ministerio. En relación al flujo de recursos en el sistema, en la exposición de motivos de la Ley Ordinaria identificaron los siguientes problemas:

- Dispersión de fuentes de financiación del sistema. En la financiación confluyen recursos fiscales y parafiscales con distintos procesos de recaudo, asignación y flujo, lo que dificulta el control y el flujo de recursos.
- Dificultades operativas de la administración del FOSYGA. La estructura de financiamiento del sistema y los distintos actores que concurren en el recaudo, operación y control de los recursos, ha generado la necesidad de estructurar procesos complejos al interior del FOSYGA.
- Costos asociados a la administración del FOSYGA y los procesos delegados en las EPS. Estos costos se originan en la administración fiduciaria y la recepción y revisión de recobros y reclamaciones, en la auditoría especializada e interventoría al contrato de administración fiduciaria y en los costos incurridos por el FOSYGA en los procesos de ordenación y seguimiento. Además, El proceso actual de recaudo de las cotizaciones es complejo e implica costos abultados.
- Dificultades en la afiliación, en el recaudo y en los pagos a prestadores.

Para ello, el Ministerio propuso la creación de Salud-Mía, una entidad encargada de afiliar, recaudar, administrar y girar los recursos destinados al pago de los servicios de salud. Sin embargo, la Ley Ordinaria que tenía esta propuesta no fue aprobada por el Congreso. En el 2015, el Plan Nacional de Desarrollo en la Ley 1753 de 2015 se hace una propuesta similar en cuanto al objetivo de la Entidad, pero esta vez se habla "del manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del SGSSS".

"La Entidad tendrá como objeto administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales confluirán en la Entidad. En ningún caso la Entidad asumirá las funciones asignadas a las Entidades Promotoras

de Salud.” (Plan Nacional de Desarrollo, 2015). Dentro de sus funciones se encontrarán:

- Administrar los recursos del Sistema
- Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet)
- Reconocer y pagar las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud.
- Realizar los pagos, efectuar giros directos, a las IPS y proveedores de tecnologías en salud
- Verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos
- Administrar la información propia de sus operaciones.
- El resto de actividades necesarias para el desarrollo de su objeto.

Cabe resaltar que “Los recursos destinados al régimen subsidiado en salud, deberán ser presupuestados y ejecutados sin situación de fondos por parte de las entidades territoriales en el respectivo fondo local, distrital o departamental de salud, según sea el caso. La entidad territorial que no gestione el giro de estos recursos a la Entidad, será responsable del pago en lo que corresponda, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar por la omisión en dicha gestión. Los recursos del Presupuesto General de la Nación destinados al financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se presupuestarán como transferencias para ser trasladados a la Entidad” (Plan Nacional de Desarrollo, 2015).

La creación de la unidad será una oportunidad para facilitar la unificación de los regímenes, ya que generará una unificación en el recaudo de los dineros del RC y el RS, luego su uso no tendrá que ser exclusivamente diferenciado.

9 INTEGRACIÓN VERTICAL ENTRE ASEGURADORES Y PRESTADORES

En la teoría microeconómica de mercados, la integración vertical (IV) según Ronald Coase (1937) está asociada, por un lado a la decisión de producir insumos necesarios para la producción (integración hacia atrás), o por otro lado, si la compañía decide adquirir sus insumos en el mercado, puede optar por distribuir o vender su producción a consumidores y a sí misma (integración hacia adelante). De esta manera, la IV se configura como una estructura organizacional que le permite a las firmas coordinar y controlar la atención de diferentes eslabones de la cadena de producción y facilitar la colaboración y la comunicación entre los oferentes que hacen parte de ella (Restrepo, Lopera, & Rodríguez, 2007).

Existen diferentes formas de definir si una firma está integrada verticalmente. Para Tirole (1989) se puede decir que una empresa tiene IV dependiendo del grado en que los bienes y servicios se podrían comprar a terceros en los diferentes eslabones de la cadena, y si además esta ejerce un control directo o indirecto sobre las decisiones tomadas en la estructura. Perry (1989), por su parte, considera que una organización está integrada verticalmente si para producir un solo bien se utilizan dos procesos de producción y, ya sea una parte o la totalidad del producto que resulta, se emplea como insumo en el segundo proceso.

En el sector salud en Colombia también se ha generado esta práctica, incluso después de la expedición de la Ley 100 de 1993, debido a que se permite a las aseguradoras prestar los servicios de salud a sus afiliados por medio de IPS propias, o IPS en las cuales la aseguradora tenga algún porcentaje en la participación patrimonial, o contratar con IPS ajenas a su organización. Entonces un hospital se integraba con un asegurador o un asegurador se integraba con un hospital. Una muestra de ello, fue precisamente en el inicio de la transición a la reforma del 93, donde se le permitía al Instituto de los Seguros Sociales ser EPS e IPS de manera simultánea, ejemplo fiel de integración vertical. Por esta razón, comenta Ramón Abel Castaño, la Ley se concentraba en permitir que la EPS organizara su red prestadora de servicios y gestione todo el proceso de atención, en ningún momento se decía si la red debía ser propia o con red externa, dejando así la opción abierta para hacerlo o no. (Arbeláez & Muñoz, 2004).

Sin embargo, esta práctica en el sector salud difiere un poco de la conocida en otros sectores económicos, los cuales siguen un comportamiento muy similar al que se describe al inicio de este apartado. La integración vertical en el sector salud es definida por la Corte en la Sentencia C-1041/07 como "la coordinación o unión de líneas de servicio dentro o a través de las etapas en los procesos de producción de atención en salud. Esto supone que la integración se relaciona con la circulación del

paciente a través de las etapas de producción que son determinadas por episodio de salud. Entonces la integración vertical es una estructura de Gobierno diseñada para coordinar y controlar los servicios de atención que están en diferentes estados de la cadena de valor y que facilitan la colaboración y comunicación interorganizacional entre los oferentes de atención en salud que están involucrados en la prestación de servicios” (Relatoría Sentencia C-1041/07, 2007).

El diseño del régimen contributivo en el sistema separa el aseguramiento (a cargo de las EPS) de la prestación de los servicios de salud (en cabeza de las IPS). La IV ha sido entendida de la siguiente manera: "debido a que las EPS tienen la función principal de garantizar la prestación de los servicios del POS, como producto final a sus afiliados, se ha supuesto que esta firma se enfrenta a la decisión entre entregar directamente los servicios o llevarlos al usuario mediante ciertas transacciones en el mercado, esto es, se plantea que la EPS podría integrarse hacia adelante con la IPS y de este modo controlar directamente la atención a sus afiliados” (Relatoría Sentencia C-1041/07, 2007). Según Gal-Or (1996) la integración también puede entenderse en el evento en el que el prestador de servicios en salud tiene un trato exclusivo con un asegurador, el prestador puede aceptar un pago menor por un gran volumen de pacientes y de esta forma reducirse las opciones de oferentes, mientras las aseguradoras también garantizan un mayor beneficio.

Lo anterior sugiere que la forma en la que esta organizado y reglamentado el sistema de salud colombiano promueve y permite las practicas de IV. Juan Luis Londoño, ex ministro de Salud y líder de la Reforma del 93, reconocía “que una EPS que tiene su propia IPS o que tiene una red muy estrictamente cerrada de prestadores, resulta más viable que aquellas donde se presenta separación de funciones.” Los incentivos generados por la IV son la generación de mayores flujos financieros (Restrepo, Lopera, & Rodríguez, 2007), menor incertidumbre en los contratos y mayor oportunidad en los pagos entre las partes, entre otros. De esta forma las IV entre EPS e IPS es una forma de gobierno que sustituye el intercambio de mercado por intercambios dentro de la firma (Restrepo, Lopera, & Rodríguez, 2007, pág. 304).

La IV en el sistema de salud, tiene un rol muy controversial y aunque muchos esten de acuerdo con la práctica, otros ven aspectos negativos que afectarían el buen desempeño del sistema. La posición dominante, es uno de los aspectos que preocupan, ya que esta consiste en una disminución de la competencia efectiva debido a la fortaleza y poder de mercado en la negociación de una firma en el sector, lo que podría conducir al aumento de los precios en los servicios de salud. “El Estado, en virtud del artículo 333 Superior -por mandato de la ley, impedirá que se obstruya o se restrinja la libertad económica y evitará o controlará cualquier abuso que personas o empresas hagan de su posición dominante en el mercado nacional-” (Relatoría Sentencia C-1041/07, 2007). En este sentido, la investigación de Ramírez

et al. (2015) hace mención a la posición del Director de Atención Primaria del MSPS, quien considera que *-la integración vertical hace parte de prácticas empresariales que están en cualquier escenario empresarial y que son válidas, lo que no es adecuado es el abuso de posición dominante-* debido a la falta de regulación por parte del sector salud.

En Colombia legalmente se puede presentar la integración entre aseguradores y prestadores, básicamente porque la Ley 100 delimitó las funciones de cada agente. De hecho, si hoy se prohibiera la IV en el sistema de salud, existen numerosas formas en las que ambas partes del sector se podrían integrar sin violar la ley, por ejemplo, con la firma de contratos exclusivos a largo plazo entre IPS y EPS, evento que difícilmente se puede controlar (Arbeláez & Muñoz, 2004), incluso figuras de contratación con las IPS como el leasing y el outsourcing, también permitirían la IV entre otras.

En la actualidad no hay un consenso sobre los niveles de favorabilidad o daño de la IV en el sistema. Restrepo et al (2007) afirman que algunos agentes piensan que la IV reduce los conflictos entre aseguradoras y prestadoras, las asimetrías de información y las ineficiencias que se puedan presentar en el mercado, mientras otros consideran que la IV genera pérdidas de productividad, eficiencia y calidad en la prestación de los servicios, limita la libre elección de los usuarios y crea riesgos éticos para el personal de la salud (Restrepo, Lopera, & Rodríguez, 2007). Por otra parte, Ramón Abel Castaño, advierte que nos es cuestión de prohibir la integración vertical ni de emitir un juicio de valor sobre qué tan buena o mala, considera que depende del comportamiento de EPS e IPS en la integración y del control público que se les aplique en pro de la calidad de los servicios en salud que entregan a los usuarios con indicadores de morbilidad, mortalidad y estado funcional⁴⁶, y sobre el uso de los recursos que le son asignados, si el sistema funciona bien y el control se ejerce de la manera adecuada solo se van a integrar aquellos agentes que con la misma cantidad de dinero o menos puedan generar más salud (Arbeláez & Muñoz, 2004). Mientras agentes como las EPS y sus gremios puntualizan en la necesidad de la IV en el primer nivel de atención, incluso insisten que esta práctica debe ser promovida por el gobierno en municipios de escasa población y poco atractivos para el mercado, con el propósito de garantizar una red de atención en dichas áreas (Suarez Rozo, Ramírez Moreno, Puerto García, Rodríguez, & et, 2015).

9.1 Medición integración vertical en salud

En cuanto al modo de control, Robinson y Casalino (1996), señalan que las relaciones de coordinación en la atención en salud no requieren la propiedad, pues se pueden realizar mediante redes de contratos. La firma puede elegir entre un

⁴⁶. En general, mide la capacidad de los pacientes para desenvolverse en ámbitos metales, físicos y sociales.

sistema verticalmente integrado que consiste en un sistema que incluye atención primaria, grupos de especialistas y hospitales, la firma ejerce el control y la dirección, y puede focalizar los esfuerzos de sus unidades en las mismas metas y estrategias. (Restrepo, Lopera, & Rodríguez, 2007).

Si bien la reducción de los costos de transacción en la contratación es la razón fundamental para que aparezcan sistemas integrados, en la atención en salud existen muchos riesgos y es preferible la integración en vez de hacer contratos que puedan ser volátiles y complejos. (Restrepo, Lopera, & Rodríguez, 2007).

Las ventajas de la IV siguiendo a Gaynor (2006) son: eficiencia por menores costos de transacción, garantía de la oferta de insumos, mejor supervisión, mayor coordinación de precios entre médicos y hospitales que venden servicios complementarios.

En el sector se ha encontrado que las Cajas de Compensación Familiar, son las entidades con mayor integración vertical, es decir con mayor número de IPS propias, seguidas de las Empresas Solidarias, según los directores de IPS (Universidad Nacional de Colombia y Ministerio de Salud- Programa de apoyo a la reforma-, 2000).

A continuación, se encuentran las EPS con mayor proporción de integración vertical según la SNS en el 2008⁴⁷.

Tabla 6. Entidades integradas verticalmente

Año	EPS integradas	Fuente	Regulación
2007	Entidad Promotora de Salud	Informe Gestión SNS, 2008	Mínimo 30% de contratación con IPS no pertenecientes a la red propia
	Organismo Cooperativo SaludCoop		
	Cruz Blanca S.A.		
	Caja de Compensación Familiar de Boyacá Comfaboy		

Fuente: **Superintendencia de Salud, 2008.**

⁴⁷. En este momento la Oficina de metodologías de supervisión y análisis de riesgo de la SNS se encuentra elaborando un documento sobre integración vertical que saldrá en el 2016.

10 CONCLUSIONES

En definitiva, la descripción precedente sobre la manera cómo opera la normatividad vigente en materia del SGSSS en distintos estadios de la afiliación, no solo da cuenta de los elementos que componen los regímenes contributivo y subsidiado, sino de los principios axiológicos sobre los que estos se cimientan y el espíritu de las normas que reglamenta a cada uno de ellos; todos aspectos fundamentales para la comprensión de la orientación y las implicaciones del modelo y la concepción de la salud implementados en Colombia.

De tal modo, a pesar del carácter eminentemente técnico de la reglamentación de los regímenes que componen el sistema de salud, es posible rastrear e identificar como las disposiciones en ella contempladas fueron incorporadas con el propósito de dar cumplimiento a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, equidad, sostenibilidad y calidad en la prestación del servicio de salud en Colombia.

No obstante lo anterior, la finalidad de contribuir al mejoramiento de la salud de la población colombiana, en cumplimiento de los principios que inspiraron la normatividad descrita, no ha sido cumplida a cabalidad debido a las problemáticas que se han suscitado en la implementación de esta legislación, lo cual ha puesto al descubierto el abismo existente entre la orientación de las políticas públicas en materia de salud y la garantía de esta como derecho fundamental.

De este modo, la concepción de la prestación de salud como una actividad de aseguramiento privado fundamentado en los aportes por concepto de cotizaciones, copagos y cuotas moderadoras –en definitiva, como un asunto propio de un intercambio económico- pone de presente la primacía de las consideraciones propias de un contexto de mercado, en el que se privilegia la optimización de los recursos sobre consideraciones de otra índole; lo cual puede reñir, en determinadas circunstancias, con la garantía del derecho a la salud. Así sucede, por ejemplo, cuando un paciente que no cuenta con capacidad de pago no puede acceder a procedimientos médicos o medicinas que no se encuentran incluidas en el POS y se ve abocado a exigir ante la jurisdicción constitucional el amparo de la salud como derecho fundamental, debido a las carencias del sistema de salud para afrontar estas eventualidades.

Esta problemática evidencia la colisión que se presenta entre dos alternativas que, sin ser antagónicas, se han contrapuesto entre ellas en el modelo de salud. Estas son, por un lado, la viabilidad y sostenibilidad económica del sistema de salud y, por otro, la realización de los principios y derechos constitucionales establecidos por la Constitución y reiterados por los lineamientos determinados por la Corte Constitucional en la materia.

Ahora bien, en cada uno de los aspectos descritos en el documento, es importante describir los siguientes hallazgos en términos de desigualdades que pueden estar afectando el beneficio de los usuarios y los cuales deben ser ajustados dado el impacto que pueden tener en la unificación de los regímenes.

► **Universalización del aseguramiento**

El Estado colombiano, enmarcado en el cumplimiento de las disposiciones de la Constitución Política creó el SGSSS y lo ha reglamentado acorde con el objetivo de llevar la salud a todos los colombianos, a través de “mejorar el acceso mediante la extensión del aseguramiento” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Las cifras de afiliación entre los años 2009 y 2016 nos muestran un aumento significativo en la afiliación; pasamos de contar con un 58,8% de afiliación en el año 2000 a un 95% en lo que va corrido del año 2016. Para el 2016 la afiliación al régimen subsidiado corresponde a un 47,1%, 43,4% al contributivo y un 4,3% a regímenes especiales y de excepción. A lo largo del periodo referido ha predominado la participación en el total de afiliación por parte del Régimen Subsidiado.

Sin embargo, como se ha descrito, la cobertura a la fecha no alcanza el 100%, pues existe una pequeña proporción de la población que aún no cuenta con aseguramiento (5%). Por un lado, se atribuye este hecho a la forma de clasificación de las personas dentro de los regímenes, como sucede en aquellos casos donde el individuo no tiene un trabajo formal que le permita cotizar a través del régimen contributivo, pero tampoco es lo suficientemente pobre como para clasificar en el nivel 2 ó 1 que lo haga beneficiario del régimen subsidiado. En este ámbito, es preciso ampliar los criterios de inclusión en los regímenes para asegurar la cobertura de esta población que está quedando desprotegida. Por otra parte, se tienen a aquellas personas con capacidad económica para hacer sus cotizaciones al régimen contributivo, pero se abstienen de hacerlo porque consideran que gozan de una buena salud.

Asimismo, se evidencia un vacío en la normatividad de la movilidad entre los regímenes, debido a que la población pasa de un régimen a otro con su grupo familiar, sin perder la antigüedad y la vinculación con su EPS, pero con el riesgo que por las condiciones del régimen al que migren, alguno de los miembros de la familia quede excluido del grupo familiar. El Ministerio de Salud y Protección Social decreto que se debe permitir a los afiliados cambiar de régimen con todo su núcleo familiar, sin la necesidad de cambiar de EPS y sin necesidad de hacer un nuevo proceso de afiliación (Decreto 3047 de 2013). No obstante, las desigualdades en esta medida se pueden observar en el caso de los mayores de 25 años, quienes en el subsidiado gozan de cobertura en salud mientras que en el contributivo deben mostrar que se

encuentran estudiando para recibir el amparo junto con su grupo familiar. Por lo anterior, eliminar las desigualdades en el Sistema trae consigo mayor legitimidad en la unificación de regímenes, porque no se basa solo en aumentar el plan de beneficios o permitir la movilidad, sino se trata de la igualación de derechos indistintamente del régimen al que se pertenezca.

► Afiliación y ámbitos geográficos

En la línea de desigualdades, el régimen contributivo tiene algunas diferencias en las contribuciones por copagos que deben hacer exclusivamente los beneficiarios del régimen. En este sentido, debe estudiarse la posibilidad de igualar la condición de los cotizantes a los beneficiarios o considerar la idea de eliminarlos en los ambos casos.

Adicionalmente, a partir de los estudios del MSPS, se observan diferencias regionales en las concentraciones de afiliación de un régimen y otro. Como resalta la OECD, estas diferencias no siempre responden a la situación del mercado laboral, pero en gran medida si influye en los resultados. En las regiones Pacífica, Atlántica, de la Orinoquía-Amazonía y Central predomina el régimen subsidiado con tasas de afiliación entre el 55% y el 76%. Según el reporte del estudio de la OECD⁴⁸ (2015), estas son las regiones más pobres del país, mientras que en las regiones más ricas como Bogotá, Valle del Cauca y Antioquía prevalece la afiliación al régimen contributivo.

Por lo que deben resaltarse también las barreras de acceso en términos geográficos, esta barrera ha empezado a diluirse con el decreto que establece la portabilidad, la cual garantiza el uso de los servicios de salud a nivel nacional, sin importar el lugar de origen del afiliado. Facilitando y promoviendo el acceso y uso de los servicios de salud en el Sistema.

⁴⁸. El estudio de la OECD define las regiones de la siguiente manera:

- Atlántica: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, San Andrés y Sucre.
- Central: Antioquía, Caldas, Caquetá, Huila, Quindío, Risaralda y Tolima.
- Oriental: Boyacá, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander y Santander
- Orinoquía-Amazonía: Amazonas, Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés y Vichada.
- Pacífica: Cauca, Chocó, Nariño y Valle del Cauca.
- Bogotá D. C.

Cabe destacar que en el análisis de las coberturas por regímenes, separa los departamentos con mayor número de afiliados al régimen contributivo, para no sesgar los resultados de las regiones, ya que la mayoría de departamentos no presentan un comportamiento similar al de Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca y San Andrés.

► **Prestaciones económicas**

Las prestaciones económicas, en su calidad de beneficios adicionales a lo contemplado en los planes obligatorio de salud, presentan divergencias entre los regímenes, ya que sólo aquellos que pertenecen al contributivo pueden beneficiarse de las incapacidades laborales por enfermedad o accidente común y licencias de maternidad; mientras que en el régimen subsidiado los afiliados no gozan de este tipo beneficios, aun cuando para ellos también representa un costo de oportunidad el hecho de enfermarse o tener un hijo, y verse obligados a no poder trabajar en sus actividades de carácter informal. Esta situación es una clara evidencia de una desigualdad entre los afiliados del contributivo (donde algunos reciben las prestaciones) y el subsidiado (donde nadie se beneficia de las prestaciones), se generan barreras en el uso de los servicios de salud que por otros medios buscan eliminarse. Es necesario entonces, examinar los costos de beneficiar a la población que carece de estas prestaciones vs. los potenciales costos en los que podría incurrir el sistema al no otorgar estas prestaciones.

► **Fuentes de financiamiento y usos**

El RS cuenta con más fuentes de financiamiento que el RC, y se caracteriza desde su inicio por financiarse con recursos de tipo fiscal y parafiscal. El régimen contributivo cuenta con beneficios como el CREE, que genera desigualdad entre el mismo régimen ya que trabajadores independientes que paguen su cotización, deben asumir el 12.5% mientras que los dependientes con menos de 10 salario mínimos tan sólo asumen su 4% y el CREE aporta el 8.5% restante. Esta desigualdad debería corregirse otorgando el mismo financiamiento en la cotización a ambos regímenes.

Asimismo, se hacen visibles desigualdades entre las fuentes de financiación y la prestación de los servicios, evidentes entre uno y otro régimen, lo que ha llevado a un Sistema que tienda a comportarse bajo un esquema de proporcionalidad. En el Plan Nacional de Desarrollo (Ley 1753 de 2015), se ha propuesto un fondo que unifica el recaudo en el Sistema garantizando la protección financiera en los hogares colombianos, fruto de la mancomunación de los recursos. De esta forma, ya no se tendrían divergencias entre la procedencia de las fuentes y la destinación que se le darían a la mayoría de recursos, excepto aquellos producto del esfuerzo propio y rentas cedidas, en donde aún no se tiene la claridad si irían también al Fondo y que afectan directamente al régimen subsidiado pues son financiadoras del régimen.

► **Margen de solvencia de las EPS**

Con la nueva normatividad, se exige a las EPS de ambos regímenes un mismo nivel de patrimonio que garantiza una fortaleza financiera en el Sistema, y con ello se

asegura en cierta medida la adecuada prestación de los servicios de salud. Sin embargo, se encuentra que la mayoría de las EPS presentan resultados deficitarios, 27 en total, con un resultado negativo de -\$5,333.5 mil millones y tan sólo 9 presentaron un resultado superavitario asciende a los \$850 mil millones. El resultado negativo es muy parecido cuantitativamente entre el RC y el RS, mientras que el resultado positivo es mucho más alto en las EPS del RC.

► **Procesos de pago de la UPC**

El proceso a través del cual los diferentes participantes de ambos regímenes accedían a los recursos del mismo ha sufrido modificaciones a lo largo de los años; es así como en la actualidad los procesos de pago de las Unidades de Pago por Capitación – UPC- en cada régimen se caracterizan por el proceso de compensación interno en el Régimen Contributivo, y el giro directo para el Régimen Subsidiado. Las modificaciones que se enmarcan en la búsqueda del mejoramiento en el flujo de los recursos han conllevado la modificación de la participación de algunos de los agentes del SGSSS, como es el caso del papel de las Entidades Territoriales en relación con el Régimen Subsidiado; en la actualidad su papel hace énfasis en la labor de seguimiento y control del aseguramiento dentro de su jurisdicción. Se destaca la búsqueda constante por lograr una mayor financiación con el propósito de nivelar la UPC del RS como resultado de la ampliación del POS.

► **Contratación de la red**

Las Entidades Promotoras de Salud, dentro de su función de contratación de la prestación de los servicios, cuentan con una serie de modalidades para acceder a los servicios ofrecidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios. Las modalidades de contratación consagradas por la normatividad son el pago por capitación, el pago por evento y el pago por caso; cada modalidad cuenta con características diferenciadoras que generan diferencias en el traslado del riesgo entre EPS e IPS y, en dicha medida, inciden en su forma de desarrollar su actividad dentro del Sistema. A grandes rasgos se podría decir que el pago por capitación traslada el riesgo a la IPS, en el contrato por evento se presenta una transferencia parcial del riesgo y en el contrato por caso el riesgo permanece en cabeza de la EPS.

Es así como el SGSSS ha logrado importantes avances en cobertura, acceso y equidad, asimismo se ha observado un aumento en la oferta nacional de los servicios de salud, con mayor crecimiento en los prestadores privados que públicos, y en la línea de mayor complejidad tecnológica.

Sin embargo, se sabe también que las restricciones representadas en la obligatoriedad de la contratación por parte del régimen subsidiado con IPS públicas generan ruido en el mercado, pues no se permite la libre competencia que estaría dada por los precios de contratación y la calidad de la prestación. Por ello, se sugiere

libre contratación entre EPS e IPS, sin importar el régimen, que permita una configuración basada en las dos variables ya mencionadas y con ello un mayor beneficio para los usuarios, ya que como vemos la expansión de la oferta tienden a prevalecer los prestadores privados

Adicionalmente, según reporta el Ministerio de Salud y Protección Social (2016) se ha venido presentando una reducción en la oferta de los servicios de salud en el primer nivel de atención, entre el 2013 y 2016, en un 2,8%; al igual que el segundo nivel, que en el mismo período, ha disminuido en un 1,5%; y por el contrario, el tercer nivel ha aumentado en un 9,8%. Esto se traduce en un desbalance de la oferta que sugiere un comportamiento inducido por el beneficio económico y no por las necesidades de la población. Este suceso está siendo trabajado por el MSPS en la “Política de Atención Primaria en Salud”, en la cual se están estableciendo Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) que definen a los agentes, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención, y las acciones de intervención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Las RIAS también son una especie de instrumento regulatorio que define la atención de las prioridades en salud, la configuración de las redes integrales de prestación de servicio, la gestión integral del riesgo en salud, la definición de mecanismos de pago orientados a resultados, los requerimientos y los flujos de información y el logro de los resultados en salud en cuanto a equidad y bienestar social. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Con la intención de lograr este propósito, se propone que así como los prestadores tienen un cubrimiento regional, las EPS también tengan asignado un espacio geográfico en el cual concentren su operación e inversiones (especialmente en el primer nivel), mejorando así el acceso, uso y calidad a los servicios de salud por parte de la población y garantizando la prestación de los tres niveles de acuerdo con las necesidades de la población.

► **La integración vertical**

La integración vertical es usual en el RC, ya que este a diferencia del subsidiado, no tiene condiciones de obligatoriedad en la contratación. El RC busca esta práctica con el fin de reducir sus costos de transacción y mejorar su calidad. Aunque es una práctica muy usual en los sistemas de salud, en Colombia algunas EPS como SaludCoop ganado una posición dominante que los ha llevado a tomar ventajas en el sistema, disminuyendo la calidad de su prestación y limitando el acceso a los servicios. Lo que llevo al gobierno, SNS y órgano rector del sistema a optar por su liquidación.

11 **BIBLIOGRAFÍA**

- Alvarez, B., Pellisé, L., & Lobo, F. (2000). Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Revista Panamericana de Salud Pública*.
- Arbeláez, O., & Muñoz, O. (Febrero de 2004). ¿Oportunismo o calidad? *El Pulso*(65). Obtenido de <http://www.periodicoelpulso.com/html/feb04/debate/debate-04.htm>
- Arenas Monsalve, G. (2011). *El derecho colombiano de la seguridad social* (Tercera ed.). Bogotá: Legis.
- Coase, R. (1937). The nature of the firms. *Economica* 4, 286-405.
- Corte Constitucional. (2007). Recuperado el Diciembre de 2015, de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/C-1041-07.htm>
- Departamento Nacional de Planeación- DNP. (Enero de 2016). *Distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones. SGP 05-2016*. Obtenido de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Inversiones%20y%20finanzas%20publicas/Documento%20Distribuci%C3%B3n%20SGP-05%20-2016.pdf>
- El Tiempo. (6 de Octubre de 2015). *El Tiempo* . Obtenido de <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/liquidacion-de-caprecom-asi-sera-el-proceso/16395855>
- Gal-Or, E. (1996). Exclusionary Equilibria in Health Care Markets. *Journal of Economics and Management Strategy* 6, 5-46.
- Guzmán Paniagua, H. (Marzo de 2015). Acemi considera corto el plazo de habilitación de EPS. *El Pulso*(198).
- Guzmán Paniagua, H. (Marzo de 2015). Supersalud defiende normas de habilitación de EPS. *El Pulso*(198).
- Ministerio de la Protección Social /IGAC. (2008). *Atlas de la Salud. Bogotá: Imprenta Nacional de*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Por medio del cual se modifica parcialmente el Decreto 971 de 2011, modificado por el Decreto 1700 de 2011*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Presentación Ley de Cuentas Maestras*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Cuentas%20Maestras.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (Diciembre de 2015). *ABECÉ habilitación financiera de EPS del régimen contributivo y subsidiado*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/abc-habilitacion-financiera.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (13 de Febrero de 2015). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/abc-habilitacion-financiera.pdf>
- Minsiterio de Salud y Protección Social. (2013). Proyecto de Ley 709 Ley Ordinaria de salud y motivos.
- OECD. (2015). *OECD Review of Health Systems. Colombia 2016*. Paris: OECD Publishing.
- Páez Salamanca, G. N., Jaramillo Quimbaya, L. F., & Franco Restrepo, C. (2013). *Estudio sobre la geografía sanitaria de Colombia*. Bogotá Colombia: Ministerio de Salud y Protección social.
- Peñaloza Quintero, E., Puerto García, S., Rios Montañez, A. M., García Cancino, M., & Orozco Rodríguez, N. (2012). *Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas*. Bogotá D.C.: ECOE EDICIONES LTDA.
- Periodico El Colombiano. (31 de 12 de 2015). *Periódico El Colombiano*. Obtenido de <http://www.elcolombiano.com/todo-lo-que-tiene-que-saber-sobre-la-liquidacion-de-caprecom-NC3370168>
- Perry, M. (1989). Vertical integration, determinants and effects. *Handbook of industrial organization*, Amsterdam, North-Holland.
- Pinzón, D., Vargas, M., & Zarruk, A. (2013). *Sistema General de Seguridad Social en Salud. El rol de los planes de salud voluntarios*. FASECOLDA .
- Rama Legislativa del Poder Público. (23 de Diciembre de 1993). Ley 100 de 1993. *Por medio de la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Colombia.
- Rama Legislativa del Poder Público. (2001). Ley 715 de 2001. *Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151,288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones*. Colombia.
- Rama Legislativa del Poder Público. (2007). Ley 1122 de 2007. *Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá.
- Rama Legislativa del Poder Público. (2011). Ley 1438 de 2011. *Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Colombia.
- Restrepo, J. H., Lopera, J. F., & Rodríguez, S. M. (2007). La integración vertical en el sistema de salud colombiano. *Revsta de economía institucional*, 9(17), 279-308.
- Robinson, J., & Casalino, L. (1996). Vertical integration and organizational network in healthcare. *health Affaires* 15, 7-22.
- Suarez Rozo, L. F., Ramírez Moreno, J., Puerto García, S., Rodríguez, L. M., & et, a. (2015). *Documento que aborda la percepción de los agentes del sistema de salud colombiano sobre: los problemas del sistema en cuanto a calidad y*

financiación; la capacidad de los efectos del estado en cuanto a sus intervenciones regulatorias y de IVC... Bogotá: Cendex.

Sentencia C 430 de 2009, C 430 de 2009 (Corte Constitucional).

Superintendencia Nacional de Salud. (2014). *Cartera IPS*. Obtenido de <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=803>

Superintendencia Nacional de Salud. (Diciembre de 2015). *Estadísticas Segundo Trimestre 2015*. Obtenido de <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=1202>

Superintendencia Nacional de Salud. (Diciembre de 2014b). *Superintendencia Nacional de Salud*. Obtenido de <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=956>

Superintendencia Nacional de Salud. (14 de Diciembre de 2015b). *Superintendencia Nacional de Salud*. Obtenido de <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=WRaRGUyfhWo%3d&tabid=81>

Superintendencia Nacional de Salud. (Julio de 2012). *Superintendencia Nacional de Salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ABC%20de%20la%20Unificaci%C3%B3n%20del%20POS.aspx>

Superintendencia Nacional de Salud. (Diciembre de 2014). *Superintendencia Nacional de Salud*. Recuperado el 19 de Diciembre de 2015, de <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=955>

Superintendencia Nacional de Salud. (14 de Diciembre de 2015). *Superintendencia Nacional de Salud*. Obtenido de <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=9Q6ZklGSWHw%3d&tabid=81>

Superintendencia Nacional de Salud. (2015c). *Superintendencia Nacional de Salud*. Obtenido de <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=1202>

Superintendencia Nacional de Salud. (2015d). *Superintendencia Nacional de Salud*. Obtenido de <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=1203>

Tirole, J. (1989). *The theory of industrial organization*. Cambridge: MIT Press.

Universidad Nacional de Colombia y Ministerio de Salud- Programa de apoyo a la reforma-. (2000). *Análisis de la contratación en el régimen subsidiado*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/VOL.3%20CONTRATACION.pdf>

12 **ABREVIACIONES**

Abreviación	Definición
BDUA	Base Única de Afiliados
CRES	Comisión de Regulación en Salud
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EPS	Empresas Promotoras de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
FONSAET	Fondo de Salvamento y Garantía para el Sector Salud
MHCP	Ministerio de Hacienda y Crédito Público
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
POS	Plan Obligatorio de Salud
PSPIC	Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
RC	Régimen Contributivo
RS	Régimen Subsidiado
SGP	Sistema General de Participaciones
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISBEN	Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
SNS	Superintendencia Nacional de Salud
SOGC	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad
UPC	Unidad de Pago por Capitación

13 GLOSARIO

Palabra	Definición	Fuente
Copagos	Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.	Acuerdo 260 de 2004, artículo 1.
CREE	Aporte con el que contribuyen las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, en beneficio de los trabajadores, la generación de empleo, y la inversión social en los términos previstos en la presente ley.	Ley 1607 de 2012, artículo 20.
Cuotas moderadoras	Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.	Acuerdo 260 de 2004, artículo 2.
Empresa Social del Estado	Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos. El objetivo de las Empresas Sociales del Estado será la prestación de servicio de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud.	Decreto 1876 de 1994, artículos 1 y 2.
Empresas Solidarias	Para efectos de la presente Ley denominase ECONOMÍA SOLIDARIA al sistema socioeconómico, cultural y ambiental conformado por el conjunto de fuerzas sociales organizadas en formas asociativas identificadas por prácticas autogestionarias solidarias, democráticas y humanistas, sin ánimo de lucro para el desarrollo integral del ser humano como sujeto, actor y fin de la economía.	Ley 454 de 1998, artículo 2.
Entidad territorial	Son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas.	Constitución Política de 1991, artículo 286.
Primer nivel de atención	Médico general y /o personal auxiliar, y otros profesionales de la salud.	Resolución 5261 de 1994, artículo 92.
Régimen contributivo	El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y el empleador o la Nación, según el caso.	Ley 1607 de 2012
Régimen especial y régimen de excepción	El sistema integral de seguridad social contenido en la presente ley no se aplica a los miembros de las fuerzas militares y de la Policía Nacional, ni al personal regido por el Decreto Ley 1214 de 1990, con excepción de aquél que se vincule a partir de la vigencia de la presente ley, ni a los miembros no remunerados de las corporaciones públicas. Se exceptúan también, los trabajadores de las empresas que al empezar a regir la presente ley, estén en concordato preventivo y obligatorio en el cual se hayan pactado sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones, y mientras dure el respectivo concordato. Igualmente, el presente régimen de seguridad social, no se aplica a los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, ni a los pensionados de la misma. Quienes con posterioridad a la vigencia de la presente ley, ingresen a la Empresa Colombiana de Petróleos, Ecopetrol, por vencimiento del término de contratos de concesión o de asociación, podrán beneficiarse del régimen de seguridad social de la misma, mediante la celebración de un acuerdo individual o colectivo, en término de costos, forma de pago y tiempo de servicio, que conduzca a la equivalencia entre el	Ley 100 de 1993, artículo 279

Palabra	Definición	Fuente
	<p>sistema que los ampara en la fecha de su ingreso y el existente en Ecopetrol.</p> <p>Así mismo, se exceptúa a los afiliados al fondo nacional de prestaciones sociales del magisterio, creado por la Ley 91 de 1989, cuyas prestaciones a cargo serán compatibles con pensiones o cualquier clase de remuneración. Este fondo será responsable de la expedición y pago de bonos pensionales en favor de educadores que se retiren del servicio, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida. Subrayado Declarado Exequible por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-461 de 1995.</p>	
Régimen subsidiado	El régimen subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente ley.	Ley 100 de 1993, artículo 211
Salario base de cotización	<p>La base para calcular las cotizaciones a que hace referencia el artículo anterior, será el salario mensual.</p> <p>El salario mensual base de cotización para los trabajadores particulares será el que resulte de aplicar lo dispuesto en el Código Sustantivo del Trabajo. El salario mensual base de cotización para los servidores del sector público será el que se señale, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 4ª de 1992. Cuando se devengue mensualmente más de 20 salarios mínimos legales mensuales vigentes, la base de cotización podrá ser limitada a dicho monto por el Gobierno Nacional.</p>	Ley 100 de 1993, artículo 18.
Secretaría de salud	La Secretaría Distrital de Salud es un organismo del Sector Central con autonomía administrativa y financiera que tiene por objeto orientar y liderar la formulación, adaptación, adopción e implementación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias conducentes a garantizar el derecho a la salud de los habitantes del Distrito Capital.	Decreto 507 de 2013, artículo 1.
Segundo nivel de atención	Médico general con interconsulta, remisión, y/o asesoría de personal o recursos especializados.	Resolución 5261 de 1994, artículo 92.
Tercer y cuarto nivel de atención	Médico especialista con la participación del mercado general.	Resolución 5261 de 1994, artículo 92.

14 ANEXOS

14.1 Comportamiento Afiliación SGSSS

Año	Régimen Subsidiado	Régimen Contributivo	Regímenes de Excepción	Total afiliados	Población no afiliada
2009	46%	41%	0%	86%	14%
2010	48%	41%	0%	89%	11%
2011	48%	43%	1%	92%	8%
2012	49%	43%	1%	92%	8%
2013	48%	43%	1%	92%	8%
2014	48%	44%	4%	95%	5%
2015	48%	45%	4%	97%	3%
2016	47%	43%	4%	95%	5%

Fuente: Sistema Integral de Información de la Protección Social (2016).

14.2 Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado

CODIGO	EPS	CODIGO	EPS
ESS024	COOSALUD	EPSI01	DUSAKAWI
CCF002	COMFAMA	CCF007	COMFAMILIAR CARTAGENA
ESS118	EMSSANAR	EPSI02	MANEXKA EPSI
ESS062	ASMET SALUD	CCF027	COMFAMILIAR NARIÑO
ESS133	COMPARTA	CCF018	CAFAM
EPSS33	SALUDVIDA	CCF102	COMFACHOCO
ESS207	MUTUAL SER	EPS025	CAPRESOCA EPS
EPSS34	CAPITAL SALUD	CCF023	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA
EPSS03	CAFESALUD	EPSI04	ANASWAYUU
ESS076	AMBUQ	CCF049	COMFAORIENTE
CCF055	CAJACOPI ATLANTICO	CCF009	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR BOYACA COMFABOY
CCF015	COMFACOR	CCF033	COMFASUCRE
ESS002	EMDISALUD	CCF101	COLSUBSIDIO
CCF024	COMFAMILIAR HUILA	EPSI06	PIJAOS SALUD EPSI
EPSI03	AIC	CCF053	COMFACUNDI
EPS022	CONVIDA	EPSS02	Salud Total S.A. E.P.S.
EPSI05	MALLAMAS	CCF045	COMFANORTE
ESS091	ECOOPSOS	EPSS26	SOLSALUD E.P.S. S.A

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

14.3 Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo

CODIGO	EPS
EPS016	COOMEVA
EPS037	NUEVA EPS
EPS010	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A
EPS002	SALUD TOTAL
EPS017	FAMISANAR
EPS005	SANITAS
EPS008	COMPENSAR
EPS018	SOS
EPS003	CAFESALUD
EPS023	CRUZ BLANCA
EPS012	COMFENALCO VALLE
EPS001	ALIANSA SALUD
EPS033	SALUDVIDA
EAS027	FERROCARRILES
EAS016	EPM

Fuente: Registro Especial de Empresas Prestadoras de Servicios de Salud

14.4 Número de afiliación régimen subsidiado por EPS, 2009 -2016

EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ALIANSA SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.-CM						212	374	330
ANASWAYUJ	95.632	109.714	106.145	112.355	117.668	120.389	129.298	130.442
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA	231.689	284.070	353.267	373.225	419.522	436.133	442.702	441.046
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CESAR Y LA GUAJIRA DUSAKAWI	174.245	199.436	215.383	232.978	242.981	248.696	204.250	199.886
ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ E.S.S.	541.082	608.776	687.943	782.163	835.487	847.844	970.327	971.027
ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	1.092.966	1.288.513	1.322.697	1.419.800	1.681.620	1.655.668	1.866.375	1.846.604
ASOCIACIÓN MUTUAL ESS MALLAMAS		2						
ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD	1.165.764	1.258.101	1.341.222	1.495.801	1.652.908	1.611.696	1.903.505	1.956.937
ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS	823.988	849.006	948.412	1.049.475	1.133.685	1.169.151	1.311.510	1.306.049
CAFESALUD E.P.S. S.A.	816.494	1.232.722	1.236.338	931.826	1.010.815	1.007.635	1.081.520	1.119.134

EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CAFESALUD E.P.S. S.A.-CM						9.282	397.885	375.419
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARTAGENA "COMFAMILIAR CARTAGENA"	191.692	199.158	213.887	226.953	238.291	238.993	221.388	216.602
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR C.C.F. DEL ORIENTE COLOMBIANO "COMFAORIENTE"	119.573	123.181	122.352	119.084	119.044	117.131	107.681	106.062
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	154.687	159.642	164.778	171.476	190.124	174.845	3	
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFAMILIAR CAMACOLCOMFAMILIAR CAMACOL	91.203	95.828	1.868	158				
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIOQUIA COMFAMA	451.203	483.567	615.940	1.659.914	1.700.914	1.695.023		
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA CAFABA	94.731	113.742	108.513	25	2			
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BOYACÁ COMFABOY	78.714	90.767	112.367	113.373	108.214	104.503	102.612	102.746
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	267.733	312.128	361.237	488.332	564.269	561.813	612.250	616.051
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CUNDINAMARCA COMFACUNDI	111.238	102.100	88.668	96.802	90.818	79.571	111.111	109.199
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO COMFENALCO - CUNDINAMARCA	5.052							
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO DE TOLIMA COMFENALCO	119.642	144.885	161.116	2				

EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO "COMFENALCO QUINDIO"	42.277	8.378	1.276	289				
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO SECCIONAL DE SANTANDER	41.716	46.692	44.692					
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA	78.296	93.676	101.878	116.894	126.938	126.128	144.728	144.532
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO "COMFAMILIAR NARIÑO"	94.589	111.634	131.646	155.195	170.505	178.281	185.601	183.257
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE	67.577	95.284	98.202	99.962	100.100	96.923	101.966	104.080
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAQUETÁ - COMFACA	53.464	68.739	15		1			
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCÓ COMFACHOCO	41.246	52.612	65.367	82.802	83.803	83.229	158.008	151.992
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA "COMFAMILIAR"	334.066	427.842	476.630	494.232	533.345	491.023	531.956	535.413
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER "COMFANORTE"	164.012	188.971	193.865	64.849	58.772	54.035	369	170
CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	417.416	394.968	430.829	432.639	498.878	556.074	666.522	678.989
CAJA SANTANDEREANA DE SUBSIDIO FAMILIAR "CAJASAN"	43.146	37.278	35.845	1				
CAJASALUD ARS U.T.	28.026							
CALISALUD E.P.S	390.844	14.550	574	109	1	1		
CAPITAL SALUD				667.424	1.043.970	1.066.145	1.197.618	1.189.917
CAPRECOM EPS	2.880.968	2.904.799	3.025.272	3.160.074	3.529.943	3.317.658	95.798	3.689
CAPRESOCA EPS	148.093	147.141	137.118	135.307	145.917	145.423	173.117	173.989
COLSUBSIDIO	200.050	261.651	258.665	74.948	89.604	90.256	2	
COMFACARTAGO	254							

EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
COMFAMILIAR RISARALDA	118							
COMFAMILIARES EN SALUD UT	7.773							
COMFENALCO VALLE E.P.S.-CM						5.135	10.708	8.826
COMPENSAR E.P.S.-CM						9.259	31.809	25.839
CONVENIO CAMACOL CONFAMA UT	3							
CONVENIO COMFENALCO UT	7.586							
COOMEVA E.P.S. S.A.-CM						34.108	180.250	131.248
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA-COMPARTA	1.230.837	1.413.761	1.453.504	1.513.331	1.607.818	1.592.773	1.905.632	1.907.706
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. COOSALUD E.S.S.	1.134.758	1.226.196	1.267.479	1.392.648	1.597.084	1.641.170	1.906.506	1.945.835
CRUZ BLANCA EPS S.A.-CM						7.583	20.524	18.173
E.P.S. CONDOR S.A.	377.652	411.989	355.956	222.809	3			
E.P.S. FAMISANAR LTDA.-CM						25.625	83.981	64.917
E.P.S. SALUDCOOP-CM						108.571		
E.P.S. SANITAS S.A.-CM						1.411	19.663	16.410
EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E.S.S. EMDISALUD ESS	984.079	957.104	908.275	517.434	469.841	490.825	499.182	493.796
ENTIDAD COOPERATIVA SOL.DE SALUD DEL NORTE DE SOACHA ECOOPSOS	553.988	539.181	518.573	328.864	308.549	279.304	323.353	317.362
EPS CONVIDA	376.069	370.037	367.129	366.692	362.529	358.364	574.664	567.370
EPS PROGRAMA COMFENALCO ANTIOQUIA	334.036	351.257	450.023	3				
EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS S.O.S. S.A.-CM						10.121	49.470	37.206
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A-CM						19.588	87.945	67.558
GOLDEN GROUP S.A. EPS-CM						1.416		

EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
HUMANA VIVIR S.A. E.P.S.	445.167	451.502	457.490	463.008	5			
LA NUEVA EPS S.A.							861.978	835.859
MALLAMAS	228.190	274.001	227.805	268.068	274.795	289.003	295.733	270.383
MANEXKA EPSI	175.625	202.503	219.264	222.136	227.566	226.866	219.453	215.385
NUEVA EPS S.A. -CM						53.513	152.227	237.740
PIJAOS SALUD EPSI	53.062	61.220	69.010	73.221	80.818	80.178	78.078	77.895
SALUD TOTAL S.A. E.P.S. CM	383.932	437.641	473.047			28.957	121.867	110.690
SALUDVIDA S.A. E.P.S	857.546	843.153	818.147	941.064	1.252.371	1.334.643	1.369.670	1.323.875
SALUDVIDA S.A. E.P.S - CM						468	6.788	8.751
SAVIA SALUD EPS							1.661.844	1.626.957
SELVASALUD S.A. E.P.S	363.026	381.662	416.781	362.646	10			
SOLSALUD E.P.S. S.A	1.327.701	1.234.450	1.128.675	1.174.904	15	27		
Total general	20.494.516	21.665.210	22.295.165	22.605.295	22.669.543	22.882.669	23.179.801	22.973.343

Fuente: Sistema Integral de Información de la Protección Social (2016)

14.5 Número de afiliados al régimen contributivo por EPS, 2009 - 2016

EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ALIANSA SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	361.085	349.774	342.242	340.311	298.136	243.670	200.536	202.489
ANASWAYUU-CM						16	300	645
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CESAR Y LA GUAJIRA DUSAKAWI-CM							338	375
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC -CM								79
ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ E.S.S.-CM						335	4.431	7.239
ASOCIACIÓN MUTUAL						3.412	21.104	33.461

EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.-CM								
ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD-CM						690	11.502	18.098
ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS-CM						1.726	17.636	23.182
CAFESALUD E.P.S. S.A.	723.186	731.376	787.838	750.717	717.405	698.540	5.032.725	4.659.347
CAFESALUD E.P.S. S.A.-CM						2	16.755	27.242
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIOQUIA COMFAMA - HOY SAVIA SALUD EPS						167		
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BOYACÁ• COMFABOY-CM							202	566
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR-CM						386	2.160	3.171
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA COMFACUNDI-CM							204	747
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA-CM							174	466
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO "COMFAMILIAR NARIÑO"-CM						251	1.794	2.608
CAJA DE COMPENSACIÓN							100	243

EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
FAMILIAR DE SUCRE-CM								
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCÓ COMFACHOCO-CM						5	449	911
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA "COMFAMILIAR"-CM						583	2.903	3.449
CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO-CM						135	3.080	4.409
CAPITAL SALUD-CM							5.154	10.459
CAPRECOM EPS							384	253
CAPRESOCA EPS-CM						243	3.921	5.538
COLSUBSIDIO-CM						51		
COMPENALCO VALLE E.P.S.	306.638	295.088	311.681	306.394	307.799	315.428	251.220	244.158
COMPENSAR E.P.S.	685.436	706.110	791.995	846.190	940.364	1.031.399	1.102.965	1.134.597
COOMEVA E.P.S. S.A.	2.757.623	2.871.816	2.960.059	2.934.754	2.918.361	2.957.208	2.792.434	2.758.257
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA-COMPARTA-CM						184	5.108	8.191
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. COOSALUD E.S.S.-CM						780	20.855	36.436
CRUZ BLANCA EPS S.A.	567.821	572.651	617.481	577.815	555.836	543.970	574.393	570.379
E.P.S. FAMISANAR LTDA.	1.281.016	1.362.378	1.415.909	1.488.223	1.553.653	1.581.000	1.676.498	1.632.012
E.P.S. SALUDCOOP	3.494.498	3.696.488	4.106.885	4.010.075	4.008.804	4.164.162	8	
E.P.S. SANITAS S.A.	839.752	894.768	991.855	1.046.003	1.156.981	1.302.774	1.482.028	1.535.201

EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E.S.S. EMDISALUD ESS-CM						9	1.174	1.564
EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN-DEPARTAMENTO MEDICO	12.961	12.216	12.744	12.288	11.756	11.274	10.792	10.543
ENTIDAD COOPERATIVA SOL.DE SALUD DEL NORTE DE SOACHA ECOOPSOS-CM							148	262
EPS CONVIDA-CM						653	4.505	8.214
EPS PROGRAMA COMFENALCO ANTIOQUIA	340.556	332.030	366.379	359.595	342.036			
EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS S.O.S. S.A.	748.734	770.178	813.496	834.516	825.683	880.083	875.424	871.726
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	1.198.133	1.295.030	1.458.812	1.563.285	1.675.923	1.960.080	2.231.644	2.312.414
FONDO DE PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NALES	55.538	52.709	51.151	48.744	47.174	45.519	43.607	42.964
GOLDEN GROUP S.A. EPS	21.650	44.377	73.100	65.595	62.186	43.444	39	34
HUMANA VIVIR S.A. E.P.S.	223.374	162.569	151.157	102.669	356	4	2	1
LA NUEVA EPS S.A.	2.444.361	2.333.973	2.345.010	2.496.336	2.663.554	2.755.618	2.817.155	2.745.806
LA NUEVA EPS S.A.-CM							1.821	1.784
MALLAMAS-CM						213	2.169	2.938
MANEXKA EPSI-CM						80	817	1.008
MULTIMEDICAS SALUD CON CALIDAD EPS S.A.	13.978	46.880	1.354	2	2	1	1	1
PIJAOS SALUD EPSI-CM							108	411
RED SALUD								

EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ATENCION HUMANA EPS S.A.	84.786	92.745	5	1				
SALUD COLPATRIA E.P.S.	68.537	66.293	65.721	66.660	2			
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	1.661.289	1.766.106	1.850.840	1.884.170	1.984.317	2.144.020	2.110.116	2.137.303
SALUDCOLOMBIA EPS S.A.	50.153	31.899	7.230		1	1	1	1
SALUDVIDA S.A. E.P.S.-CM								2.286
SALUDVIDA S.A. E.P.S.	86.285	60.480	70.966	76.722	79.926	72.006	93.752	85.168
SAVIA SALUD EPS -CM							28.740	37.960
SOLSALUD E.P.S. S.A	205.330	175.184	162.347	146.674	11	1		
Total general	18.232.720	18.723.118	19.756.257	19.957.739	20.150.266	20.760.123	21.453.376	21.186.596

Fuente: BDUA. Fecha de corte Junio de 2015.

14.6 Intervenciones forzosas administrativas

CLASE DE INTERVENCIÓN	ENTIDAD
Intervención forzosa administrativa para administrar	CORPORACION IPS SALUDCOOP
	CLINICA MONTERIA S.A
	HOSP. DEPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS
	ESE HOSPITAL EDUARDO SANTOS
	ESE MANUEL ELKIN PATARROYO
	UNIDAD BASICA DE ATENCION NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN 1 NIVEL
	ESE HOSPITAL DE SAN MARCOS
	ESE FEDERICO LLERAS ACOSTA
	ESE HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERIA
	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO
Intervención forzosa administrativa para liquidar	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE CARTAGO E.S.E.
	SALUDCOOP EPS
	SALUD COLOMBIA EPS
	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA PROGRAMA RÉGIMEN SUBSIDIADO
	PROGRAMA DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO EPSS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA- CAFABA
	PROGRAMA DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO EPSS DE LA CAJA SANTANDEREANA DE SUBSIDIO FAMILIAR - CAJASAN
	PROGRAMA DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO EPSS DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO- COMFAORIENTE
	PROGRAMA DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO EPSS DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER – FAMISALUD COMFANORTE
PROGRAMA DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO EPSS DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA – COMFENALCO TOLIMA	

CLASE DE INTERVENCIÓN	ENTIDAD
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO SALUD CONDOR S.A.
	HUMANA VIVIR S.A.
	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA PROGRAMA RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud

14.7 Zonas geográficas de operación de las EPS

Departamento	EPS	Departamento	EPS
AMAZONAS	CAFESALUD EPS	CALDAS	A.I.C.
	CAPRECOM		ASMET SALUD
	E.P.S. Saludcoop		CAFESALUD
	LA NUEVA EPS S.A.		CAFESALUD EPS
	MALLAMAS		CAPRECOM
SANITAS E.P.S. S.A.	COOMEVA E.P.S. S.A.		
ANTIOQUIA	A.I.C.		E.P.S. FAMISANAR LTDA.
	CAFESALUD EPS		E.P.S. Saludcoop
	CAPRECOM		EPS Servicio Occidental de Salud S.A.
	COMFAMA		EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A
	COOMEVA E.P.S. S.A.		LA NUEVA EPS S.A.
	COOSALUD		MALLAMAS
	CRUZ BLANCA EPS S.A.		SALUD TOTAL
	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	SALUDVIDA	
	E.P.S. Saludcoop	SALUDVIDA S.A .E.P.S	
	ECOOPSOS	SANITAS E.P.S. S.A.	
	EMDISALUD	CAQUETA	ASMET SALUD
	EPS Servicio Occidental de Salud S.A.		CAFESALUD EPS
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A		CAPRECOM
LA NUEVA EPS S.A.	COOMEVA E.P.S. S.A.		
SALUD TOTAL	E.P.S. Saludcoop		
SALUDVIDA	LA NUEVA EPS S.A.		
SANITAS E.P.S. S.A.	SANITAS E.P.S. S.A.		
ARAUCA	CAFESALUD EPS	CASANARE	CAFESALUD EPS
	CAPRECOM		CAPRECOM
	COMPARTA		CAPRESOCA
	DUSAKAWI		COOMEVA E.P.S. S.A.
	E.P.S. Saludcoop		CRUZ BLANCA EPS S.A.
	LA NUEVA EPS S.A.		E.P.S. FAMISANAR LTDA.
	SALUD TOTAL		E.P.S. Saludcoop
	SALUDVIDA		LA NUEVA EPS S.A.
	SALUDVIDA S.A .E.P.S		SALUD TOTAL
SANITAS E.P.S. S.A.	SALUDVIDA		
ATLANTICO	AMBUQ	SANITAS E.P.S. S.A.	
	CAFESALUD EPS	CAUCA	A.I.C.
	CAJACOPI ATLANTICO		ASMET SALUD
	CAPRECOM		CAFESALUD EPS
	COMFACOR		CAPRECOM
	COMPARTA		COOMEVA E.P.S. S.A.
	COOMEVA E.P.S. S.A.		E.P.S. FAMISANAR LTDA.
	COOSALUD		E.P.S. Saludcoop
	CRUZ BLANCA EPS S.A.		EMSSANAR
	E.P.S. FAMISANAR LTDA.		EPS Servicio Occidental de Salud S.A.
	E.P.S. Saludcoop		LA NUEVA EPS S.A.
EPS Y MEDICINA PREPAGADA	MALLAMAS		

Departamento	EPS	Departamento	EPS
	SURAMERICANA S.A		
	LA NUEVA EPS S.A.		SALUD TOTAL
	MUTUAL SER		SALUDVIDA
	SALUDVIDA		SALUDVIDA S.A .E.P.S
	SALUDVIDA S.A .E.P.S		SANITAS E.P.S. S.A.

Fuente: (Liquidación mensual de afiliados por EPS y Entidad Territorial periodo diciembre de 2015.).

Departamento	EPS	Departamento	EPS
BOGOTA D.C.	ALIANSA SALUD E.P.S. S.A.	BOYACA	CAFESALUD EPS
	CAFESALUD EPS		CAPRECOM
	CAPITAL SALUD		COMFABOY
	CAPRECOM		COMFAMILIAR HUILA
	COMFACUNDI		COMPARTA
	COMPENSAR E.P.S.		COMPENSAR E.P.S.
	COOMEVA E.P.S. S.A.		COOMEVA E.P.S. S.A.
	CRUZ BLANCA EPS S.A.		COOSALUD
	E.P.S. FAMISANAR LTDA.		DUSAKAWI
	E.P.S. Saludcoop		E.P.S. FAMISANAR LTDA.
	EPS Servicio Occidental de Salud S.A.		E.P.S. Saludcoop
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A		ECOOPSOS
	LA NUEVA EPS S.A.		EMDISALUD
	SALUD TOTAL		LA NUEVA EPS S.A.
	SALUDVIDA		SALUD TOTAL
SALUDVIDA S.A .E.P.S	SALUDVIDA		
SANITAS E.P.S. S.A.	SALUDVIDA S.A .E.P.S		
	SANITAS E.P.S. S.A.		
BOLIVAR	ALIANSA SALUD E.P.S. S.A.	CESAR	AMBUQ
	AMBUQ		ASMET SALUD
	CAFESALUD EPS		CAFESALUD EPS
	CAJACOPI ATLANTICO		CAJACOPI ATLANTICO
	CAPRECOM		CAPRECOM
	COMFACOR		COMFACOR
	COMFAMILIAR CARTAGENA		COMPARTA
	COMPARTA		COOMEVA E.P.S. S.A.
	COOMEVA E.P.S. S.A.		COOSALUD
	COOSALUD		DUSAKAWI
	E.P.S. FAMISANAR LTDA.		E.P.S. FAMISANAR LTDA.
	E.P.S. Saludcoop		E.P.S. Saludcoop
	EMDISALUD		EMDISALUD
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A		EMDISALUD
	LA NUEVA EPS S.A.		LA NUEVA EPS S.A.
	MUTUAL SER		SALUD TOTAL
	SALUD TOTAL		SALUDVIDA
	SALUDVIDA		SALUDVIDA S.A .E.P.S
SALUDVIDA S.A .E.P.S	SANITAS E.P.S. S.A.		
SANITAS E.P.S. S.A.			

Fuente: (Liquidación mensual de afiliados por EPS y Entidad Territorial periodo diciembre de 2015.).

Departamento	EPS	Departamento	EPS	
CHOCO	AMBUQ	GUAINIA	CAFESALUD EPS	
	CAFESALUD EPS		CAPRECOM	
	COMFACHOCO		E.P.S. Saludcoop	
	COMPARTA		MALLAMAS	
	COOMEVA E.P.S. S.A.	GUAVIARE	CAFESALUD EPS	
	E.P.S. FAMISANAR LTDA.		CAPITAL SALUD	
	E.P.S. Saludcoop		CAPRECOM	
	EMDISALUD		E.P.S. Saludcoop	
	EPS Servicio Occidental de Salud S.A.	LA NUEVA EPS S.A.	HUILA	A.I.C.
	LA NUEVA EPS S.A.	ASMET SALUD		
	SALUD TOTAL	CAFESALUD		
SANITAS E.P.S. S.A.	CAFESALUD EPS			
AMBUQ	COMFAMILIAR HUILA			
CAFESALUD EPS	COMPARTA			
CAJACOPI ATLANTICO	COOMEVA E.P.S. S.A.			
CAPRECOM	CRUZ BLANCA EPS S.A.			
COMFACOR	E.P.S. Saludcoop			
COMPARTA	ECOOPSOS			
COOMEVA E.P.S. S.A.	LA NUEVA EPS S.A.			
COOSALUD	MALLAMAS			
E.P.S. FAMISANAR LTDA.	SALUD TOTAL			
E.P.S. Saludcoop	SANITAS E.P.S. S.A.	INPEC	CAPRECOM	
EMDISALUD	MANEXKA		LA GUAJIRA	A.I.C.
LA NUEVA EPS S.A.	MUTUAL SER			
MALLAMAS	SALUD TOTAL			
SANITAS E.P.S. S.A.	SALUDVIDA			
CAFESALUD	SALUDVIDA S.A. E.P.S			
CAFESALUD EPS	SANITAS E.P.S. S.A.			
CAPRECOM	CAFESALUD			
COMPARTA	CAFESALUD EPS			
COMPENSAR E.P.S.	CAPRECOM			
CONVIDA	COMFACOR			
COOMEVA E.P.S. S.A.	COMFAMILIAR DE LA GUAJIRA			
CRUZ BLANCA EPS S.A.	COMPARTA			
E.P.S. FAMISANAR LTDA.	COOMEVA E.P.S. S.A.			
E.P.S. Saludcoop	COOSALUD			
ECOOPSOS	DUSAKAWI			
EPS Servicio Occidental de Salud S.A.	E.P.S. FAMISANAR LTDA.			
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	E.P.S. Saludcoop			
LA NUEVA EPS S.A.	LA NUEVA EPS S.A.			
SALUD TOTAL	SALUD TOTAL			
SALUDVIDA	SALUDVIDA			
SALUDVIDA S.A. E.P.S	SALUDVIDA S.A. E.P.S			
SANITAS E.P.S. S.A.	SANITAS E.P.S. S.A.			

Fuente: (Liquidación mensual de afiliados por EPS y Entidad Territorial periodo diciembre de 2015.).

Departamento	EPS	Departamento	EPS
MAGDALENA	AMBUQ	NARIÑO	EPS Servicio Occidental de Salud S.A.
	CAFESALUD EPS		LA NUEVA EPS S.A.
	CAJACOPI ATLANTICO		MALLAMAS
	CAPRECOM		SALUD TOTAL
	COMFACOR		SALUDVIDA
	COMPARTA		SALUDVIDA S.A .E.P.S
	COOMEVA E.P.S. S.A.		SANITAS E.P.S. S.A.
	COOSALUD		NORTE DE SANTANDER
	DUSAKAWI	CAFESALUD	
	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	CAFESALUD EPS	
	E.P.S. Saludcoop	CAPRECOM	
	EMDISALUD	COMFAORIENTE	
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	COMPARTA	
	LA NUEVA EPS S.A.	COOMEVA E.P.S. S.A.	
	MUTUAL SER	COOSALUD	
	SALUD TOTAL	CRUZ BLANCA EPS S.A.	
	SALUDVIDA	DUSAKAWI	
SALUDVIDA S.A .E.P.S	E.P.S. FAMISANAR LTDA.		
SANITAS E.P.S. S.A.	E.P.S. Saludcoop		
META	CAFESALUD EPS	ECOOPSOS	
	CAJACOPI ATLANTICO	LA NUEVA EPS S.A.	
	CAPITAL SALUD	SALUD TOTAL	
	CAPRECOM	SALUDVIDA	
	COMPARTA	SALUDVIDA S.A .E.P.S	
	COOMEVA E.P.S. S.A.	SANITAS E.P.S. S.A.	
	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	PUTUMAYO	A.I.C.
	E.P.S. Saludcoop		CAFESALUD EPS
	EPS Servicio Occidental de Salud S.A.		CAPRECOM
	LA NUEVA EPS S.A.		E.P.S. FAMISANAR LTDA.
	MALLAMAS		E.P.S. Saludcoop
	PIJAOSALUD		EMSSANAR
	SALUD TOTAL		EPS Servicio Occidental de Salud S.A.
SANITAS E.P.S. S.A.	LA NUEVA EPS S.A.		
NARINO	ASMET SALUD	MALLAMAS	
	CAFESALUD	ASMET SALUD	
	CAFESALUD EPS	CAFESALUD	
	CAPRECOM	CAFESALUD EPS	
	COMFAMILIAR DE NARIÑO	CAPRECOM	
	COOMEVA E.P.S. S.A.	COOMEVA E.P.S. S.A.	
	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	
	E.P.S. Saludcoop	E.P.S. Saludcoop	
	EMSSANAR	EPS Servicio Occidental de Salud S.A.	

Fuente: (Liquidación mensual de afiliados por EPS y Entidad Territorial periodo diciembre de 2015.).

Departamento	EPS	Departamento	EPS
QUINDIO	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.	SUCRE	AMBUQ
	LA NUEVA EPS S.A.		CAFESALUD EPS
	SALUD TOTAL		CAJACOPI ATLANTICO
	SALUDVIDA		CAPRECOM
	SANITAS E.P.S. S.A.		COMFACOR
RISARALDA	ASMET SALUD		COMFASUCRE
	CAFESALUD		COMPARTA
	CAFESALUD EPS		COOMEVA E.P.S. S.A.
	COOMEVA E.P.S. S.A.		COOSALUD
	CRUZ BLANCA EPS S.A.		E.P.S. FAMISANAR LTDA.
	E.P.S. FAMISANAR LTDA.		E.P.S. Saludcoop
	E.P.S. Saludcoop		EMDISALUD
	EPS Servicio Occidental de Salud S.A.		LA NUEVA EPS S.A.
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.		MANEXKA
	LA NUEVA EPS S.A.		MUTUAL SER
	PIJAOSALUD		SALUD TOTAL
	SALUD TOTAL		SALUDVIDA
SANITAS E.P.S. S.A.	SALUDVIDA S.A .E.P.S		
SAN ANDRES	CAPRECOM		SANITAS E.P.S. S.A.
	LA NUEVA EPS S.A.		TOLIMA
	SANITAS E.P.S. S.A.		
SANTANDER	ASMET SALUD	ASMET SALUD	
	CAFESALUD	CAFESALUD	
	CAFESALUD EPS	CAFESALUD EPS	
	CAPRECOM	CAPRECOM	
	COMPARTA	COMFAMILIAR HUILA	
	COOMEVA E.P.S. S.A.	COMPARTA	
	COOSALUD	COOMEVA E.P.S. S.A.	
	DUSAKAWI	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	
	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	E.P.S. Saludcoop	
	E.P.S. Saludcoop	ECOOPSOS	
	EMDISALUD	LA NUEVA EPS S.A.	
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.	PIJAOSALUD	
	LA NUEVA EPS S.A.	SALUD TOTAL	
	SALUD TOTAL	SALUDVIDA	
	SALUDVIDA	SALUDVIDA S.A .E.P.S	
	SALUDVIDA S.A .E.P.S	SANITAS E.P.S. S.A.	
SANITAS E.P.S. S.A.			

Fuente: (Liquidación mensual de afiliados por EPS y Entidad Territorial periodo diciembre de 2015.).

Departamento	EPS
VALLE	A.I.C.
	AMBUQ
	ASMET SALUD
	CAFESALUD
	CAFESALUD EPS
	CAPRECOM
	COMFENALCO VALLE E.P.S.
	COOMEVA E.P.S. S.A.
	COOSALUD
	CRUZ BLANCA EPS S.A.
	E.P.S. FAMISANAR LTDA.
	E.P.S. Saludcoop
	EMSSANAR
	EPS Servicio Occidental de Salud S.A.
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A
LA NUEVA EPS S.A.	

Departamento	EPS
VALLE	MALLAMAS
	SALUD TOTAL
	SALUDVIDA
	SANITAS E.P.S. S.A.
VAUPES	CAFESALUD EPS
	CAPRECOM
	E.P.S. Saludcoop
	LA NUEVA EPS S.A.
VICHADA	MALLAMAS
	CAFESALUD EPS
	CAPRECOM
	E.P.S. Saludcoop
	LA NUEVA EPS S.A.
	MALLAMAS
	SALUD TOTAL

Fuente: (Liquidación mensual de afiliados por EPS y Entidad Territorial periodo diciembre de 2015.).

14.8 Mapa de las zonas de prestación de servicios. Redes de gestión



Fuente: Páez Salamanca, Jaramillo Quimbaya, & Franco Restrepo, 2013