



Fundación Universitaria
SAN MATEO

ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS



Fundación Universitaria
SAN MATEO

**FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y AFINES.
TÉCNICA PROFESIONAL EN PROCESOS EMPRESARIALES.**

**ESTUDIO DEL PUNTO DE EQUILIBRIO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y DEL
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SECTOR SALUD COLOMBIANO.**

TRABAJO DE GRADO MODALIDAD DE OPCIÓN DE GRADO

**LUZ ANGELA OLAYA RODRIGUEZ
DIEGO ALEJANDRO DURAN ESPITIA**

**DIRECTOR (A)
SONIA ESMERALDA ROJAS ROJAS (Ph. D)**

BOGOTÁ

2018

NOTA DE SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

“La Fundación Universitaria San Mateo NO se hace responsable de los conceptos emitidos en el presente documento, el departamento de investigaciones velará por el rigor metodológico de la investigación”.

TABLA DE CONTENIDO

INDICE DE DIAGRAMAS	1
ÍNDICE DE FIGURAS.....	2
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	2
ÍNDICE DE TABLAS	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTOS	5
SIGLAS.....	6
RESUMEN	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I - DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 JUSTIFICACIÓN	12
1.3 OBJETIVOS	13
1.3.1 GENERAL.....	13
1.3.2 ESPECÍFICOS.....	13
CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO.....	14
2.1 SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)	14
2.1.1 GENERALIDADES	14
2.1.1 FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA. UNA MIRADA GENERAL.	21
2.1.1 RÉGIMEN SUBSIDIADO	31
2.1.1.1 DEFINICIÓN.....	31
2.1.1.1 ASPECTOS GENERALES	32
2.1.1.1 DISTRIBUCIÓN Y FLUJO DE RECURSOS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO.....	33
2.1.1.1 SUBCUENTA DE SOLIDARIDAD FOSYGA –ADRES.....	35
2.1.1.1.1 Fuentes de financiación de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA.	35
2.1.1.1.1 Uso de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad.....	37
2.1.1.1.1.1 Base de cálculo.	40
2.1.1.1.1.1 Metodología de la asignación.	40
2.1.2 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (SGP).	42

2.1.1.3 Contexto histórico y evolución del Sistema General de Participaciones (salud) en Colombia.....	42
2.1.1.3 Fuentes de financiamiento del Sistema General de Participaciones.....	44
2.1.1.3 Distribución del Sistema General de Participaciones.....	47
2.1.1.3 Usos de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP).....	48
2.1.2 RENTAS TERRITORIALES DESTINADAS A SALUD.....	51
2.1.1.3 Impuesto al consumo de cerveza, sifones y refajos.....	51
2.1.1.3 Impuestos de licores, vino, aperitivos y similares.....	53
2.1.1.3 Recursos de juegos de suerte y azar.....	55
2.1.2 PUNTO PORCENTUAL DE SOLIDARIDAD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO.....	59
2.3 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.....	62
2.3.1 DEFINICIÓN.....	62
2.3.1 ASPECTOS GENERALES.....	63
2.3.1 DISTRIBUCIÓN Y FLUJO DE RECURSOS EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.....	69
2.3.4 MONTO Y DISTRIBUCIÓN DE LAS CONTRIBUCIONES AL SGSSS.....	71
2.3.4.1 Entidades públicas del Gobierno Nacional participantes en el proceso.....	71
2.3.4.1 Flujograma del proceso.....	74
2.3.4.1 Marco normativo que rige el proceso.....	77
2.3.4 UNIDAD DE PAGO POR CAPITACITACION (UPC).....	77
2.3.4. ¿Qué es?.....	77
2.3.4.1 Cálculo.....	78
2.3.4.1 UPC de los últimos 5 años.....	80
2.3.4 SUBCUENTA DE COMPENSACIÓN.....	82
2.3.4.2 Usos de los recursos de la Subcuenta de Compensación.....	83
CAPÍTULO III - DISEÑO METODOLÓGICO.....	86
3.1 CRITERIOS GENERALES DEL DISEÑO METODOLÓGICO.....	86
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	86
3.1 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	87
3.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	87
CAPÍTULO IV - RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	88
4.1 RÉGIMEN SUBSIDIADO.....	88

4.1.1 ANÁLISIS DESDE EL PRESTADOR	89
4.1.1 ANÁLISIS DESDE EL ENTORNO.	93
4.1 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	96
4.1.1 AFILIACIÓN.....	96
4.1.1 EVASIÓN Y ELUSIÓN DE APORTES.....	100
4.1.1 CAPACIDAD SANCIONATORIA	103
4.1.1 INFORMACIÓN	104
CAPÍTULO V - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
CIBERGRAFÍA	115
ANEXOS	116

INDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 -integrantes del SGSSS	15
Diagrama 2- Entidades Prestadoras de Salud	16
Diagrama 3– Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.....	17
Diagrama 4- Actores del Régimen Subsidiado.	34
Diagrama 5- Estructura del Sistema General de Participaciones en Salud.	43
Diagrama 6– Ingresos Corrientes de la Nación.....	45
Diagrama 7- Distribución del Sistema General de Participaciones.	47
Diagrama 8– Destinación de los recursos por impuesto de licores, vino, aperitivos y similares.....	53
Diagrama 9- Actores que participan en la distribución y flujo de los recursos del Régimen Contributivo.	69
Diagrama 10- Monto y distribución de las contribuciones al SGSSS – Régimen Contributivo.....	75
Diagrama 11 - Evasión en Colombia	101
Diagrama 12- Evasión de acuerdo con el tipo de empleado. Periodo 2012-2014	101

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Periodos del Régimen Subsidiado.....	33
Figura 2- Clasificación Cotizantes Régimen Contributivo	62
Figura 3 Clasificación Beneficiarios Régimen Contributivo	63
Figura 4- Pagos a realizar por los afiliados al Régimen Contributivo	64
Figura 5 - Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	72
Figura 6 - Otras funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.....	73
Figura 7- Funciones de la Comisión Reguladora en Salud.....	74
Figura 8– Marco normativo que rige el proceso	77
Figura 9 - Propósitos de la UPC	78
Figura 10Figura 10- Clasificación Zonal.....	78
Figura 11 - Variables para el cálculo de la UPC.....	80
Figura 12- Conceptos de gasto por la Subcuenta de Compensación	84
Figura 13 – Cuello de botella – Estructura financiera	91
Figura 14– Mecanismos de evasión y elusión	102

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Grafica 1- Distribución de los recursos obtenidos por juegos de suerte y azar diferentes del lotto, la lotería pre impresa y la instantánea.	56
Grafica 2- Valor UPC por grupo etareo. Periodo 2014 - 2018	82
Grafica 3 - Punto de Equilibrio.....	88
Grafica 4 - Comportamiento Tasa de Desempleo periodo 1999 - 2017	97
Grafica 5- Tasa de desempleo comparativo septiembre 2017 – septiembre 2018.....	97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 – Porcentajes de cotización – Cuota moderadora	18
Tabla 2 Aportes al Sistema de Seguridad Social	18
Tabla 3-Rangos Régimen Subsidiado	20
Tabla 4 - Leyes.....	23
Tabla 5 - Acuerdos.....	23
Tabla 6 - Resoluciones.....	25
Tabla 7- Decretos	28
Tabla 8 - Porcentaje de Impuesto de Cerveza, Sifones y Refajos.....	51
Tabla 9- Tarifas mensuales de los derechos de explotación de los juegos de suerte y azar.....	57
Tabla 10– Normatividad de la Subcuenta de Compensación.....	61
Tabla 11- Valor Copagos Evento por Rango. Vigencia 2018.....	64
Tabla 12- Valor Copagos Tope Año por Rango. Vigencia 2018.....	65
Tabla 13 Valor Cuota Moderadora por Rango. Vigencia 2018	66
Tabla 14- Valor UPC Adicional. Vigencia 2018	67
Tabla 15- Grupos Etareos	79
Tabla 16 - por grupo etareo. Periodo 2014 - 2018	81
Tabla 17 - Porcentaje de Cotizaciones para el Régimen Contributivo	85
Tabla 18– Afiliados al Régimen Contributivo periodo 2014 - septiembre 2018	98

DEDICATORIA

A MIS MADRES FANNY OLAYA Y OFELIA RODRIGUEZ.

Por su apoyo constante por forjar en mí sus valores sus grandes virtudes por enseñarme lo importante que es luchar por los sueños y que grandes esfuerzos representan grandes resultados las adoro.

A MI ESPOSO JAIR Y A MI TIO NELSON.

Que me ha mostrado que nunca es tarde para empezar, ser mi motivación para seguir adelante y por quererme mucho los llevo siempre en mi corazón.

A MI FAMILIA.

Este proyecto va dedicado a mi hija, mis padres y cónyuge, quienes me han apoyado en este arduo y largo proceso de formación profesional. En ellos encuentro el reflejo de lo que deseo y quiero ser como persona y profesional; ser un claro ejemplo de bien para hija y, ayudar a construir una sociedad mejor.

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia agradecemos a Dios y a todo el grupo de formación de la Fundación Universitaria San Mateo que nos apoyaron y nos otorgaron todo lo necesario para llegar al final de nuestro proceso de formación, y más que formación a cumplir nuestro sueño.

Agradezco por mostrarnos que, aunque el camino fuera largo y difícil con dedicación y empeño se puede atravesar cualquier obstáculo con excelentes resultados.

Así mismo, agradecemos a grandes docentes y hermosas personas que contribuyeron en nuestro camino de formación como son la profesora Patricia Rodríguez Parra, Ricardo Lancheros Puentes, Carlos Eduardo Daza Orozco y nuestra tutora Sonia Esmeralda Rojas Rojas, que gracias a sus correcciones y consejos hoy culminamos este proyecto. Gracias a sus conocimientos hoy podemos sentirnos dichosos y felices.

SIGLAS

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES

Administradoras del Régimen Subsidiado- ARS

Comisión de Regulación en Salud- CRES

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE

Departamento Nacional de Planeación -DNP

Entidades Obligadas a Compensar –EOC

Entidades Promotoras de Salud – EPS

Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA

Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - FONSAT

Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales - FONPET

Industria Militar Colombiana –INDUMIL

Ingreso base de Cotización – IBC

Ingresos Corrientes de la Nación –ICN

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS

Presupuesto General de la Nación –PGN

Régimen Contributivo –RC

Régimen Subsidiado –RS

Salario Mínimo Legal Mensual Vigente –SMLMV

Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT

Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia –SGSSS

Sistema de Selección de Beneficiarios –SISBÉN

Sistema General de Participaciones –SGP

Superintendencia Nacional de Salud –SNS

Unidad de Pago por Capitación –UPC

Unidad de Pago por Capitación Subsidiada - UPC-S

RESUMEN

El Sistema General de Seguridad Social en Colombia, creado mediante la Ley 100 de 1993, bajo el mandato de la Constitución Política Nacional, se fundó sobre el principio de universalidad, en lo que al servicio de salud respecta. Se presentó como un Sistema auto sostenible, de eficiencia financiera, de eficacia administrativa y de altos índices de calidad. La realidad, se ha demostrado, es otra. Factores de índole social, como la tasa de desempleo, de índole económico, como el modelo aperturista, y de índole político, como el exceso de norma y de regulación, han hecho que el Sistema sea inoperante.

Lo anterior llevó a que, como Técnicos Profesionales en Procesos Empresariales, quisiéramos indagar, teniendo en cuenta el Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, los factores de índole administrativo y/o presupuestal, que pueden estar influyendo en la realidad del Sector Salud en Colombia, llevando el análisis hacia el punto de equilibrio de cada régimen.

Palabras Claves

Salud - Régimen Contributivo - Régimen Subsidiado - Punto de Equilibrio - Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ABSTRACT

The General System of National Health Service in Colombia, created by means of the Law 100 of 1993, under the mandate of the Political National Constitution, was founded on the beginning of universality, in what to the service of health it concerns. He appeared as an auto sustainable System, of financial efficiency, of administrative efficiency and of high indexes of quality. The reality, it has been demonstrated, is different. Factors of social nature, as the rate of economic unemployment, of nature, as the model opening, and of nature politician, as the excess of norm and of regulation, they have done that the System is inoperative.

The previous thing went to which, as Professional Technical personnel in Managerial Processes, we wanted to investigate, bearing in mind the Subsidized Regime and the Contributing Regime, the factors of nature administrative officer and / or budget that can be influencing in the reality of the Sector Health in Colombia, taking the analysis towards the point of balance of every regime.

KEY WORDS.

Health - Contributing Regime - Subsidized Regime - Point of Balance - General System of National Health Service in Health.

INTRODUCCIÓN

Colombia es uno de los países con más déficit presupuestario en Latinoamérica, en especial para el sector Salud y, no es precisamente por la falta de presupuesto. Con la presente investigación se pretende llegar a indagar por qué en Colombia el sector salud está tan degradado, lo que ocasiona serios problemas en la calidad y celeridad de los servicios. Para muchos es por falta de recursos financieros, para otros es por problemas administrativos. Estas dos posiciones motivaron a querer analizar al sector salud, desde sus regímenes Subsidiado y Contributivo, en lo que respecta al punto de equilibrio en cada uno de ellos y así dirimir desde cada una de las posiciones.

El sector salud en Colombia se ha definido como un gran pilar para el bienestar de los ciudadanos, y es el Ministerio de Salud y Protección Social el que tiene la tarea de regular el mismo a través de normas y directrices, sin desconocer que la norma principal es la Constitución Política Nacional, y que fue por medio de la Ley 100 de 1993 que se reguló el modelo de funcionamiento del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo.

Para los colombianos la implementación de la citada Ley no ha sido del todo positiva, es cierto que divide las necesidades de los privados respecto a los públicos y, por consiguiente, se tiene conocimiento de cuanto se debe presupuestar para así satisfacer las necesidades de los usuarios. Pero situaciones como burocracia, corrupción, cuellos de botella e inadecuado uso de los recursos, han llevado a que el Sistema se ralentice, sea inoperante, sea paquidérmico y carente de respuestas oportunas ante las necesidades de los usuarios y requerimientos del entorno.

Esta investigación presenta al lector una juiciosa indagación y análisis acerca del Sistema General de Seguridad Social en Salud, desde una visión general, y de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, desde una visión particular. En la misma se desarrolla una visión holística, en lo referente al sistema presupuestario, sus debilidades, sus puntos críticos y el correspondiente análisis de las afectaciones de los mismos en el punto de equilibrio, tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado. Se finaliza con unas conclusiones y sugerencias.

CAPÍTULO I - DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando se habla de salud se está haciendo referencia a un derecho que todo Estado, incluyendo el colombiano, debe garantizar a sus ciudadanos, brindando las condiciones necesarias para ello.

Para nadie es un secreto que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), desde su implementación en 1993, ha sido duramente señalado, no solo por sus claro tinte neoliberal, sino porque ha venido sufriendo, a su interior, de importantes situaciones que han afectado de manera negativa no solo la calidad del servicio, sino el acceso al mismo en condiciones dignas, originando una flagrante violación de los derechos fundamentales de los usuarios.

Es de recordar que una de las motivaciones, entre muchas tantas, que dio origen a la Ley 100 de 1993 fue el garantizar una cobertura universal, en lo que al servicio de salud se refería, en un marco de calidad, eficiencia, oportunidad y celeridad. Esto, lastimosamente, quedó en utopía, puesto que lo que se ha visto, y hemos vivido muchos de nosotros, es un Sistema en crisis que no responde ante las necesidades, realidades y expectativas del pueblo colombiano, sobre todo a aquella parte de la población que se denomina vulnerable.

Siempre se ha culpabilizado de estos problemas, que tienen en crisis al Sistema desde hace ya varios años, a la insuficiencia de recursos financieros. ¿Será verdaderamente este el problema?, o ¿no será, tal vez, que existen fallas administrativas, los denominados “cuellos de botella”, que están impidiendo un adecuado funcionamiento del mismo?, o, quizá, ¿será una sumatoria de falta de recursos financieros y “cuellos de botella” lo que tiene al Sistema en cuidados intensivos? Estas interrogantes llevaron a que nos animáramos a indagar más al respecto y así llegar a determinar no solo las principales causas -sean estas de tipo administrativo y/o financiero-, que están afectando al Sistema, sino como estas pueden estar perturbando el comportamiento del punto de equilibrio del Sistema, en lo que respecta al Régimen Subsidiado y al Régimen Contributivo.

La problemática anteriormente plasmada y, las preguntas que nos realizamos antes de dar inicio a esta investigación, y las cuales fueron relacionadas en los párrafos anteriores, llevaron a que quisiéramos develar la siguiente interrogante que, valga la pena decirlo, dio dirección a esta investigación:

¿Desde un enfoque administrativo se puede determinar que el Sistema de salud colombiano, en sus Regímenes Subsidiado y Contributivo, presenta un punto de equilibrio garante de una adecuada prestación de los servicios?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La Ley 100 de 1993 se implementa en el país en un momento de abruptos cambios, tanto a nivel económico, como social y político. Se presenta como la llave que va a abrir las puertas a la universalización de los servicios sociales, el de salud uno de ellos. Se implementa como una estrategia de integración, de inclusión, de celeridad, de garantía a los derechos sociales. De a poco el país se va dando cuenta que las cosas no han resultado como nos lo habían dicho, y por ende, como esperábamos que se dieran. Día a día, son más evidente los problemas que tiene el Sistema General de Seguridad Social -en general-, y el sector salud colombiano -en particular-, punto central de esta investigación. Problemas que se reflejan en un pésimo servicio y en una inoportunidad en su prestación, todo esto lacerante al derecho fundamental de la vida, de la salud y de la dignidad humana.

¿Por qué se da esto? En el argot popular es por falta de recursos y corrupción, a nivel de los actores del Sistema es por exceso de burocracia y, por parte de las instituciones de vigilancia y control, es por problemas administrativos. ¿Quién tiene la razón? Precisamente este intrincado panorama del Sector Salud colombiano es lo que nos motivó a adentrarnos a indagar, desde una perspectiva administrativa, presupuestal y empresarial, acerca del entramado organizacional dado por las relaciones existentes entre los actores del Sistema, las prestadoras del servicio, las aseguradoras y, las instituciones de vigilancia y control, las situaciones que allí se presentan, y que pueden estar coadyuvando a la caótica realidad del sector salud en Colombia, y cómo las mismas están generando comportamientos en el punto de equilibrio de los Regímenes Subsidiado y Contributivo.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 GENERAL

Realizar un estudio del comportamiento del punto de equilibrio del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado del sector salud colombiano, teniendo en cuenta para ello la legislación vigente y los actores involucrados.

1.1.1 ESPECÍFICOS

- Indagar por medio de una revisión bibliográfica el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el flujo en el manejo y distribución de los recursos financieros del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo.
- Identificar los factores internos y externos que pueden llegar a afectar el punto de equilibrio del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo.
- Analizar los factores internos y externos que afectan el punto de equilibrio en la prestación del servicio de salud por parte de los actores involucrados tanto del Régimen Subsidiado como del Régimen Contributivo.

CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO

2.1 SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

2.1.1 GENERALIDADES

El Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia (SGSSS), instituido, normado y controlado por medio de la Ley 100 de 1993¹, surge como respuesta a un anquilosado modelo de salud, que lo único que favorecía era la oferta, en detrimento de la demanda. El mercado de la salud estaba monopolizado, lo que no permitía una sana competencia. Con el nuevo modelo lo que se propendió fue por incentivar la competencia para promover la calidad y la eficiencia, se pasa a un modelo basado en la demanda. Se empieza a hablar de cliente, ya no de paciente. Además, con el nuevo modelo se universaliza la prestación de los servicios, es decir, el mismo llega a toda la población, no importando si cotiza o no.

Mucho se ha escuchado acerca de la Ley 100 de 1993, ¿pero se conoce de qué se trata? La citada Ley está conformada por cuatro libros. El primero de ellos correspondiente al Sistema General de Pensiones; un segundo, enfocado al Sistema General de Seguridad Social en Salud; el tercero, que trata del Sistema General de Riesgos Laborales; y un cuarto, dedicado a temas de los Servicios Sociales Complementarios. Por la razón de ser de esta investigación, se trabajará sobre los postulados del segundo libro de la Ley 100 de 1993, el cual está basado en seis principios fundamentales: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

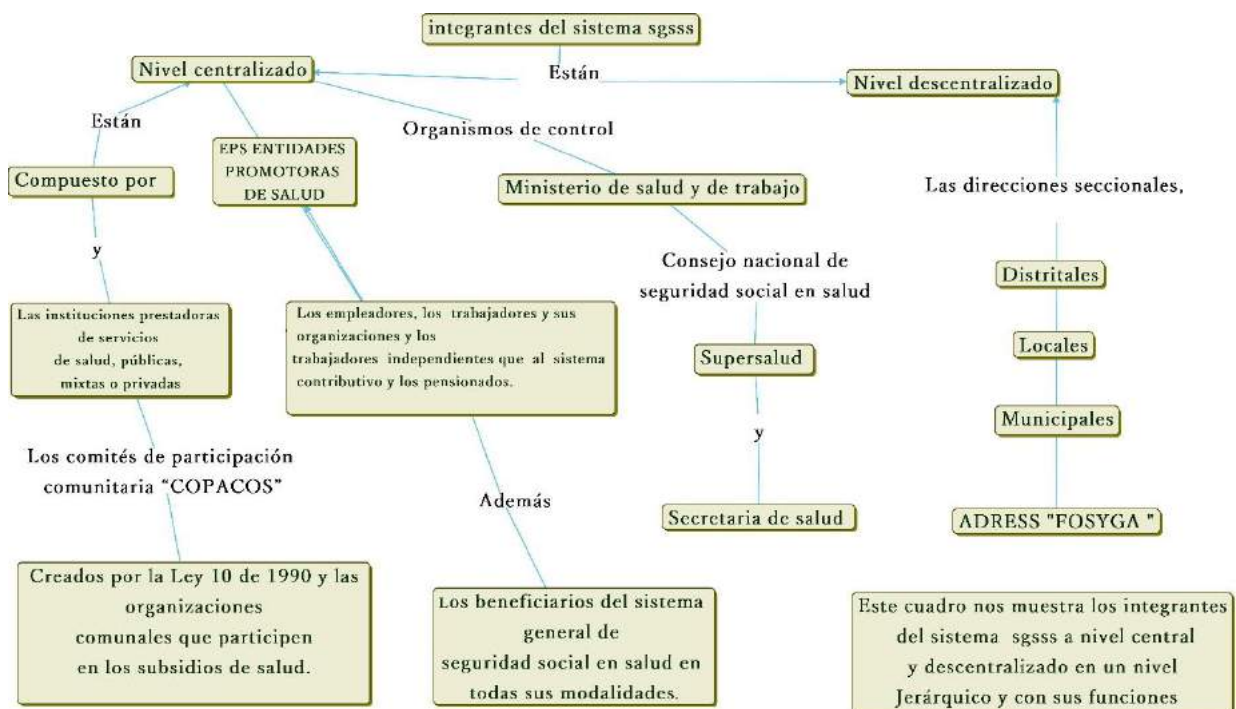
La Ley 100 de 1993, por su impacto, trascendencia y abarcamiento, se puede catalogar como una de las más profundas reformas que en el tema de seguridad social se ha llevado a cabo en Colombia. Reforma cuyos grandes defensores fueron, los entonces Senadores, Álvaro Uribe Vélez, Fabio Valencia Cossio y Jaime Arias, quienes le apostaron por el cambio del anterior sistema, caracterizado por su obsolescencia, a uno de cobertura total, que introdujo temas excéntricos, para la época, como solidaridad, competencia, eficiencia, equidad y calidad.

¹ Norma sancionada en el Congreso de la República el día 23 de diciembre de 1993. Por medio de esta se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.

Se evoluciona de un servicio enfocado a la oferta, a uno enfocado a la demanda. El aseguramiento se vuelve la pieza clave del sistema, que engrana cada una de las partes de este.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, está compuesto por un nivel centralizado (Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Superintendencia Nacional de Salud), y otro descentralizado (Secretaria Territorial de Salud, Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)) (Diagrama 1).

Diagrama 1 -integrantes del SGSSS



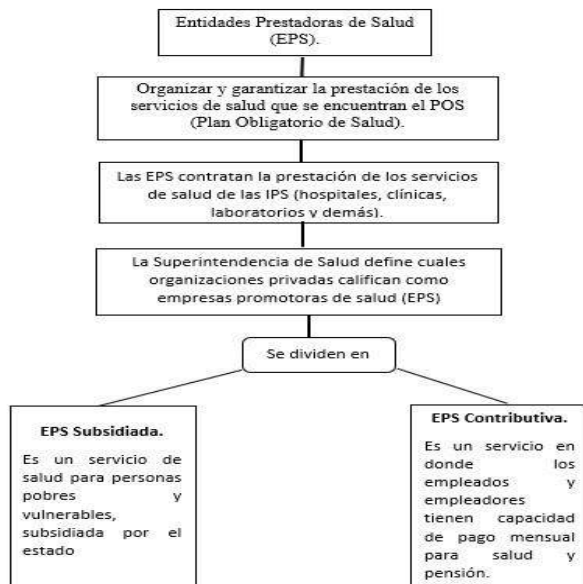
Fuente: Elaboración propia

Los colombianos pueden acceder al mismo por medio de dos tipos de cobertura; la primera, bajo el Régimen Contributivo, y la segunda bajo el Régimen Subsidiado. Respecto al Régimen Contributivo, se puntualiza que toda persona que tenga un contrato de trabajo, sea servidor público, pensionado, trabajador independiente con capacidad de pago, madres comunitarias en etapa lectiva y productiva, deben realizar un aporte mensual a una Entidad Promotora de Salud (EPS²) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014a).

²Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las instituciones prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites

En el diagrama 2, se muestra el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), ubicando el orden predeterminado, en la forma en que debe funcionar tanto para el Régimen Subsidiado, como el Régimen Contributivo. Bajo el diagrama, se expone como, la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), interviene para definir que entidades cumplen con la normativa de entidad privada.

Diagrama 2- Entidades Prestadoras de Salud



Fuente: Sandoval, (2013)

Por su parte, y como se observa en el diagrama 3, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), – las cuales pueden ser de baja, mediana y alta complejidad-, están conformadas por clínicas, hospitales, centros de atención, entre otros. Su función es prestar, a los afiliados al sistema, los servicios médicos, sean estos de urgencias o de consulta externa, establecidos en el plan de beneficios de salud (PBS). Las IPS son contratadas por las EPS, quienes se encargan del aseguramiento y del control de riesgo (<https://actualicese.com/actualidad/2018/04/13/eps-ips-y-pos-terminologia-del-sistema-de-salud-nacional-para-tener-claro/> Consultado el 24 de julio)

establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el Gobierno (Ley 100 de 1993, literal e, Artículo 156).

Diagrama 3– Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud



Fuente: Elaboración propia.

Para garantizar una atención, por medio de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS³), los contribuyentes deben generar pagos a salud correspondientes a:

- Aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social (Salud, Pensión y riesgos laborales).
- Cuotas moderadoras.
- Copagos.

³ Las instituciones prestadoras de salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas. El Estado podrá establecer mecanismos para el fomento de estas organizaciones y abrir líneas de crédito para la organización de grupos de práctica profesional y para las instituciones prestadoras de servicios de tipo comunitario y solidario (Ley 100 de 1993, literal i, Artículo 156).

Tabla 1 – Porcentajes de cotización – Cuota moderadora

CATEGORÍA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	CUOTA MODERADORA.
1	Menor a dos (2) SMLMV	11.7% de un (1) SMLMV
2	Entre dos (2) y cinco (5) SMLMV	46.1% de un (1) SMLMV
3	Mayor de cinco (5) SMLMV	121.5% de un (1) SMLMV

Fuente: Elaboración propia con base en la información obtenida de Ministerio de Salud y Protección Social, (2014b)

Bajo los porcentajes de cotización para contribuyentes estipulado por la Ley 100 de 1993 en su Capítulo I del Título III, indica que dependiendo del tipo de contribuyente su porcentaje, debe generar su pago correspondiente, según (Ministerio de Salud, 2014a: 2) que indica:

- La cotización por el Régimen Contributivo para un empleado dependiente está conformado por un 12.5% del salario mensual, el cual el cual el 8.5% tiene la cobertura del empleador, y el 4% por el empleado. Se aclara que para el tema pensional está conformado por un 16% del salario mensual, donde el 12% tiene la cobertura por el empleador y el 4% lo cubre el empleado.
- La persona que se encuentra pensionado debe realizar una cotización sobre el 12% de su mesada pensional, a excepción cuando tenga un contrato por prestación de servicios o tenga ingresos adicionales a su mesada pensional, realizando aportes a su EPS en la que se encuentre afiliado y haciendo cobertura total de la cotización que es de un 12.5%.
- El trabajador independiente debe hacer pago mensual en su totalidad de la cotización, donde le corresponden el 12.5% del ingreso base para el Sistema General de Seguridad Social y Salud y un 16% en el área pensional. El trabajador independiente debe tener en cuenta que deben cotizar sobre un 40% cuando el contrato es por prestación de servicios, sin que el salario base de cotización sea menor al salario mínimo mensual vigente.
- Y, por último, los aprendices en etapa lectiva y productiva, su cotización al Sistema General de Seguridad Social y Salud será costeadada por la empresa patrocinadora, bajo un salario mínimo legal mensual vigente.

Los aportes al Sistema de Seguridad Social se realizan de acuerdo con las siguientes proporciones en relación al salario devengado:

Tabla 2 Aportes al Sistema de Seguridad Social

	Empleador/a	Trabajador/a	Total
Pensiones	12%	4%	16%
Salud	8,50%	4%	12,50%
Riesgos laborales	0,50%	-	0,50%
- Nivel I			
Cajas de	4%	-	4%
Compensación			
Total	25%	8%	33%

Fuente: Elaboración propia con base en la información obtenida de Ministerio de Salud y Protección Social, (2014b)

Por otra parte, en el Régimen Subsidiado, están afiliadas las personas de escasos recursos y con vulnerabilidad en el país, clasificados en los niveles 1 y 2 del SISBÉN⁴, teniendo en cuenta que no tengan vinculación con el Régimen Contributivo, especiales o de excepción; se resalta por aparte las poblaciones especiales prioritarias.

Las personas en condición de desplazamiento, población infantil en abandono por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), menores desvinculados del conflicto armado, comunidades indígenas; personas mayores en centros de protección; población rural migratoria; personas del programa de protección de testigos; indigentes y población gitana -conocida como ROM- (Ministerio de Salud, 2014a: 38), también tienen el derecho de hacer parte de este régimen, obteniendo todos los beneficios que brinda el estado por el tipo vulnerabilidad que viven (dependiendo el caso) y así optar con una mejor calidad de vida.

El Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBÉN), por medio de la clasificación socioeconómica que se hace el país, encuesta a los colombianos para poder hacer parte de los beneficios brindados por el estado diseñado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP). Lo que busca el SISBEN es identificar las necesidades de la población más vulnerable del país. ¿Cómo se realiza la clasificación de los colombianos? Asesores especializados por el Departamento Nacional de Planeación (DPN) realiza una auditoría a los hogares de los colombianos -donde se califica de cero

⁴ El Sisbén fue diseñado como un instrumento genérico para la “focalización” de programas sociales por la Misión Social del DNP, entendida como “el proceso por el cual se garantiza que el gasto social se asigna a los grupos de población más pobres y vulnerables” (Ley 60, artículo 30; DNP-Misión Social, 1994, p. 8). En el contexto del Régimen Subsidiado, los criterios y procedimientos de identificación y selección de beneficiarios están orientados a la aplicación concreta de los principios rectores del Sistema de Seguridad Social (eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación) y a materializar el derecho irrenunciable a la seguridad social (Ley 100, artículo 1°), en el marco de la normatividad existente sobre los destinatarios del Régimen Subsidiado y las prioridades de afiliación (Fresneda, O., Martínez, P., S/f: 3).

(0) a cien (100)- se hace la calificación, y dependiendo de este tipo de calificación se asigna el beneficio del Estado (Departamento Nacional de Planeación, 2017).

En la cartilla de Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b: 39) informa el procedimiento de afiliación al Régimen Subsidiado en Salud, con los siguientes parámetros:

- Tener aplicada la encuesta al SISBÉN.
- Estar dentro de los rangos establecidos (nivel 1 y 2 del SISBÉN).

Tabla 3-Rangos Régimen Subsidiado

	14 CIUDADES	OTRAS CABECERAS	ÁREA RURAL
PUNTAJE NIVEL UNO	0 - 47,99	0 - 44,79	0 - 32,98
PUNTAJE NIVEL DOS	48,00 - 54,86	44.80 - 51,57	32,99 - 37,80

Fuente: Elaboración propia con base en la información obtenida de Ministerio de Salud y Protección Social, (2014b: 39)

Escoger bajo el libre albedrío la EPS disponible del Régimen Subsidiado autorizada por el municipio o ciudad.

Se aclara que las poblaciones especiales no deben hacer encuesta para recibir los beneficios del SISBÉN; los encargados de brindar el listado de beneficiados son los alcaldes de cada municipio y los cabildos indígenas, el Departamento de la Prosperidad Social, El Ministerio del Interior, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar... (Ministerio de Salud, 2014b: 39).

Actualmente existe la movilidad de cambio entre el Régimen Contributivo al Subsidiado y viceversa sólo para los afiliados con categoría SISBÉN 1 y 2, sin que haya desafiliación ni cambio de la Entidad Promotora de Salud (EPS) estipulado por el Decreto 3047 de 2013; en dado caso que no se encuentre en esa categoría deberá realizar la encuesta SISBÉN. No se debe confundir la movilidad de Régimen Subsidiado, con el derecho que tiene el afiliado de continuar con la misma Entidad Promotora de Salud (EPS); cuando no se tiene capacidad de pago, el afiliado puede realizar el traslado, es un derecho que se tiene para cambiar de Entidad Promotora de Salud (EPS) solo y cuando haya permanecido 12 meses con la misma entidad (Ministerio de Salud, 2014b: 53).

Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) tiene como función organizar y garantizar a sus afiliados la prestación de servicios que estipula el Plan Obligatorio de Salud, sea de forma directa

o indirecta. La afiliación a una EPS (Régimen Contributivo) se lleva a cabo mediante la suscripción de un formulario físico, emanado por el Ministerio de Salud. Se debe tener en cuenta que, si el cotizante es dependiente, el formulario deberá, también, ser suscrito por el empleador. Si el cotizante es pensionado, éste deberá informar al fondo de pensiones, cual es la EPS a la cual deberán entregar sus aportes.

2.1.1 FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA. UNA MIRADA GENERAL.

Es importante resaltar que el SGSSS, cuenta con una distribución jerárquica y financiera que le garantiza, no solo el tener control administrativo del mismo (del Sistema), sino que le asegura su liquidez económica, lo que se verá reflejado en una adecuada prestación de los servicios en salud. Ahora bien, enfocándonos en lo financiero del sistema, es importante decir que, el flujo de los recursos que se da a su interior proviene de dos ejes fundamentales: (i) Los Impuestos Generales de la Nación y, (ii) Las cotizaciones, las cuales proceden tanto del sector público como del privado. Este nuevo sistema de financiación, le apuesta tanto a la compensación, como a la solidaridad, es por esta razón que en él existen unas características propias, que de manera directa afectan el flujo de los recursos, estas son:

(i) El pago de la cotización reglamentaria por parte de todos los trabajadores habitantes del país.

Se empieza a hablar de la existencia de un Régimen Contributivo, compuesto por aquellas personas con capacidad de pago, quienes, por ley, deben aportar un 12% de sus ingresos devengados. La Ley 100 de 1993 establece, que aquellos cotizantes con mayores ingresos deben, por medio del mecanismo de la *compensación*, ayudar a pagar las UPC de aquellos, cuyos ingresos resultan insuficientes para hacerlo. La idea es completar los recursos necesarios para que se dé una efectiva afiliación a este régimen (el contributivo).

De la misma manera, de los aportes del Régimen Contributivo se traslada al Régimen Subsidiado un punto de los 12 recaudados. Este punto va a completar la financiación de la UPC de los más pobres –*solidaridad*–.

(ii) Los aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fosyga “ADRES administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud” y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad, con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones equitativas.

Los aportes fiscales, financian, principalmente, al Régimen Subsidiado. La creación de este régimen, ha sido lo más novedoso e incluyente del nuevo sistema. Por medio del mismo, todas las personas sin capacidad de pago, es decir las más pobres, tienen derecho a la prestación de los servicios de salud, a través de su afiliación al sistema.

(iii) El recaudo de las cotizaciones como responsabilidad del Fosyga (Fondo de Solidaridad y Garantía) actualmente ADRES, quien delegó esta función en las EPS.

El Fosyga, hoy llamado ADRES, tiene como función principal recopilar información actualizada de los afiliados al sistema.

(iv) El reconocimiento a la EPS de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), por cada persona afiliada, cotizante o beneficiaria. La UPC es establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (hoy función asumida por la Comisión Reguladora CRES).

De acuerdo con Morales (1997:9),

La UPC equivale a una prima de seguros ajustada por riesgo, será financiado conjuntamente entre trabajadores, patronos y el Estado, con una contribución porcentual del ingreso de aquellas personas con capacidad de pago, como también con la utilización de aportes fiscales destinados a subsidiar la UPC para la afiliación de los más pobres.

(v) La financiación al subsidio a la demanda por parte de las entidades territoriales, con cargo a los fondos seccionales y locales de salud.

Como lo manifiesta Caviedes (1994: 83), el subsidio a la demanda nace por la necesidad de “transferir un cierto monto per cápita a los beneficiarios, para que éstos elijan la entidad - pública o privada- que les resulte más apropiada según sus preferencias personales”.

(vi) La celebración de convenios por parte de las entidades territoriales con las EPS para la administración de la prestación de los servicios de salud propios del régimen subsidiado.

Convenios que se realizan con las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), quienes son las que brindan los servicios, establecidos en el plan de beneficios.

La parte financiera del sistema se encuentra regulada por un conjunto de normas que le da su institucionalización y evolución. En los últimos ocho (8) años las más destacadas han sido⁵:

⁵ Si se requiere de más información al respecto, se puede consultar en la página <https://www.minsalud.gov.co>, pestaña *Normatividad*

Tabla 4 - Leyes

AÑO DE EXPEDICIÓN	NORMA	DESCRIPCIÓN
2018	Ley 1929 de 2018	Por medio de la cual se modifica temporal y parcialmente la destinación de un porcentaje de los recursos del fondo de solidaridad de fomento al empleo y protección al cesante, definida en el artículo 6° de la ley 1636 de 2013; y se faculta a las cajas de compensación familiar a destinar recursos para el saneamiento de pasivos en salud y/o el cumplimiento de condiciones financieras aplicables a las EPS
2016	Ley 1815 de 2016	Por la cual se decreta el presupuesto de rentas y recursos de capital y ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del 1o. de enero al 31 de diciembre de 2017
2016	La ley 1797 del 2016	Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.
2015	Ley 1769 de 2015	Por la cual se decreta el presupuesto de rentas y recursos de capital y ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del 1o. de enero al 31 de diciembre de 2016.
2015	Ley 1753 de 2015	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”.
2013	Ley 1608 de 2013	Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud.
2011	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

Fuente: Elaboración propia con base en la información obtenida en <https://www.minsalud.gov.co/> Consultada el 31/08/2018

Tabla 5 - Acuerdos

AÑO DE EXPEDICIÓN	NORMA	DESCRIPCIÓN
2012	Acuerdo 32 de 2012	Por el cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Régimenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad y se define la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado.
2012	Acuerdo 032 de 2012 - Documento UPC Unificación	Estudio técnico para la estimación de la UPC del Régimen Subsidiado para la unificación de los planes de beneficios del grupo de 18 a 59 años.

2011	Acuerdo CRES 0030 De 2011	Se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2012.
2011	Acuerdo CRES 0026 De 2011	Se define un ponderador a la UPC para las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo (RC).
2011	Acuerdo CRES 0027 De 2011	Se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de sesenta (60) y más años de edad y se modifica la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado.
2011	Acuerdo 27 de 2011	Se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de sesenta (60) y más años de edad y se modifica la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado.
2011	Acuerdo 030 de 2011 - Incremento porcentual de la Unidad de Pago por Capitación por EPS o EOC vigencia 2012	Incremento porcentual de la Unidad de Pago por Capitación por EPS o EOC vigencia 2012.
2011	Acuerdo 030 de 2011 - Documento Técnico UPC 2012	Estimación del valor de la Unidad de Pago por Capitación de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2012.
2011	Acuerdo 030 de 2011 - Balance global de compensación y ajuste de la UPC 2011	Balance global de compensación y ajuste de la UPC 2011-2012.
2011	Acuerdo 029 de 2011 Anexo 3 - Procedimientos y Servicios Cobertura Transición Afiliados Régimen Subsidiado sin Unificación	Procedimientos y servicios para la cobertura de transición de la población Afiliada al Régimen Subsidiado sin Unificación.
2010	Acuerdo 019 de 2010	Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2011.
2010	Acuerdo 019 de 2010 -Anexo 8 - Estimación del Valor de la UPC 2011	Estimación del Valor de la UPC 2011.
2010	Acuerdo 019 de 2010 - Documento Técnico - Comité técnico actualización POS y cálculo UPC 2011	Comité técnico para presentación y análisis de alternativas de actualización del POS y de cálculo de la UPC 2011.
2010	Acuerdo 019 de 2010 - Anexo 7 - Informe Calculo de la UPC - Universidad Nacional	Informe Cálculo de la UPC - Universidad Nacional.
2010	Acuerdo 019 de 2010 - Anexo 6 - Sostenibilidad del Fosyga - Régimen subsidiado	Sostenibilidad de la subcuenta de compensación del Fosyga y financiación del Régimen Subsidiado.

2010	Acuerdo 019 de 2010 - Anexo 5 - Análisis para la definición de la UPC - Subsidiada	Análisis para la definición de la UPC - Subsidiada.
2010	Acuerdo 019 de 2010 - Anexo 4 - Análisis para la definición de la UPC - Contributiva	Análisis para la definición de la UPC - Contributiva 2011.
2010	Acuerdo 019 de 2010 - Anexo 3 - Cálculo de la UPC	Cálculo de la UPC.
2010	Acuerdo 019 de 2010 - Anexo 2 - Informe UPC - Universidad Nacional	Informe UPC - Universidad Nacional.
2010	Acuerdo 019 de 2010 - Anexo 1 - Estudio suficiencia POS - UPC	Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud.

Fuente: Elaboración propia con base en la información obtenida en <https://www.minsalud.gov.co/> Consultada el 31/08/2018

Tabla 6 - Resoluciones

AÑO DE EXPEDICIÓN	NORMA	DESCRIPCIÓN
2018	3312 Establece requisitos - condiciones para giro y ejecución de recursos asignados ESE intervención Forzosa	Por la cual se establecen los requisitos y condiciones para el giro y ejecución de los recursos asignados por el MS Y PS A LAS ESE - EN INTERVENCION FORZOSA ADMINISTRATIVA - para liquidar por parte del Superintendencia Nacional de Salud, cuyos remanentes pasan a la entidad territorial una vez cerrada la liquidación o terminando el mandato
2018	Resolución No. 3056 de 2018	Por la cual se define la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por capitación y se dictan otras disposiciones
2018	Resolución No. 3110 de 2018	Por la cual se sustituye las estructuras para el reporte de información del giro directo de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, para incluir en las mismas los campos para el reporte de los recursos de UPC, para los afiliados en movilidad y se dictan otras disposiciones
2018	Resolución No. 2516 de 2018	Por la cual se establece el procedimiento para el reporte de información y aplicación de recursos por parte de las Administradoras de Fondos de Pensiones en aras de concluir el saneamiento de aportes patronales del periodo 1994 – 2011

2018	Resolución No. 2024 de 2018	Por la cual se determina el procedimiento para realizar el saneamiento de aportes patronales correspondiente a la vigencia 2012 a 2016 y se dictan otras disposiciones
2018	Resolución No. 2249 de 2018	Por la cual se efectúa la categorización de riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones
2018	Resolución 1885 de 2018	Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones
2018	Resolución No. 46 de 2018	Por medio de la cual se corrigen unos errores de carácter formal en la resolución 5269 de 2017, "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de pago por Capitación (UPC)"
2017	Resolución No. 5267 de 2017	Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud
2017	Resolución 5269 de 2017	Por la cual autoriza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
2017	Resolución No. 5268 de 2017	Por la cual se fija el valor de la Unidad de pago por capitación - UPC - para el Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2018
2017	Resolución No. 05247 de 2017	Por la cual define los montos a portar, reconocer y pagar a las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y a las EOC para la vigencia 2018, en aplicación del mecanismo adicional para ajustar la derivación de la siniestralidad " Hemofilia A Severa"
2017	Resolución No. 02655 de 2017	Por la cual se imparten instrucciones relativas al apoyo administrativo que debe brindar el Ministerio de Salud y Protección Social para la entrada en operación de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ADRES
2017	Resolución No. 04373 de 2017	Por la cual establecen términos y condiciones para el desarrollo de la operación de compra de cartera con cargo a los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)
2016	Resolución 6330 de 2016	Por la cual se modifica el presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía —
		FOSYGA, para la vigencia fiscal 2016 y se adoptan disposiciones en relación a la compra directa de cartera.

2016	Resolución 6068 de 2016	Por la cual se modifica el presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía — FOSYGA, para la vigencia fiscal 2016.
2016	Resolución 6066 de 2016	Por la cual se establecen las condiciones, términos y fechas para la aclaración de cuentas y saneamiento contable entre Entidades Responsables de Pago e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.
2015	Resolución 5284 de 2015	Por la cual se modifica el presupuesto del mecanismo único de recaudo y giro de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud para la vigencia fiscal 2015.
2015	Resolución 5619 de 2015	Por la cual se efectúa un traslado y distribución en el Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social — Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, para la vigencia fiscal de 2015 y una asignación sobre estos recursos.
2015	Resolución 5593 de 2015	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la cobertura del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2016 y se dictan otras disposiciones.
2015	Resolución 5592 de 2015	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones.
2015	Resolución 5570 de 2015	Por la cual se modifica el presupuesto de Ingresos y Gastos del Fondo de Solidaridad y Garantía — FOSYGA, para la vigencia fiscal 2015
2014	Resolución 5925 de 2014	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2015, se establecen las primas adicionales diferenciales y se dictan otras disposiciones.
2013	Resolución 5522 de 2013	Por la cual se fija el valor de la UPC, del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2014 y se dictan otras disposiciones.
2013	Resolución 5510 de 2013	Por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a los regímenes especial y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas.

2012	Resolución 4480 de 2012	Por la cual se fija el valor de pago de la Unidad de Pago por Capitación UPC del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2013 y se dictan otras disposiciones.
2011	Resolución 1238 De 2011	Por la cual se dictan disposiciones referentes al pago de los servicios de salud por parte de las Entidades Territoriales de más de cien mil (100.000) habitantes y las Entidades Promotoras de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud.
2010	Resolución 5047 de 2010	Resolución 5047 de 2010 por la cual se dictan disposiciones sobre la utilización de los saldos de liquidación de los contrato suscritos para administrar los recursos del Régimen Subsidiado, ejecutados y finalizados antes del cierre de la vigencia del 2008, y ejecutados y finalizados a 30 de septiembre de 2009.
2010	Resolución 3797 de 2010	Por medio de la cual se establecen los criterios y requisitos de asignación,
		distribución y giro de los recursos adicionados al Presupuesto General de la
		Nación mediante el Decreto Legislativo 134 de 2010
2010	Resolución 3459 de 2010	Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 2114 de 2010, que adopta los instrumentos y define el procedimiento para el giro de los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de las entidades territoriales, 2421 de 2010, sobre cuentas maestras, y se dictan otras disposiciones.
2010	Resolución 2612 de 2010	Por la cual se efectúa una asignación de recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA Subproyecto Subsidio a la Demanda – Régimen Subsidiado para financiar la continuidad de la afiliación al Régimen Subsidiado hasta el 31 de marzo de 2011.

Fuente: Elaboración propia con base en la información obtenida en <https://www.minsalud.gov.co/> Consultada el 31/08/2018

Tabla 7- Decretos

AÑO DE EXPEDICIÓN	NORMA	DESCRIPCIÓN
2018	Decreto 1355 de 2018	Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con el manejo de los recursos

		de propiedad de las entidades territoriales destinadas al aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado.
2018	Decreto 1273 de 2018	Por el cual se modifica el artículo 2.2.1.1.1.7, se adiciona el Título 7 a la Parte 2 del Libro 3 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación al pago y retención de aportes al Sistema de Seguridad Integral y Parafiscales de los trabajadores independientes y modifica los artículos 2.2.4.2.2.13 y 2.2.4.2.2.15 del Decreto 1072 de 2015, Único Reglamentario del Sector Trabajo.
2017	Decreto 2265 de 2017	Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social adicionando el artículo 1.2.1.10, Y el Título 4 a la Parte 6 del Libro 2 en relación con las condiciones generales de operación de la ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
2017	Decreto 2228 de 2017	Por el cual se modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con los afiliados al Régimen Subsidiado
2017	Decreto 866 del 2017	Por el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos
2016	Decreto 2170 de 2016	Por el cual se liquida el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2017, se detallan las apropiaciones y se clasifican y definen los gastos
2016	Decreto 2152 de 2016	Por el cual se adiciona un artículo al Título 2 Recursos de las Cajas de Compensación Familiar - CCF de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con el uso de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 recaudados en las vigencias 2012, 2013 y 2014.
2016	Decreto 2117 de 2016	Por el cual se modifican los artículos 2.1.13.9, 2.5.2.2.1.7 y 2.5.2.2.1.10 y se adicionan unos artículos en la Sección 1, Capítulo 2, Título 2, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con los procesos de reorganización institucional y las condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud – EPS.
2016	Decreto 1990 de 2016	Por medio del cual se modifica el artículo 3.2.1.5., se adicionan artículos al Título 3 de la Parte 2 del Libro 3 y se sustituyen los artículos 3.2.2.1., 3.2.2.2. y 3.2.2.3 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud, en relación con las reglas de aproximación de los valores contenidos en la planilla de autoliquidación de apodes; se fijan plazos y condiciones para la autoliquidación y pago de los apodes al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales, respectivamente.

2016	Decreto 1829 de 2016	Por medio del cual se adiciona el Capítulo 6 al Título 1 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud, en relación con la firmeza de los reconocimientos y giros de los recursos del aseguramiento en salud, el reintegro de recursos pagados por afiliación a prevención o cesión obligatoria, así como la corrección o ajuste a periodos compensados.
2016	Decreto 1282 de 2016	Por el cual se establece el trámite para la obtención de la autorización sanitaria provisional y se dictan otras disposiciones.
2015	Decreto 2353 de 2015	Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud
2015	Decreto 1681 de 2015	Por el cual se reglamenta la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA.
2014	Decreto 1953 de 2014	Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de que trata el artículo 329 de la constitución Política.
2014	Decreto 2702 de 2014	Por el cual se actualizan y unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud y se dictan otras disposiciones.
2014	Decreto 2562 de 2014	Por el cual se reglamenta el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 en cuanto a los recursos correspondientes a la vigencia 2012
2014	Decreto 0674 de 2014	Por el cual se modifican los plazos en el proceso de compensación y funcionamiento de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA, y se dictan otras disposiciones.
2013	Decreto 2464 de 2013	Por el cual se define el procedimiento para el giro directo de la Unidad de Pago por Capitación de Entidades promotoras de Salud del Régimen Contributivo, en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación.
2013	Decreto 1623 de 2013	Por el cual se amplía la vigencia del mecanismo transitorio para garantizar la Afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2012	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.
2012	Decreto 1464 de 2012	Por el cual se definen criterios para que el incremento de la UPC, se vea reflejado en el valor de los servicios de salud.
2011	Decreto 4877 de 2011 y sus anexos	Por el cual se definen las condiciones de utilización del saldo de los recursos excedentes del subsidio familiar con corte a 31 de diciembre de 2010, girados al Fondo de Solidaridad y Garantía

2011	Decreto 4690 de 2011	Por el cual se determinan los términos y condiciones para la administración del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud -FONSAET.
2011	Decreto 4465 de 2011	Por el cual se adopta un mecanismo transitorio para garantizar la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2011	Decreto 1700 de 2011	Por medio del cual se modifican los artículos 7, 8, 9 y 12 del Decreto 971 de 2011, que define el mecanismo para girar los recursos del Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
2011	Decreto 0971 de 2011	Por medio del que se define el instrumento a través del cual el Ministerio de la Protección Social girará los recursos del Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud, se establecen medidas para agilizar el flujo de recursos entre EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones
2010	Decreto 2390 de 2010	Por medio del cual se otorga una autorización, se reglamenta parcialmente el Sistema de Registro Único de Afiliados al Sistema de Seguridad Social Integral y de la Protección Social, se adopta el Formulario Único Electrónico de Afiliación y Manejo de Novedades y se dictan otras disposiciones.
2010	Decreto 2240 de 2010	Solicitud de reintegro al FOSYGA de recursos no ejecutados del régimen subsidiado.
2010	Decreto 1965 de 2010	Por el cual se dictan disposiciones para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Fuente: Elaboración propia con base en la información obtenida en <https://www.minsalud.gov.co/> Consultada el 31/08/2018

Por medio de estas Leyes, acuerdos, resoluciones y decretos, de manera sistemática se han venido actualizando temas inherentes al pago de los servicios en salud para el beneficio y buen servicio que se debe prestar a los ciudadanos, teniendo como intermediarios a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

2.1 RÉGIMEN SUBSIDIADO

2.1.1 DEFINICIÓN

En Colombia, y gracias a la Ley 100 de 1993, se monta un modelo de salud incluyente, universal y libre (al menos así debería serlo), el cual propugna por un acceso igualitario e identitario para todos los ciudadanos colombianos. Esto es, para el rico y para el pobre, para el que tiene capacidad de pago y para el que carece de la misma. Por primera vez en el país, se voltea la mirada hacia esa parte de la población denominada vulnerable, para garantizar, a quienes la conforman, uno de los derechos fundamentales más sensibles, la salud.

El Régimen Subsidiado, así se denomina, es quien, a partir de 1993, tiene a su cargo, no solo acoger a la población pobre y vulnerable del país, sino brindarle los servicios de salud, de los que habla el plan de beneficios. En el Artículo 157, numeral 2 del inciso A, de la Ley 100 de 1993, de manera clara se establece que los afiliados al Régimen Subsidiado son: “las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización”. Población que puede estar “en las áreas rural y urbana”. Puntualiza además que:

Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

2.1.1 ASPECTOS GENERALES

El Régimen Subsidiado, como ya se ha manifestado en anteriores apartes, se establece para la población vulnerable del país. Dicho régimen se orientó hacia la búsqueda de soluciones que permitiera a esta población (la vulnerable) acceder a un plan integral de salud y así poder alcanzar el poder de la universalidad.

Es importante aclarar que la implementación del Régimen Subsidiado no fue fácil - no hay que olvidar que el país venía de un modelo a la oferta - por lo que su maduración (si se nos permite el término) tuvo como antesala una serie de periodos que le fueron dando la connotación, tono y direccionamiento que en la actualidad tiene, estos periodos fueron:

Figura 1- Periodos del Régimen Subsidiado

PERIODO D (Despegue)	PERIODO T (Transición)	PERIODO F (Formalización)	PERIODO A (Ajuste)
<ul style="list-style-type: none"> • Comprendido entre la expedición de la Ley 100 (diciembre de 1993) y agosto de 1994. • Caracterizado por la copiosa expedición de Decretos reglamentarios y la adecuación del Ministerio de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendido entre el inicio del gobierno Samper y la terminación de la transición del Régimen Subsidiado. • Caracterizado como una época de ilusión financiera por el manejo directo de los recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendido entre julio de 1996 a marzo de 1998. • Caracterizado por la suscripción de los primeros contratos con las ARS y por la voluminosa afiliación dada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Correspondió al primer año del Régimen Subsidiado y la aplicación de ajustes (abril de 1998 - marzo de 1999), especialmente en el gobierno de Pastrana.

Fuente: Elaboración propia con base en la información extraída de Herrera (1999).

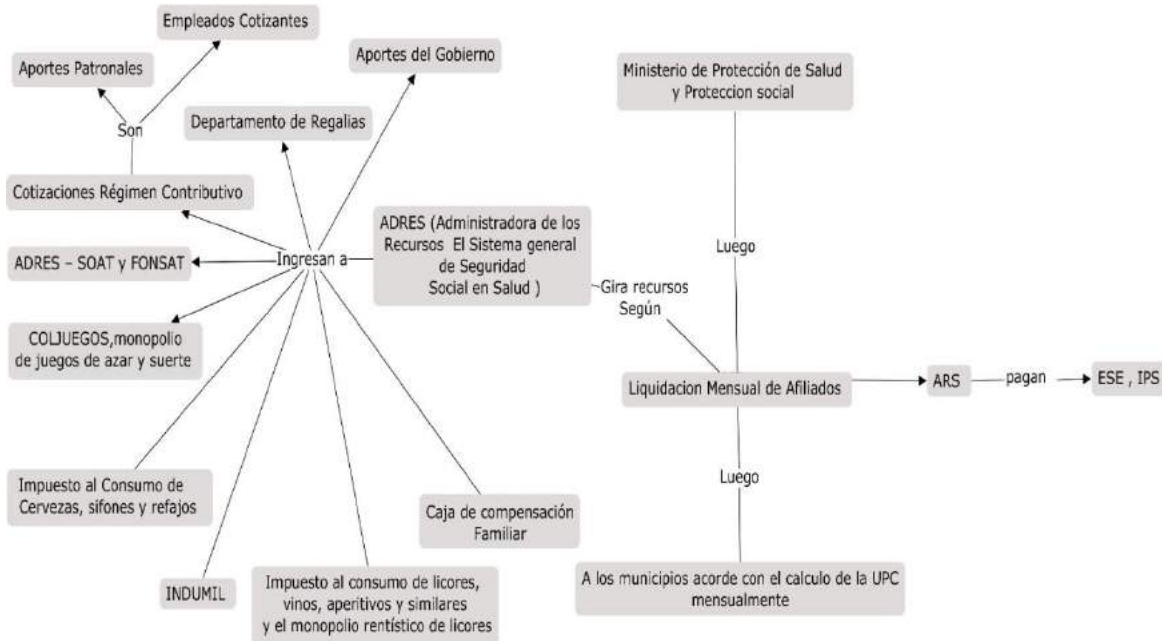
Bajo esta modalidad se determinó adecuar el Periodo T, en el Régimen Subsidiado, como un modelo de asignación de beneficiarios a la red pública de servicios y el buen uso de los subsidios por medio de las EPS-transitorias (Herrera, 1999). En el Periodo F, cambia el Régimen Subsidiado como un régimen diferencial para la población vulnerable, por lo tanto, se establecieron entes diferenciados, conocidos como Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) determinando al beneficiario como un agente pasivo. Este periodo se mantuvo vigente en el Periodo A, sin importar los cambios realizados por el gobierno nacional; induciendo a una modificación al Régimen Subsidiado como un esquema diferencial y discriminatorio por medio de la asignación de los subsidios, sin enfatizar en el modelo cultural, ni un modelo de práctica de aseguramiento donde el beneficiario es destituido por los intereses de rentabilidad económica y por la política de los demás agentes pertenecientes al sistema beneficiario (Herrera, 1999). A continuación se analizará con detenimiento cada una de las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado.

2.1.1 DISTRIBUCIÓN Y FLUJO DE RECURSOS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

El diagrama 4 da a entrever las diferentes fuentes de financiación del Régimen Subsidiado (las cuales se analizarán más a fondo en los apartes que a continuación siguen). En el mismo se observa que es el ADRES (anteriormente FOSYGA) quien se encarga de administrar los recursos del citado régimen, conforme a la información de los afiliados que, de manera mensual, reportan el Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades y municipios correspondientes. El ADRES realiza los

giros de recursos necesarios y estas entidades reciben los ingresos, por parte del capital social y empresas privadas.

Diagrama 4- Actores del Régimen Subsidiado.



Fuente: Elaboración propia con base en la información extraída de Procuraduría General de la Nación (S/f : 13)

2.1.1 SUBCUENTA DE SOLIDARIDAD FOSYGA –ADRES

El Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, cuyos recursos son administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), tiene como función especial, esencial y principal, el encauzamiento de los recursos con los que se financian las actividades de salud en el sistema. El mismo se encuentra estructurado en una serie de subcuentas, entre las cuales se encuentra la de Solidaridad. Subcuenta creada mediante la Ley 100 de 1993, enunciada en su artículo 219, y cuya función es asistir, en la cofinanciación de los subsidios, a los beneficiarios de escasos recursos del país, logrando con esto, garantizarles, el acceso a los servicios de salud.

2.1.1.1 Fuentes de financiación de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA.

Con el objeto de cofinanciar, junto con las entidades territoriales, los subsidios a los afiliados del Régimen Subsidiado, el FOSYGA cuenta para ello, con los recursos que a continuación se relacionan:

(i) Cotización de solidaridad del Régimen Contributivo

De acuerdo con la Ley 1122 de 2007, en su artículo 10 (el cual modificó el inciso 1° del artículo 204 de la Ley 100 de 1993), uno punto cinco (1,5) de la cotización – del Régimen Contributivo- serán trasladados a la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA con el fin de contribuir a la financiación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado.

El citado artículo también es claro en decir que: “Las cotizaciones que hoy tienen para salud los regímenes especiales y de excepción se incrementarán en cero punto cinco por ciento (0,5%), a cargo del empleador, que será destinado a la subcuenta de solidaridad para completar el uno punto cinco a los que hace referencia el presente artículo”.

(ii) Recursos del Presupuesto General de la Nación

Es importante iniciar aclarando que, los recursos del Presupuesto General de la Nación, son autorizados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y aprobados por el Congreso de la República. De igual importancia es puntualizar que, de acuerdo con el artículo 2 del Decreto 1264 de 2017, “las apropiaciones incorporadas en el Presupuesto General de la Nación que por mandato

de la ley deban ser administradas por la ADRES, se programarán como transferencias en el presupuesto del Ministerio de Salud y Protección Social, identificando para tal efecto la respectiva fuente de financiación y se ejecutarán con la asignación que el ordenador del gasto en la respectiva sección presupuestal adelante tales recursos”. Y es totalmente necesario aclarar, como lo puntualiza el sexto *Considerando* de la Resolución No. 000073 del 18 de enero de 2018, emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual, se efectúa una desagregación y asignación en el Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, para la vigencia fiscal de 2018 y una asignación sobre estos recursos:

Que mediante Documento de Distribución de los Recursos del Sistema General de Participaciones SGP-22- 2017 de 19 de diciembre de 2017, se distribuyó la última doceava del Sistema General de Participaciones para Salud y se aplica un ajuste negativo; distribuyendo por consiguiente un valor total de \$535.162.377.515, de los cuales \$428.129.902.011 corresponden a Régimen Subsidiado, \$53.516.237.752 a Salud Pública y \$53.516.237.752 a Prestación de Servicios de Salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación del subsidio a la oferta.

Los recursos destinados al Régimen Subsidiado, por medio del Presupuesto General de la Nación (PGN), son calculados para cada periodo fiscal, y desagregados en el Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social. Es así, como para la vigencia 2018, de acuerdo con la Resolución No. 000073 del 18 de enero de 2018, y como bien lo dice la citación anterior, de los \$535.162.377.515 –presupuesto total aprobado y autorizado a la entidad de control del sector salud, \$428.129.902.011 corresponden al Régimen Subsidiado, lo que representa un 80%, sobre el valor total autorizado. Esta importante proporción de recursos al Régimen Subsidiado, de una idea de la complejidad en el manejo del mismo.

(iii) Cajas de Compensación familiar

De acuerdo con el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, “las Cajas de Compensación Familiar destinarán el 5% de los recaudos del subsidio familiar que administran, para financiar el régimen de subsidios en Salud, salvo aquellas Cajas que obtengan un cociente superior al 100% del recaudo del subsidio familiar del respectivo año, las cuales tendrán que destinar un 10%. La aplicación de este cociente, para todos sus efectos, se hará de acuerdo con lo establecido en el artículo 67 de la Ley 49 de 1990, y a partir del 15 de febrero de cada año”. Aunado a la anterior, está lo reglamentado por el Decreto 050 de 2003, Capítulo 2, artículo 11, el cual manifiesta que:

Los recursos correspondientes al recaudo del subsidio familiar destinados al Régimen Subsidiado del Sistema General Seguridad Social en Salud que no sean administrados directamente por las Cajas de Compensación Familiar, deberán ser girados a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, a más tardar el tercer (3) día hábil siguiente a la fecha límite establecida en las normas para el giro de los aportes del subsidio familiar por parte de los empleadores.

(iv) Rendimientos financieros generados a favor de la Subcuenta de Solidaridad

Recurso establecido en el literal d, del artículo 221, de la Ley 100 de 1993.

(v) Los rendimientos financieros de la inversión de los ingresos derivados de la enajenación de las acciones y participaciones de la Nación en las empresas públicas o mixtas que se destinen a este fin por el CONPES

Recurso establecido en el literal e, del artículo 221, de la Ley 100 de 1993.

(vi) Recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras de Cusiana y Cupiagua.

(vii) Recursos del IVA social, de acuerdo con la ley 6 de 1992.

2.1.1.1 Uso de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad.

Los recursos de la subcuenta de solidaridad se usan en:

(i) Ampliación del Régimen Subsidiado. Ampliación Renovación del Régimen Subsidiado Subcuenta de Solidaridad FOSYGA – Aportes del Presupuesto Nacional.

Esta administración de la subcuenta de solidaridad la encontramos legislada en el acuerdo 397 de 2008, por el cual se reglamenta la adición de aportes del presupuesto nacional y reglamenta que los presupuestos y usos de los ingresos de la subcuenta solidaridad corresponden exclusivamente al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). Su finalidad es:

Atender con cargo a los recursos de la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA compromisos relacionados con la cofinanciación del Régimen Subsidiado de esta vigencia, conforme a la solicitud efectuada por la Dirección General de Gestión a la Demanda del Ministerio de la Protección Social en la que señala que con los recursos de esta adición se requiere , financiar el reconocimiento del mayor valor de la UPC en el primer trimestre del año y la posible sustitución de fuente asociada al Acuerdo 386, en lo relacionado con la transformación de subsidios de oferta a demanda, que se genere de la revisión que viene adelantando el Ministerio de la Protección Social, así como garantizar la asignación de algunos recursos pendientes relacionados con la financiación de la afiliación de continuidad” (Acuerdo 376 de 2007)

(ii) Subsidio a la Demanda - Régimen Subsidiado - Fondos Especiales.

Estos recursos se asignan acorde a la Resolución 184 del 2011, la cual reglamenta recursos para el integrante al sistema de salud al Régimen Subsidiado y que estén en sistemas carcelarios expuestos en el Artículo 1:

Asignar recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga - Subproyecto Subsidio a la Demanda - Régimen Subsidiado, para financiar la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud, a la población reclusa en los establecimientos de reclusión a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, Inpec, hasta el 31 de marzo de 2011, por un valor total de \$4.106.578.874.4.

Estos subsidios a la demanda no solo cobijan esta población (carcelaria), sino además a madres cabeza de hogar y, toda aquella población vulnerable.

Por su parte el Acuerdo 5513 de 2013, manifiesta:

Los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, destinados a la financiación de la afiliación al Régimen Contributivo de las madres comunitarias y su núcleo familiar, de acuerdo con lo establecido en las Leyes 509 de 1999, 1023 de 2006 y 1187 de 2008, se ejecutarán mensualmente con base en el número de madres comunitarias y su núcleo familiar compensados en cada periodo, transfiriendo el monto correspondiente de las UPC-S.

La Resolución 1946 de 2008, por la cual se distribuyen recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga– Subproyecto Subsidio a la Demanda- Régimen Subsidiado para ampliación de cobertura mediante la afiliación de población desplazada y otros, en sus Artículos 1, 2, 3 y 4, asigna los recursos por entidades territoriales con el fin de garantizar la salud a aquellas personas en condición de desplazamiento víctimas de la violencia y a aquellos usuarios que entran en condición de vulnerabilidad.

(iii) Subsidio a la Demanda - Déficit Cajas de Compensación

El porcentaje de los recursos recaudos por concepto del subsidio familiar que administran las Cajas de Compensación Familiar, definido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, que podrá ser administrado de manera directa por éstas, previo cumplimiento de las normas establecidas para tal efecto.

(<https://www.adres.gov.co/Tr%C3%A1mites/Procesos-y-Procedimientos/Solidaridad/SOL-Proceso-de-recaudo> Consultado el 24/09/2018).

(iv) Prevención y Sanción de Formas de Violencia y Discriminación contra las Mujeres

Este uso de la subcuenta de solidaridad, está estipulado en la Resolución 6431 de 2016, por la cual se aprueba el presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) para la vigencia fiscal 2017 y se dictan otras disposiciones. En la citada norma, el uso de los recursos por este concepto se estima como un gasto.

(v) Apoyo Otros Eventos y Fallos de Tutela.

Por concepto de pagos de los recobros por fallos de tutela, medicamentos y servicios médicos no incluidos en el plan de prestaciones de servicios de salud.

(vi) Otros Eventos de Trauma Mayor por Violencia

Los recursos provenientes del impuesto social a las armas, definidos en la Ley 1438 de 2011 que modifica el artículo 224 de la Ley 100 de 1993. Con ellos se formará un fondo para financiar la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por violencia, de la población afiliada al régimen subsidiado en los eventos no cubiertos por el POS-S y de aquella vinculada al sistema (<https://www.adres.gov.co/Inicio/-Que-Hacemos/Solidaridad/Ingresos-SOL>, consultado el 24/09/2018)

(vii) Apoyo Técnico, Auditoría y Remuneración Fiduciaria

De conformidad con el Artículo 2, de la Resolución 6431 de 2016, se establece que:

De las subcuentas del Fosyga se destinarán recursos para financiar el apoyo técnico, representación judicial y extrajudicial del Fosyga a nivel nacional y el apoyo técnico en el alistamiento y custodia de archivos físicos y magnéticos, la auditoría, interventoría y remuneración fiduciaria, según lo pactado para cada subcuenta en los contratos de encargo fiduciario para la administración de los recursos del Fosyga, auditoría a las reclamaciones ECAT y recobros por beneficios extraordinarios no incluidos en el plan general de beneficios y auditoría al Fosyga e interventoría a los contratos de fiducia y auditoría y los demás que se suscriban para el efecto.

Los gastos de apoyo técnico, se financiarán con cargo a los recursos de las subcuentas del Fosyga, dependiendo del tipo de gasto que se deba asumir y se afectarán las subcuentas con base en la participación de los ingresos de cada una de ellas en el total, descontando en el caso de las subcuentas de compensación, promoción y solidaridad los recursos sin situación de fondos. Bajo el concepto de apoyo técnico se podrán asumir los costos relacionados con las publicaciones de los actos administrativos que se generen en desarrollo de las funciones del ministerio como consejo administrador de los recursos del Fosyga.

2.1.1.1. Base de cálculo.

En la base de cálculo de la subcuenta de solidaridad prima el principio solidario, es así como según lo establecido en el artículo 45 de la Ley 1438 de 2011, al Régimen Subsidiado, de la subcuenta de compensación, se gira hasta 1,5 puntos de la cotización del Régimen Contributivo y de los Regímenes Especiales y de excepción, con el fin de destinarse a la financiación de dicho régimen.

Se suma a lo anterior, los aportes del Presupuesto Nacional, aportes que, desde la expedición de la Ley 100 de 1993, han venido siendo variables. Incluso pasó a ser discrecional, de acuerdo con lo estipulado en el Decreto 955 de 2000, lo que lo condicionó de acuerdo a las disponibilidades financieras de la Nación. Ante lo cual “la Corte Constitucional, en Sentencias del año 2000, declaró inexecutable tanto el Decreto citado como el artículo 34 de la Ley 344 de 1996, por lo cual legalmente rige la obligatoriedad de aportar lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley 100 del 1993” (<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/VOL%201%20FLUJOS%20FINANCIEROS.pdf> Consultado el 24/09/2018).

Aunado a lo antepuesto, se tiene que, en esta base del cálculo de la subcuenta de solidaridad participan las Cajas de Compensación Familiar con un recaudo, por concepto de subsidios, que oscila entre el 5% y el 10%. No hay que dejar de relacionar los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras de Cusiana y Cupiagua, los recursos del IVA Social, de los que habla la Ley 6 de 1992 y lo que entra por concepto de los excedentes de la subcuenta ECAT.

2.1.1.2. Metodología de la asignación.

Los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA, se asignan teniendo en cuenta el número de afiliados al Régimen Subsidiado. Afiliados que hacen parte de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) suministrada por las EPS y validada por las Entidades Territoriales. Es de tener en cuenta que la liquidación de los afiliados, de acuerdo con el Decreto 780 de 2016, en su Artículo 2.3.2.2.6, debe hacerse de manera mensual. Al respecto dice:

Para efectos del giro directo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de la Unidad de Pago por Capitación a las EPS en nombre de las Entidades Territoriales y a los prestadores de servicios de salud, este generará la Liquidación Mensual de Afiliados con fundamento en la información de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), del mes inmediatamente anterior, suministrada por las EPS y validada por las entidades territoriales.

La Liquidación Mensual de Afiliados determinará el número de afiliados por los que se liquida la Unidad de Pago por Capitación; el detalle de los descuentos a realizar por aplicación de las novedades registradas en la Base de Datos Única de Afiliados; las deducciones por los giros de lo no debido, conforme al artículo 2.6.1.2.1.3 del presente decreto y el monto a girar a cada EPS por fuente de financiación para cada entidad territorial.

La información de la Liquidación Mensual de Afiliados se pondrá en conocimiento de las Entidades Territoriales y de las Entidades Promotoras de Salud, una vez realizado el giro de los recursos. De igual forma, se dispondrá la información de los giros a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud realizados de acuerdo con la autorización de las Entidades Promotoras de Salud. En todo caso, las entidades territoriales como responsables de financiar el aseguramiento de su población afiliada, deberán revisar la Liquidación Mensual de Afiliados remitida por el Ministerio de Salud y Protección Social y realizar los ajustes a que haya lugar en la BDUA de acuerdo con los procedimientos establecidos para ello, e informar al Ministerio de Salud y Protección o quien haga sus veces, sobre las inconsistencias no relacionadas con la BDUA, para que en los giros posteriores esto sea tenido en cuenta, haciendo los ajustes a que haya lugar.

Por su parte la Ley 1438 de 2011, en su Artículo 29, determina 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. En todo caso, el Ministerio de la Protección Social podrá realizar el giro directo con base en la información disponible, sin perjuicio de la responsabilidad de las entidades territoriales en el cumplimiento de sus competencias legales. El Ministerio de la Protección Social definirá un plan para la progresiva implementación del giro directo.

La Nación podrá colaborar con los municipios, distritos y departamentos, cuando aplique, con la identificación y registro de los beneficiarios del Régimen Subsidiado.

El artículo del que se habla en el párrafo anterior, fue reglamentado mediante el Decreto 971 de 2011, “el cual definió el mecanismo jurídico que reemplaza el contrato de administración de recursos y establece un instrumento técnico para efectuar el giro directo de la Nación a las EPS e IPS de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 10).

2.1.2 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (SGP).

2.1.1.3 Contexto histórico y evolución del Sistema General de Participaciones (salud) en Colombia.

El Sistema General de Participaciones (SGP), procede de las transferencias obligatorias de los ingresos de la Nación. Éste fue creado en el año 2001, mediante Acto Legislativo 01, que modificó los artículos 356 y 357 de la Constitución Política Nacional. Su objetivo, reemplazar al denominado situado fiscal. Es importante subrayar que estas transferencias, las que vienen de la Nación, son de destinación específica, por lo que cumplen con un propósito específico. Al respecto, la Secretaría Distrital de Hacienda, en su página web <http://shd.gov.co/shd/sistema-general-de-participaciones>, consultada el 16 de septiembre de 2018, manifiesta, haciendo referencia al SGP:

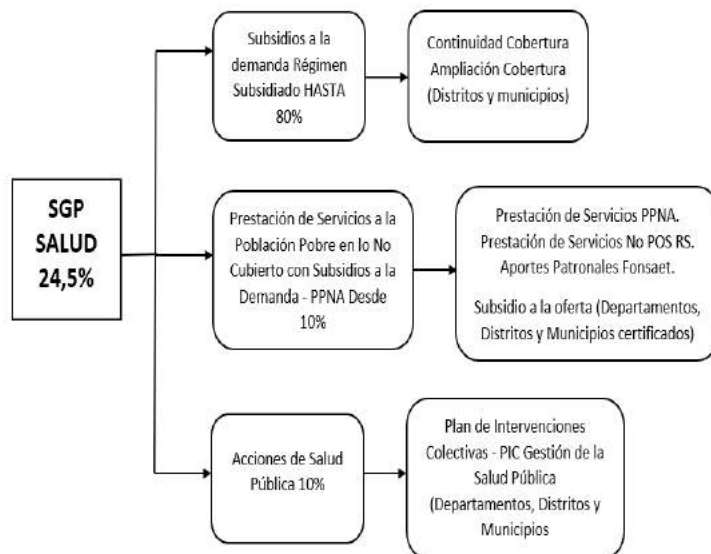
Está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política de Colombia a las entidades territoriales – departamentos, distritos y municipios, para la financiación de los servicios a su cargo, en salud, educación y los definidos en el Artículo 76 de la Ley 715 de 2001.

Este Sistema, como se dice en la anterior citación, no solo financia al sector salud, sino, que de manera tentacular llega al sector educación y permea también, al denominado *propósito general* y, a los servicios de agua potable y saneamiento básico⁶. Lo anterior, de acuerdo con lo definido en la Ley 715 de 2001 y la Ley 1176 de 2007. Del 100% de los recursos del SGP, el 58.5% se destina para el sector educativo, el 24.5 %, para el sector salud, el 11,6% a propósito general y el 5.4% a agua potable y saneamiento básico.

El porcentaje correspondiente para el sector salud, 24.5%, está destinado a financiar la atención del primer nivel, hasta llegar a una plena cobertura del servicio. El 100% de este porcentaje, se distribuye de la siguiente manera:

⁶ La Ley 1176 de 2007, modificó algunos artículos de la Ley 715 de 2001, separando los servicios de agua potable y saneamiento básico de la participación de propósito general asignándole sus propios recursos.

Diagrama 5- Estructura del Sistema General de Participaciones en Salud.



Fuente: Elaboración propia con base en la información obtenido de la Contraloría General de la República (2017).

El anterior diagrama, de manera didáctica, especifica las acciones en el cual se divide el porcentaje del SGP destinado al sector salud. Se evidencia que del 100% de los recursos, el 80% es girado directamente a cubrir la demanda del régimen subsidiado. Esto con el fin único de ampliar la cobertura y darle continuidad a la que ya existe. Hay también un 10% que se utiliza para cubrir los servicios no cubiertos con subsidios a la demanda, es decir a aquellas personas no aseguradas ni al Régimen Contributivo, ni al Régimen Subsidiado, los denominados vinculados. Y por último, un 10% se gira para cubrir las acciones de salud pública⁷.

Estas divisiones se definieron, en primera medida, por la Ley 715 de 2001. En el año 2007, por medio de la Ley 1176, se modificaron algunos artículos de la Ley 715 de 2001, y se separaron los servicios de agua potable y saneamiento básico de la participación de propósito general asignándole sus propios recursos. En el año 2011, se actualizaron y modificaron mediante la Ley

⁷De acuerdo con la Ley 1122 de 2007 la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad (Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/salud-publica.aspx> Consultado el 17/09/2018).

1438 – artículo 44-. Y ya, en la vigencia 2016, la Ley 1797, en su artículo 2 - Distribución de los Recursos del Sistema General de Participaciones-, estableció que:

A partir de la vigencia 2017, los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) para salud se destinará el 10% para cofinanciar las acciones en salud pública; hasta el 80% para el componente de Régimen I Subsidiado y el porcentaje restante para la prestación de servicios de salud en lo, no cubierto con subsidios a la demanda y financiación del subsidio a la oferta.

En el mismo artículo, puntualizó además que:

Los recursos para la prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación del subsidio a la oferta serán distribuidos a las Entidades Territoriales competentes, una vez descontados los recursos para la financiación del Fonsaet según lo establecido en el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 7° de la Ley 1608 de 2013 y un porcentaje que defina el Gobierno nacional para financiar los subsidios a la oferta. La distribución de este componente se hará considerando los siguientes criterios:

- a) Población pobre y vulnerable;
- b) Ajuste a la distribución entre las entidades territoriales que presenten mayor frecuencia en el uso de los servicios de salud.

Los recursos distribuidos en el marco de los anteriores criterios tendrán los siguientes usos, de conformidad con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional:

Financiación de la prestación de servicios de salud a la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda;

- c) Financiación del subsidio a la oferta entendido como la cofinanciación de la operación de la prestación de servicios efectuada por instituciones públicas ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios. En estos casos se podrán realizar transferencias directas por parte de la Entidad Territorial a la Empresa Social del Estado o de manera excepcional financiar gastos para que opere la infraestructura de prestación de servicios pública. Para la distribución del subsidio a la oferta se tendrá en cuenta la dispersión geográfica, accesibilidad y la existencia en el territorio de monopolio público en la oferta de servicios trazadores y se privilegiará en la asignación de la red de segundo y tercer nivel.

2.1.1.3 Fuentes de financiamiento del Sistema General de Participaciones.

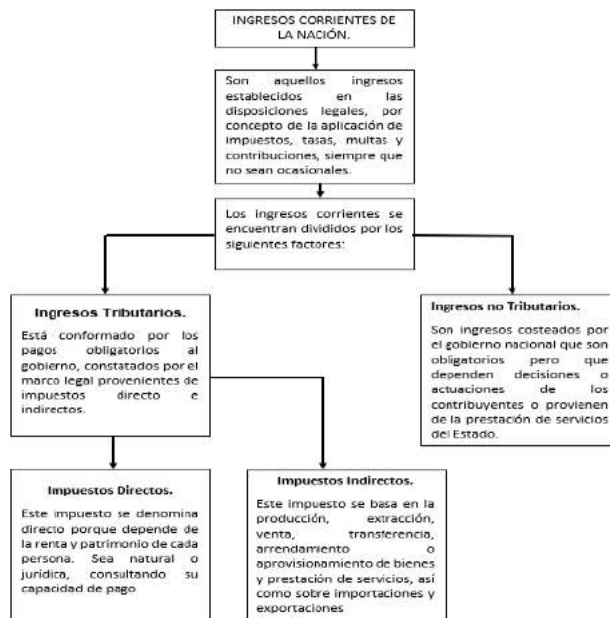
Para el Sistema General de Participaciones (SGP) se da una sola fuente de financiamiento, financiamiento que brinda el Estado (tema ya mencionado), a través de las transferencias obligatorias de los ingresos corrientes de la Nación. Recursos que transfiere a las entidades territoriales. En el presente año, precisamente en el mes de julio, el hoy Ministro de Hacienda,

Mauricio Cárdenas, propuso una reforma en el SGP indicando que crecerá en recursos, esperando sea avalado para que entre en rigor en la vigencia 2019. El funcionario público afirma que “La idea de la reforma es redistribuir los recursos del conocido SGP y hacer más eficiente y transparente el uso de los mismos” (Revista Dinero, 7/31/2018, párrafo 3)

Esta reforma lo que busca es disminuir el porcentaje para el Fondo FONPET, es decir, pasar de un 2,9% a un 1%; con esta reducción, indica el ministro, se da un alza en los porcentajes para los demás factores. Los resguardos indígenas, por ejemplo, se le aumentara el promedio en un 1% (en la actualidad cuenta con un 0,58% del financiamiento del SGP), ahondando un poco más en esta población tan vulnerable del país. El sector educativo es el más beneficiado con esta reforma, obteniendo un alza del 57, 58%, un incremento superior a un punto porcentual.

Los ingresos corrientes de la Nación destacan el financiamiento del sector salud en base al SGP, estos ingresos corrientes⁸ están subdivididos de la siguiente manera:

Diagrama 6– Ingresos Corrientes de la Nación.



Fuente: Elaboración propia con base en la información obtenida del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

⁸ Los ingresos corrientes de la Nación son aquellos recursos que percibe la Nación en desarrollo de lo establecido en las disposiciones legales, por concepto de la aplicación de impuestos, tasas, multas y contribuciones, siempre que no sean ocasionales. De acuerdo con su origen se identifican como tributarios y no tributarios. Los primeros se clasifican en impuestos directos e indirectos. Los segundos, incluyen las tasas, multas, contribuciones y otros ingresos no tributarios.

Los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN), son aquellos recursos establecidos por las disposiciones legales que indica el Estado, recursos que salen de los impuestos, tasas, multas y contribuciones de los colombianos. Este tipo de ingreso está destinado a financiar el sector salud regional (entre otros sectores, tema ya tratado en este proyecto). El propósito es llegar a la población pobre y vulnerable del país, sin importar el lugar de residencia de la misma.

Los ICN, de acuerdo con Jaramillo (S/F: 5 -6), se identifican de la siguiente manera:

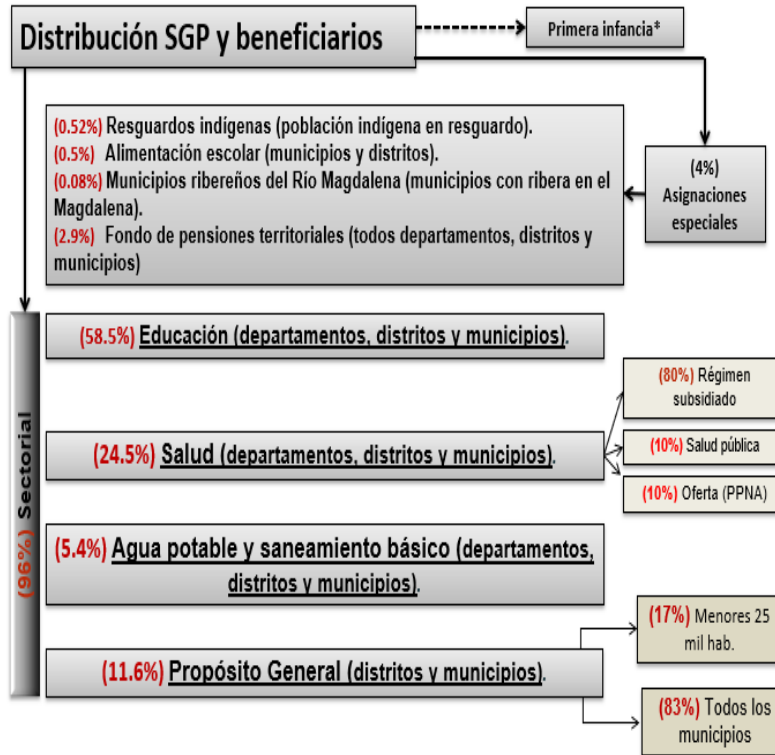
1. Como ingresos tributarios que provienen de los impuestos interpuestos a los colombianos. Comprende los impuestos directos e indirectos;
 - 1.1 Los impuestos directos se especializan en hacer cobro sobre la renta o riqueza de las personas, naturales o jurídicas, sobre un análisis en los pagos que puedan realizar. Tiene un valor agregado, este tipo de impuesto depende mucho de la renta o patrimonio de cada persona.
 - 1.2 Por otro lado, los impuestos indirectos recaen sobre la producción o aprovisionamiento de bienes y prestación de servicio, tales como importaciones y exportaciones; consumos que se deben que gravan una actividad y, no consultan la capacidad de pago para los contribuyentes.
2. Como ingresos no tributarios, especializados por el coste económico que hace el Gobierno Nacional. Es un recurso que beneficia el sector salud y, aunque es un plan de pago obligatorio es dependiente de las decisiones o actuaciones de los contribuyentes o provienen de la prestación del servicio del Estado. Este monto asociado incluye los ingresos originados por las tasas que son obligatorias, aunque su pago se da por la contra prestación específicas, contraprestaciones y tarifas que son vigiladas y reguladas por el Gobierno Nacional. Estos pagos son provenientes efectuados por noción a sanciones pecuniarias⁹ estipuladas por el Estado a personas naturales o jurídicas.

⁹Pena pecuniaria es la denominación de la sanción que consiste en el pago de una multa al Estado como castigo por haber cometido un delito.

2.1.13 Distribución del Sistema General de Participaciones.

El SGP se encuentra distribuido de la siguiente manera:

Diagrama 7- Distribución del Sistema General de Participaciones.



Fuente: Elaboración propia con base en la información del Departamento Nacional de Planeación. Recuperado en <https://www.dnp.gov.co/programas/.../Sistema-General-de-Participaciones---SGP.aspx> Consultado el 20/09/2018

Del anterior diagrama se evidencia que los recursos del SGP se encuentran distribuidos territorialmente por sectores sociales (estos son educación, salud, agua potable y saneamiento y, propósito general), y redistribuidos municipalmente de acuerdo con el respectivo per cápita municipal, priorizando la población con menos beneficios y más necesidades. Lo que quiere decir que, a más población necesitada, serán girados más recursos provenientes de los ICN. Es una relación directa, por lo que, para adjudicar los recursos a las regiones, dentro de un marco de legalidad y transparencia, es necesario georreferenciar los municipios y focalizar las poblaciones necesitadas.

El SGP realiza la distribución de los recursos a las entidades territoriales, teniendo en cuenta los promedios de los ICN de los últimos cuatro años. Dichos recursos son transferidos a los departamentos, distritos, municipios y resguardos indígenas (como se observa en la gráfica 2), de

acuerdo con la normativa legal vigente, en cumplimiento de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política Nacional, los artículos 48 y 52 de la Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y los Decretos: 159 de 2002, 2878 de 2007, 313 y 317 de 2008, 360 de 2011 y 196 de 2013 y aquellas que modifique o sustituya (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016: 28). Es importante aclarar que, en eventuales casos, permitidos por la legislación, el SGP proyecta, además, la inversión de los recursos, gastos de funcionamientos en los municipios y el pago de los servicios de la deuda (Departamento Nacional de Planeación, 2016, pág. 14)

En lo que al sector salud, de manera específica, se refiere, es menester decir que los recursos del SGP, los cuales corresponden al 24.5% de la gran bolsa de los ICN, son utilizados por las entidades territoriales para ampliar y mantener la cobertura del Régimen Subsidiado (80%), para garantizar los servicios de salud pública (10%) y para la sostener la oferta (10%), tal como se observa en la gráfica No. 2. De acuerdo con la Contraloría General de la República, esta distribución, que se explicitó anteriormente, es producto de:

Se toma el monto total de los recursos para este componente, se divide por la población pobre por atender nacional ajustada por dispersión poblacional y por un factor de ajuste que pondera los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del RS. El valor per cápita así resultante, se multiplica por la población pobre por atender de cada ET (Contraloría General de la República, 2017: 87)

Esto determina que a cada departamento le corresponderá un 59% de los rubros a efectuar, en el que se evalúa a los cálculos anteriores de los municipios y corregimientos departamentales de su jurisdicción. Y, el 41% restante se direcciona al financiamiento de atención de primer nivel para cada uno de los municipios y corregimientos de cada uno de los departamentos; cada uno de estos recursos solo será manipulado y gestionado por los municipios certificados por el Ministerio de Salud y Protección Social, previniendo que el municipio no se pueda ser el gestor, el departamento será el encargado de administrar dichos recursos (Contraloría General de la República, 2017: 121)

2.1.1.3 Usos de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP).

Como ya se ha dicho a lo largo de esta investigación, los recursos que del SGP se adjudican al Régimen Subsidiado - sector salud, corresponde al 24.5% de la bolsa total del mismo. Este porcentaje se encuentra destinado a cubrir unos los componentes al gasto que a continuación se relacionan:

(i) **Subsidios a la demanda**, con un porcentaje del 80% del SGP, según lo dispuesto en el literal 1, numeral 1, del artículo 44 de la Ley 1438 de 2011. La citada Ley, tiene como objetivo claro el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es así como establece que:

Un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

Por ende, en su estructuración, explica, en el literal 1, numeral 1 del artículo 44, que:

Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud se destinarán al Régimen Subsidiado partiendo como mínimo del sesenta y cinco por ciento (65%) de acuerdo con el plan de transformación concertado entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales hasta llegar al ochenta por ciento (80%) a más tardar en el año 2015. En todo caso el 10% del Sistema General de Participaciones para Salud se destinará a financiar las acciones en salud pública. El porcentaje restante se destinará a financiar prioritariamente la prestación de servicios en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud en condiciones de eficiencia y/o subsidios a la demanda, de acuerdo con los planes financieros y de transformación de recursos que presenten las entidades territoriales, los cuales deberán ser avalados de manera conjunta por los Ministerios de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público.

(ii) **Salud Pública**. El 10%, del 24.5% que se destina para el sector salud, es lo que se destina a garantizar los programas de salud pública. La distribución de dicho porcentaje, entre las entidades territoriales, se encuentra normado por la Ley 715 de 2001- artículo 52 y, en el Decreto 1082 de 2015, respecto a los criterios de distribución y las fórmulas de cálculo.

Es importante aclarar que aún a hoy, se continúa aplicando lo dispuesto en el Acto Legislativo 04 de 2007 y en el Decreto 317 de 2008, previsto para evitar los efectos negativos derivados de las variaciones de los datos censales en la distribución del SGP en los criterios directos de: población por atender, nivel de pobreza, población a riesgo de dengue, población a riesgo de malaria y población susceptible de ser vacunada; para lo cual se le garantizará a todos los municipios y distritos como mínimo el monto correspondiente a lo asignado en la vigencia 2007 por concepto de dichos criterios (Departamento Nacional de Planeación, 2016: 16).

Lo anterior lleva a manifestar que, en la distribución de los recursos con destinación a los programas de salud pública, se tiene en cuenta criterios y variables definidas en la Ley, es así como, de acuerdo con el Departamento Nacional de Planeación (2016, pág16 - 17), los citados recursos se destinan de acuerdo con:

- 40% por población por atender: Los cuales se distribuyen con base en la participación de la población de cada entidad territorial en la población total nacional.¹⁰
- 50% por equidad¹¹: Basado en el peso relativo, se asigna a cada entidad territorial en función del nivel de pobreza y los riesgos en salud pública.
- 10% por eficiencia administrativa²⁸: basado en el cumplimiento de los niveles de coberturas útiles establecidas para cada biológico del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) por cada municipio, distrito, o área no municipalizada de los departamentos del Amazonas, Guainía y Vaupés. Las coberturas que son fijadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con corte máximo a 31 de octubre del año inmediatamente anterior.

(iii) **Subsidios a la oferta.** El restante 10%, se dirige a la población pobre no asegurada (PPNA) y, a sus actividades no cubiertas con subsidios a la demanda. La PPNA, corresponde a la identificada en la encuesta SISBEN, siendo la que se encuentra en los niveles 1 y 2 del mismo. Esta población no requiere de afiliarse para ser atendida por la red prestadora pública.

Es importante aclarar que:

Los criterios y las fórmulas aplicada en la distribución¹² de los recursos de la participación en salud del SGP corresponde a los establecidos en los artículos 48 y 52 de la Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y los Decretos: 317 de 2008, 196 de 2013 y 158 de 2014, así como, incluyendo la información para la aplicación de los criterios y mecanismos de distribución contenidos en el Decreto 1082 de 2015(Departamento Nacional de Planeación, 2016, pág. 14).

¹⁰Datos adquiridos por el DANE correspondiente a los departamentos y distritos y a los municipios que a 31 de julio de 2001 cumplieran con la doble condición de haberse certificado y asumido la prestación de servicios y que además cumplan con las condiciones establecidas en Decreto 3003 de 2005, y los municipios certificados en virtud del Decreto 4973 de 2009.

¹¹El artículo 7 del Decreto 159 de 2002 describe de manera inicial los porcentajes a tomar en cuenta para distribuir el monto de los recursos correspondientes al criterio de equidad. Estos son: pobreza relativa, población con riesgo de dengue, población con riesgo de malaria, población susceptible de ser vacunada, accesibilidad geográfica

¹²Con las leyes expuestas, se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad, también se realizan modificaciones al SGSSS; desarrollo parcial del Acto Legislativo 04 de 2007. Procedimientos y criterios de distribución para la asignación de los recursos del SGSSS.

21.2 RENTAS TERRITORIALES DESTINADAS A SALUD.

2.1.1.3 Impuesto al consumo de cerveza, sifones y refajos.

En el año 1995, con la Ley 223 se da la modificación del Estatuto Tributario, con la finalidad de Recaudar y Controlar el Impuesto sobre las Ventas en la Enajenación de Aerodinos que tengan la pertenencia de activo fijo. Con la ya nombrada Ley 223 de 1995, se establece la normativa para ejercer el pago por el consumo de cervezas, sifones, refajos y mezclas de “bebidas fermentadas con bebidas no alcohólicas” reglamentado para todo el Territorio Nacional. “Los recursos recibidos por este tipo de impuesto van dirigidos en su totalidad a la Nación, dando uso para los Departamentos y el Distrito Capital, en proporción al consumo y uso de los productos gravados en las jurisdicciones; a excepción, con la importación de estos productos” (Contraloría General de la República, 2006: 8).

Es importante puntualizar que de las tarifas del impuesto al consumo, como se observa en la tabla No. 5, el 48% corresponde a cervezas y sifones y el 20% a mezclas y refajos.

Tabla 8 - Porcentaje de Impuesto de Cerveza, Sifones y Refajos.

CERVEZA Y SIFONES	REFAJOS.
48%	20%

Fuente: Elaboración propia

De estos porcentajes, relacionados en la anterior tabla, el 8% de los mismos se destina para el sector salud, de acuerdo con lo normado en la legislación colombiana. Los recursos que se obtienen por el impuesto a estos productos se destinan para lo siguiente:

- a. Financiamiento para la universalización en el aseguramiento;
- b. Unificación de los planes obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado;
- c. Servicios prestados a la población vulnerable en lo no cubierto a los subsidios de demanda y,
- d. Población vinculada que se debe atender por la red hospitalaria pública.

Teniendo en cuenta las condiciones y prioridades para definir el efecto en la Entidad Territorial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016: 30)

De acuerdo con la Contraloría General de la República (2016: 9):

El impuesto sobre las ventas a la cerveza de producción nacional cualquiera sea su clase, envase, contenido y presentación es del 11%, de esta tarifa un 8% es impuesto sobre las ventas y se entenderá incluido en el impuesto al consumo y el 3% restante como IVA deberá ser consignado a favor del Tesoro Nacional en los términos que establezca el reglamento y otorga derecho a impuestos descontables hasta el monto de esta misma tarifa.

Las cervezas importadas tendrán el mismo tratamiento que las de producción nacional, respecto de los impuestos al consumo y sobre las ventas.

Los recursos que corresponden al impuesto sobre las ventas, se destinarán a financiar el segundo y tercer nivel de atención en salud. Los productores nacionales y el Fondo Cuenta de Impuestos al Consumo de Productos Extranjeros girarán directamente a los Fondos o Direcciones Seccionales de Salud y al Fondo Distrital de Salud, según el caso, el porcentaje mencionado, dentro de los quince (15) días calendario siguiente al vencimiento de cada período gravable.

Lo anterior lleva a argüir, que la declaración debe adjuntar la liquidación privada del gravamen correspondiente de los despachos, entregas o retiros realizados el mes anterior (Decreto 352, 2002: 40).

Por su parte el Ministerio de Salud y Protección Social (2016: 30-31) aduce que:

Para los productores nacionales se deberá declarar mensualmente dentro de los primeros quince (15) días calendarios seguidos a cada periodo gravable (teniendo similitud con el impuesto para los productores internacionales); este pago se debe hacer simultáneamente con la declaración de renta correspondiente.

En el caso de los importadores de este producto, deberán declarar y pagar el impuesto de consumo en el preciso momento que se hace la importación, el pago de este impuesto de deberá efectuar en el Fondo Cuenta de Impuestos al Consumo de Productos Extranjeros, haciendo la debida declaración en la Secretaria de Hacienda, por los productos ingresados en los respectivos Departamentos o Distritos Capitales, indicando la base gravable dependiendo del producto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016: 30-31).

Considerado por el artículo 44 la Ley 1438 de 2011, se debe destinar como mínimo el 50% de estos recursos a la Unidad de Pago por Capacitación del Régimen Subsidiado, nombrados Esfuerzo Propio Territorial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016: 31).

2.1.1.3 Impuestos de licores, vino, aperitivos y similares.

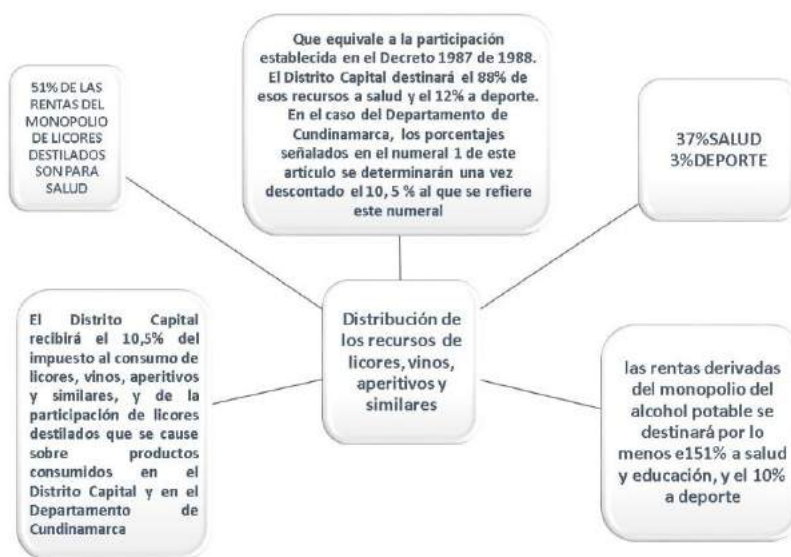
Este impuesto se reglamentó bajo la necesidad de generar un mayor ingreso de dinero al Estado. El propósito del mismo, como lo manifiesta la Ley 1816 de 2016, en su artículo 1 es: “...el de obtener recursos para los departamentos, con una finalidad social asociada a la financiación preferente de los servicios de educación y salud y al de garantizar la protección de la salud pública”. Y su finalidad es,

... la de reservar para los departamentos una fuente de recursos económicos derivados de la explotación de actividades relacionadas con la producción e introducción de licores destilados. En todo caso, el ejercicio del monopolio deberá cumplir con la finalidad de interés público y social que establece la Constitución Política” (Artículo 2).

La Ley 1816 de 2016 es clara, también en manifestar que: “Los vinos, aperitivos y similares serán de libre producción e introducción, y causarán el impuesto al consumo que señala la ley” (Artículo 2, Párrafo 1º). Por su parte, en lo que corresponde a la destinación de los recursos que por impuesto de licores, vino, aperitivos y similares se recaude, el artículo 16 de la Ley citada

Reglamenta la distribución de los mismos conforme a lo que se observa en el siguiente diagrama:

Diagrama 8– Destinación de los recursos por impuesto de licores, vino, aperitivos y similares



Fuente: Elaboración propia con base en la información de la Ley 1816 de 2016, artículo 16

En el diagrama anterior se estructura la distribución en porcentajes de los recursos de las rentas del monopolio de licores destilados, impuesto al consumo, rentas del monopolio de alcohol potable.

Ahora bien, es necesario aclarar que si bien es cierto el artículo 13 de la Ley 1816 de 2016, fijó el monopolio rentístico de licores destilados, también estableció que dichas rentas son de propiedad de los departamentos, “por lo que en armonía con el artículo 49 de la Ley 1438 de 2011 será la entidad territorial la que defina el monto de cofinanciación del Régimen Subsidiado que se hará con cargo a esa fuente” (Portafolio, en su edición del 09 de agosto de 2018).

De igual importancia es el decir que, el 31 de julio de 2018, a pocos días del cambio de gobierno central, fue expedido el Decreto 1355 de 2018, por medio del cual se modificó el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con el manejo de los recursos de propiedad de las entidades territoriales destinados al aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado. En esta nueva norma se decreta, que es responsabilidad de la entidad territorial reportar a la entidad de control (Ministerio de Salud y Protección Social, el porcentaje y monto aplicable para la siguiente vigencia, de cada una de las rentas territoriales destinadas al aseguramiento en salud y al funcionamiento de las direcciones territoriales de salud, reporte que debe darse antes del 01 de septiembre de cada vigencia fiscal. Además enfatiza, en su artículo 9, que “el IVA que grava los licores, vinos aperitivos y similares a que hacen referencia los artículos 32 y 33 de la Ley 1816 de 2016 será transferido a la ADRES para la financiación del aseguramiento a nombre de las entidades territoriales de conformidad con lo establecido en el Decreto 719 de 2018”.

A destacar está también el hecho, de que el nuevo Decreto establece que:

Serán los administradores y recaudadores, los responsables de girar los recursos destinados al aseguramiento en salud de la población afiliada al régimen subsidiado, y para ello, podrán valerse de mecanismos electrónicos según lo disponga la ADRES, en calidad de entidad recaudadora. Para llevar a cabo estas operaciones, deberán informar los datos del contribuyente, la entidad territorial a nombre de la cual se realizó el recaudo, el concepto, el periodo, el valor y el número del formulario de declaración, además de los demás requerimientos que defina la ADRES (Portafolio, en su edición del 09 de agosto de 2018).

Aunado a lo anterior, entre otros aspectos reglamentados por el nuevo decreto, se establece que:

El IVA procedente del monopolio rentístico de licores destilados y del impuesto al consumo de licores, vinos aperitivos y similares, para lo cual se establecen dos reglas: la primera,

ordena que el Fondo Cuenta que administra la Federación Nacional de Departamentos deberá girar a la entidad territorial los recursos del impuesto al consumo de productos extranjeros destinados al aseguramiento en salud correspondientes a períodos anteriores a diciembre de 2017; y la segunda, que los giros de las operaciones realizadas a partir del 1° de enero de 2018 deben ir a la ADRES.

2.1.1.3 Recursos de juegos de suerte y azar

La operación de juegos de suerte y azar está coordinada por el **Consejo Nacional de Juegos de Suerte y Azar, entidad** adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social. Los recursos generados por concepto de juegos de suerte y azar, tienen destinación específica al sector salud, específicamente, del Régimen Subsidiado. Es importante aclarar que cuando se habla de juegos de suerte y azar se está haciendo referencia a loterías, chances, rifas, juegos y apuestas.

De acuerdo con la Ley 643 de 2001, en su artículo 2°, “Los departamentos, el Distrito Capital y los municipios son titulares de las rentas del monopolio rentístico de todos los juegos de suerte y azar, salvo los recursos destinados a la investigación en áreas de la salud que pertenecen a la nación”. Esto significa que los recursos que se originan por los juegos de suerte y azar son rentas propias territoriales y no rentas cedidas. Las entidades territoriales son entonces, titulares de las rentas del monopolio rentístico.

La Ley en mención, también es clara en afirmar que:

Los recursos obtenidos por los departamentos, el Distrito Capital y municipios, como producto del monopolio de juegos de suerte y azar se destinarán para contratar con las empresas sociales del Estado o entidades públicas o privadas la prestación de los servicios de salud a la población vinculada o para la vinculación al régimen subsidiado (Ley 643 de 2001, artículo 42).

Lo que quiere decir que los recursos que, a nivel territorial, por este concepto se recauden, están destinados, de manera específica, a fortalecer y garantizar el mantenimiento de la demanda.

Por otra parte, los recursos obtenidos por los departamentos, el Distrito Capital y los municipios de las rentas del monopolio rentístico de los juegos de suerte y azar, diferentes del lotto, la lotería pre impresa y la instantánea, se distribuirán, según parágrafo 1o del artículo 42 de la Ley 643 de 2001 de la siguiente manera:

Grafica 1- Distribución de los recursos obtenidos por juegos de suerte y azar diferentes del lotto, la lotería pre impresa y la instantánea.



Fuente: Elaboración propia con base en la información extraída de la Ley 643, artículo 42, párrafo 1°

La Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con el concepto 36951 del 2011, manifiesta, en relación con la distribución de los recursos obtenidos por juegos de suerte y azar diferentes del lotto, la lotería pre impresa y la instantánea, que:

Respecto de lo anteriormente citado, era necesario tener en cuenta, que los municipios o distritos que registraran una cobertura del régimen subsidiado respecto a la población objetivo debidamente identificadas por la encuesta del SISBEN o los listados censales, menor al promedio nacional, debían destinar a contratos de subsidios a la demanda, antes de cualquier distribución en función de la oferta de servicios de salud, la proporción de los recursos provenientes de las rentas del monopolio rentístico de los juegos de suerte y azar diferentes del lotto, la lotería pre impresa y la instantánea, que garanticen como mínimo alcanzar dicho promedio. Esta proporción se mantendría por el tiempo requerido para garantizar la sostenibilidad de los subsidios.

Por otra parte, es importante decir que es el gobierno quien fija las tarifas mensuales de los derechos de explotación de los juegos de suerte y azar, tarifas, que de acuerdo con la Ley 643 de 2001 en su artículo 34, son las relacionadas en la siguiente tabla:

Tabla 9- Tarifas mensuales de los derechos de explotación de los juegos de suerte y azar, tarifas

DESCRIPCIÓN DEL JUEGO	TARIFA MENSUAL
Máquinas tragamonedas	% de un Salario Mínimo Mensual Legal Vigente
Máquinas tragamonedas 0 \$500	30%
Máquinas Tragamonedas \$500 en adelante	40%
Progresivas interconectadas	45%
Juegos de casino	Salario mínimo mensual legal vigente
Mesa de Casino (Black Jack, Póker, Bacará, Craps, Punto y banca, Ruleta)	4
Otros juegos diferentes (esferódromos, etc.)	4
Salones de bingo	salario mínimo diario legal vigente
Para municipios menores de 100.000 habitantes cartones hasta 250 pesos tarifa por silla	1.0
Para municipios menores de 100.000 habitantes cartones de más de 250 pesos tarifa por silla	1.5
Ningún bingo pagará tarifa inferior a la establecida para cien (100) sillas en los municipios menores de cien mil (100.000) habitantes.	
Para municipios mayores de 100.000 habitantes cartones hasta 250 pesos tarifa por silla	1.0
Cartones de más de 250 hasta 500 pesos tarifa por silla	1.5

Cartón de más de 500 pesos tarifa por silla	3.0
Sillas simultánea interconectadas	Se suma un salario mínimo diario legal vigente en cada ítem anterior
Ningún bingo pagará tarifa inferior a la establecida para doscientas (200) sillas.	
Demás Juegos Localizados	17% de los ingresos brutos

Fuente: Elaboración propia con base en la información extraída de la ley 643 de 2001.

Para finalizar, es importante puntualizar que el Decreto 1355 del 31 de julio de 2018, entró a afinar algunos detalles en lo relacionado con los recursos recaudados por juegos de suerte y azar, es así como estableció (Portafolio en su edición del 09 de agosto de 2018):

- (i) En lo referente a los juegos de apuestas permanentes o chance, se aprobó la obligación, por parte de los concesionarios, de declarar y liquidar ante la entidad concedente, el 12% de sus ingresos brutos a título de derechos de explotación.
- (ii) En cuanto a los recursos provenientes de los premios no reclamados, y según lo dispuesto en la Ley 1393 de 2010, el decreto señala que ocurrida la prescripción extintiva del derecho o la caducidad judicial sin que se haga efectivo el cobro de los premios, el 75% de los recursos que constituyen dichos premios “serán girados por las entidades administradoras y operadoras o los concesionarios a la ADRES, dentro de los primeros diez (10) días hábiles siguientes al mes en el cual ocurra la prescripción o caducidad (...)”.
- (iii) Al ocuparse de los recursos propios de las entidades territoriales para cofinanciar el régimen subsidiado, quedó establecido que deberán girarse a la ADRES en los primeros tres días hábiles de cada mes para efectos de financiar el giro oportuno de la Liquidación Mensual de Afiliados -LMA-. Igualmente, podrán destinarse al mismo fin los recursos provenientes de la estampilla pro-cultura que no se inviertan en otros componentes de la seguridad social.
- (iv) Sobre este punto, dice la norma que “la entidad territorial deberá informar, en los términos y condiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la fuente de recursos diferentes a las señaladas en la ley para el aseguramiento, con las cuales complementa su aporte para la cofinanciación del régimen subsidiado. El no reporte de

la información requerida, acarreará para las entidades territoriales, las sanciones de las entidades de control competentes”.

2.1.2 PUNTO PORCENTUAL DE SOLIDARIDAD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO.

La Subcuenta de Compensación tiene como objetivo desarrollar el proceso de compensación interna de las EPS y las restantes como las Entidades Obligadas a Compensar -EOC-, reconociendo la UPC y los recursos que tienen acceso para financiar la prestación de servicios en Salud a todos los afiliados al Régimen Contributivo con un vínculo al Plan Obligatorio de Salud -POS- (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016. Pág. 5). El uso de estos recursos cofinancian al Régimen Subsidiado, por medio de la Subcuenta de Solidaridad, subcuenta que utiliza los siguientes aspectos:

1. Financiación de la Unidad de Pago por Captación del Régimen Subsidiado, capaz de girar los recursos a las Entidades Territoriales a EPS o IPS, pagando la protección y prestación de los servicios de salud a la población vulnerable del país. Esta prestación se hace realidad gracias a las leyes y decretos expuestas por el Estado; definiendo estos recursos como (el instrumento a técnico la Liquidación Mensual de Afiliados), con la ayuda del Ministerio de Salud y Protección Social, ordenando estos giros al Régimen Subsidiado y, estableció medidas para hacer más eficiente el flujo de los recursos para EPS e IPS.
2. Subsidio a la Demanda en déficit a Cajas de Compensación, reconoce que estas autorizadas para administrar de forma directa los recursos nombrados en el artículo 217 de la Ley 100 de 199, con un resultado de mayor valor por la ejecución de los contratos del Régimen Subsidiado con el monto de cada vigencia. Estos valores se giran una vez a las Cajas de Compensación Familiar y las Entidades Territoriales. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016: 26-27)

A más de lo anterior, se constituye un mecanismo de control para el recaudo de los aportes al Régimen Contributivo del SGSSS y el proceso operativo para generar la compensación de los recursos, con lo nombrado en el artículo 205 de la Ley 100 de 1993, con las respectivas normas que lo “modifican, adicionan o sustituyan). (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016: 4)

El artículo 205 de la Ley 100, informa que:

Administración del Régimen Contributivo. Las Entidades Promotoras de Salud recaudarán las cotizaciones obligatorias de los afiliados, por delegación del Fondo de Solidaridad y

Garantía. De este monto descontarán el valor de las Unidades de Pago por Capitalización - UPC- fijadas para el Plan de Salud Obligatorio y trasladará la diferencia al Fondo de Solidaridad y Garantía a más tardar el primer día hábil siguiente a la fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones. En caso de ser la suma de las Unidades de Pago por Capitalización mayores que los ingresos por cotización, el FOSYGA deberá cancelar la diferencia el mismo día a las Entidades Promotoras de Salud que así lo reporten.” (Ley 100, 1993. Art. 205)

Las fuentes de Compensación se establecieron en el marco del Decreto 4023 de 2011, artículo 3¹³, explicando los recursos que financian la Subcuenta de Compensación. Dichos recursos son los siguientes:

- Recursos que serán girados a la Subcuenta de Compensación, con o sin situación de fondos provenientes del recaudo de las cotizaciones.
- Transferencias de la Subcuenta de Solidaridad del Régimen Subsidiado en Salud y el rendimiento financiero de las subcuentas alternativas del FOSYGA que van dirigidas a las UPC del régimen especial a madres comunitarias.
- Se determina los rendimientos financieros de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo del SGSSS.
- Estos rendimientos financieros son generados por las cuentas autorizadas a las EPS y EOC, para el recaudo de las cotizaciones.
- Los intereses de mora por pago de cotizaciones en forma extemporánea y sus respectivos rendimientos financieros.
- En el marco del Decreto 2353 de 2015, se establece los recursos provenientes de pago que se realizan a los cotizantes dependientes del SGSSS.
- Recursos provenientes de los aportes de los afiliados a los regímenes de excepción informado en el artículo 14 del Decreto 2353¹⁴ de 2015.

¹³Decreto 4013 de 2011, artículo 3 indica que: Los recursos que recauda la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo, se utilizarán en el pago de las Unidades de Pago por Capitalización, prestaciones económicas y demás gastos autorizados por la ley. Hasta el cinco (5%) del superávit del proceso de giro y compensación que se genere mensualmente, se destinará para a constitución de una reserva en el patrimonio de la subcuenta para futuras contingencias relacionadas con el pago de UPC y/o licencias de maternidad y/o paternidad del Régimen Contributivo. El Ministerio de la Protección Social definirá el porcentaje aplicable. Los otros conceptos de gasto de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo, tales como apoyo técnico, auditoría, remuneración fiduciaria y el pago de recobros por prestaciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud se podrán efectuar sin afectar esta reserva.

¹⁴Artículo 2.1.13.5. del Decreto 780 de 2016-Decreto Único Reglamentario del Sector Salud. Es el actual decreto que rige recursos provenientes de los aportes de los afiliados a los regímenes de excepción.

- Los excedentes Financieros de esta Subcuenta de Compensación que se da en cada vigencia.
- Por último, los recursos restantes, relacionados a las disposiciones vigentes hacen parte del Régimen Contributivo. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016. Pág. 5-6)

En este punto es importante resaltar el hecho de que la Subcuenta de Compensación está reglada por una serie de normas, que le brindan su marco de referencia y su punto de norte. A continuación se relacionan las que han operado y, operan en la actualidad:

Tabla 10– Normatividad de la Subcuenta de Compensación

DIRECCIONAMIENTO.	AFILIACIÓN AL SGSSS.	RECAUDO DE CONTRIBUCIONES.	PROCESO DE COMPENSACIÓN.
Ley 100 de 1993	Decreto 806 de 1998	Decreto 1406 de 1999	Decreto 1896 de 1994
	Decreto 1406 de 1999		
	Decreto 783 de 2000		
Ley 1122 de 2007	Decreto 2400 de 2002	Decreto 2236 de 1999	Decreto 1283 de 1996
	Ley 789 de 2002		
	Ley 828 de 2003		
Ley 1250 de 2008	Decreto 510 de 2003	Decreto 783 de 2000	Decreto 1013 de 1998
Ley 1438 de 2011	Decreto 933 de 2003	Decreto 1703 de 2002	
Ley 1450 de 2011	Decreto 055 de 2007	Decreto 510 de 2003	Decreto 2280 de 2004
Ley 1468 de 2011	Decreto 2353 de 2015	Decreto 4295 de 2004	Decreto 4023 de 2011

Fuente: Elaboración propia con base en la información trabajada del Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf> Consultado el 01/10/2018

A resaltar está el hecho de que el Punto porcentual de la Subcuenta de Compensación llega hasta el uno punto cinco de la cotización del Régimen Contributivo y de los Regímenes Especiales y de Excepción, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007 y demás normas que regulan la materia, excepción hecha de los pensionados, que de conformidad con lo establecido por la Ley 1250 de 2008 deben aportar 1 punto de la cotización.

El monto de las Cajas de Compensación familiar, de que trata el artículo 217 de la Ley de 1993, reglamentado por los artículos 11 y 12 del Decreto 050 de 2003 (artículos 2.3.2.1.9 y 2.3.2.1.10 del Capítulo 1 del Título II de la Parte 3 – Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - DURSS), con y sin situación de fondos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016. Pág. 26).

2.3 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

2.3.1 DEFINICIÓN

El Régimen Contributivo, como bien lo manifiesta el artículo 202 de la Ley 100 de 1993, es un conjunto de normas que rigen y orientan a la población, y a su núcleo familiar, que está en condiciones de pagar por su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Dentro de las personas que se dicen, tienen capacidad de pago, se encuentran:

Figura 2- Clasificación Cotizantes Régimen Contributivo

Empleados	Pensionados	Trabajadores Independientes	Otros
<ul style="list-style-type: none"> • Todas aquellas personas, nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, con contrato laboral vigente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivientes o sustitutos, tanto del sector público como del privado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Toda aquella persona natural, que resida en Colombia, y que no tenga vinculación laboral con ningún empleador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Patronos • Servidores Públicos • Las madres comunitarias • Los aprendices en etapa lectiva y productiva

Fuente: Elaboración propia

Es importante puntualizar que la afiliación a este régimen es totalmente obligatoria para las personas que se clasifican en algunos de los grupos relacionados en la figura anterior. De igual importancia es aclarar que las personas con capacidad de pago se denominan cotizantes, y su grupo familiar, beneficiarios.

Los cotizantes pueden elegir la Entidad Promotora de Salud – EPS- de su agrado, y deben tener en cuenta que los integrantes de su grupo familiar quedan como beneficiarios de la misma. Al hablar de beneficiarios se hace referencia a:

Figura 3 Clasificación Beneficiarios Régimen Contributivo

Cotizante con unión marital y/o compañero (a) permanente	Cotizante sin unión marital y/o compañero (a) permanente y sin hijos con derechos.
<ul style="list-style-type: none"> • Cónyuge • Compañero (a) permanente • Hijos menores de 18 años que dependan económicamente del afiliado • Hijos de cualquier edad que estén en condición de incapacidad permanente • Hijos menores de 25 años, con dedicación exclusiva al estudio y que dependan económicamente del afiliado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Padres del afiliado, que no sean pensionados y que además dependan económicamente de él -ella

Fuente: Elaboración propia

2.3.1 ASPECTOS GENERALES

Afiliación.

Depende del tipo de cotizante. Es así como, si el cotizante es un empleado, un servidor público o un aprendiz en etapa lectiva y productiva, la responsabilidad, de la afiliación y del respectivo pago de la cotización, es del empleador. No olvidando que es el empleado (cotizante), quien debe elegir la EPS de su preferencia, y comunicarle a su empleador tanto la EPS elegida, como los datos de los miembros de su núcleo familiar (beneficiarios).

Ahora bien, si el cotizante es un pensionado, este debe informar al respectivo Fondo de Pensiones la EPS a la cual deberá a ser entrega de la cotización. Por otro lado, si el cotizante es un trabajador independiente, hay que tener en cuenta que la afiliación y los respectivos pagos mensuales, a través de la plantilla integrada, la realiza él mismo.

Pagos que deben realizar los afiliados al Régimen Contributivo

Las personas afiliadas al Régimen Contributivo, sean estas cotizantes o beneficiarios, deben realizar pagos correspondientes con:

Figura 4- Pagos a realizar por los afiliados al Régimen Contributivo



Fuente: Elaboración propia

Porcentaje de cotización.

Para la Seguridad Social en Salud se da un incremento del 6 al 12% del ingreso. En la actualidad, el porcentaje de cotización es del 12,5 del ingreso base de la cotización dispuesto por la Ley 1122 de 2007; este estimado se da mediante un sistema de presunción de ingresos faltantes; el ingreso base del cotizante para cubrir el cónyuge a pareja sentimental y su núcleo familiar. De este porcentaje 4 puntos serán pagados por el empleado y el 8,5% serán pagados por el empleador.

Copagos

Los COPAGOS son aportes de dinero que realizan de manera exclusiva los beneficiarios, teniendo en cuenta el Ingreso base de Cotización (IBC) del cotizante. Su objetivo, ayudar a financiar el Sistema.

Los valores de COPAGO para el año 2018, teniendo en cuenta que el Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMMLV) para la vigencia 2018, el cual de acuerdo con el Decreto 2269 del 30 de diciembre de 2017, es de \$781.242, son los que a continuación se relacionan:

Tabla 11- Valor Copagos Evento por Rango. Vigencia 2018

COPAGOS EVENTO	RANGO	Porcentaje Evento	Porcentaje Tope Evento	Valor Tope a Cobrar por Evento 2018
	A	11,50%	28.7%	\$ 224.216
	B	17,30%	115.0%	\$ 898.427
	C	23,00%	230.0%	\$ 1.796.857

Fuente: Elaboración propia, con base en la información obtenida de <http://www.saludtotal.com.co/afiliados/Paginas/Tarifas-r%C3%A9gimen-contributivo-y-subsidiado-2018.aspx>

Es importante aclarar que “los copagos tienen un tope máximo por la atención de una enfermedad en el mismo año calendario y un tope máximo acumulado por atención de distintas enfermedades” (Min salud, 2014: 24), como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 12- Valor Copagos Tope Año por Rango. Vigencia 2018

COPAGOS TOPE AÑO	Rango	Porcentaje Tope Año	Valor Tope a Cobrar por Evento 2018
	A	57,50%	\$ 449.214
	B	230,00%	\$ 1.796.856
	C	460,00%	\$ 3.593.713

Fuente: Elaboración propia, con base en la información obtenida de <http://www.saludtotal.com.co/afiliados/Paginas/Tarifas-r%C3%A9gimen-contributivo-y-subsidiado-2018.aspx>

Ahora bien, los COPAGOS se aplican a hospitalizaciones, procedimientos quirúrgicos y tratamientos quirúrgicos.

Cuota Moderadora

Al igual que el copago, la CUOTA MODERADORA, es un aporte de dinero que es utilizado para ayudar a financiar el Sistema, y en cuyo cálculo se tiene en cuenta el Ingreso base de Cotización (IBC) del cotizante. Su objetivo, ayudar a financiar el Sistema.

La principal diferencia entre los dos, es que la CUOTA MODERADA se aplica tanto a beneficiarios como a cotizantes. El pago se debe realizar cuando se asiste a médico general, a médico especialista, al odontólogo, o cuando se consulta con un profesional paramédico. De igual manera al reclamar medicamentos, en exámenes de laboratorio, o en radiografías.

Los valores de la CUOTA MODERADORA para el año 2018, teniendo en cuenta que el Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMMLV) para la vigencia 2018, el cual de acuerdo con el Decreto 2269 del 30 de diciembre de 2017, es de \$781.242, son los que a continuación se relacionan:

Tabla 13 Valor Cuota Moderadora por Rango. Vigencia 2018

CUOTAS MODERADORAS	RANGO	IBC	Valor de la Cuota Moderadora 2018	Salud Directa Tarifas 2018
	A	Menor a 2 SMMLV	\$ 3.000	\$ 20.000
	B	Entre 2 y 5 SMMLV	\$ 12.000	\$ 26.000
	C	Mayor a 5 SMMLV	\$ 31.600	\$ 30.000

Fuente: Elaboración propia, con base en la información obtenida de <http://www.saludtotal.com.co/afiliados/Paginas/Tarifas-r%C3%A9gimen-contributivo-y-subsidiado-2018.aspx>

- UPC adicional

Es importante tener en cuenta que el pago por concepto UPC adicional, cumple con un doble propósito, por un lado ayudar a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y, por otro, racionalizar los servicios de salud y estimular su correcto uso. A continuación se presentan los valores de la UPC adicional vigentes para el año 2018, teniendo en cuenta que el Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMMLV) para la vigencia 2018, el cual de acuerdo con el Decreto 2269 del 30 de diciembre de 2017, es de \$781.242, son los que a continuación se relacionan:

Tabla 14- Valor UPC Adicional. Vigencia 2018

GRUPO EDAD	ZONAL NORMAL	GRANDES CIUDADES	ZONAS DE DISPERSIÓN	ZONA ALEJADA
Menores de un año	\$ 221.100	\$ 242.700	\$ 243.000	\$ 304.000
De 1 a 4 años	\$ 72.500	\$ 79.400	\$ 79.500	\$ 99.100
De 5 a 14 años	\$ 26.800	\$ 29.200	\$ 29.200	\$ 36.100
De 15 a 18 años (Hombres)	\$ 25.600	\$ 27.900	\$ 28.000	\$ 34.500
De 15 a 18 años (Mujeres)	\$ 39.200	\$ 42.800	\$ 42.900	\$ 53.200
De 19 a 44 años (Hombres)	\$ 43.800	\$ 48.000	\$ 48.000	\$ 59.600
De 19 a 44 años (Mujeres)	\$ 79.500	\$ 87.100	\$ 87.200	\$ 108.700
De 45 a 49 años	\$ 78.600	\$ 86.200	\$ 86.300	\$ 107.600
De 50 a 54 años	\$ 99.700	\$ 109.300	\$ 109.400	\$ 136.600
De 55 a 59 años	\$ 121.300	\$ 133.100	\$ 133.200	\$ 166.500
De 60 a 64 años	\$ 155.500	\$ 170.600	\$ 170.900	\$ 213.600
De 65 a 69 años	\$ 192.900	\$ 211.700	\$ 212.000	\$ 265.200
De 70 a 74 años	\$ 231.100	\$ 253.600	\$ 253.900	\$ 317.800
De 75 años y mayores	\$ 289.800	\$ 318.100	\$ 318.500	\$ 398.800

Fuente: Elaboración propia, con base en la información obtenida de la Resolución No. 5268 del 22 de diciembre de 2017.

De la tabla anterior hay que tener en cuenta que cuando se hace referencia a ZONA NORMAL, se está hablando de todos los municipios del país, a excepción de aquellos registrados como: como grandes ciudades, zona de dispersión y zona alejada.

Cuando se habla de GRANDES CIUDADES, se está haciendo referencia a: Armenia, Barrancabermeja, Barranquilla, Bello, Bogotá D.C., Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Eco turístico, Cartagena de Indias D. T. y C, Cartago, Dosquebradas, Cúcuta, Floridablanca, Ibagué, Itagüí, Guadalajara de Buga, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio (Resolución 5268 de 2017 - Artículo 3).

Se consideran como ZONAS DE DISPERSIÓN a los 363 municipios y corregimientos departamentales relacionados en el anexo de la Resolución 5268 de 2017, páginas 17 – 25.

Son ZONAS ALEJADAS, el departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (Resolución 5268 de 2017 - Artículo 4).

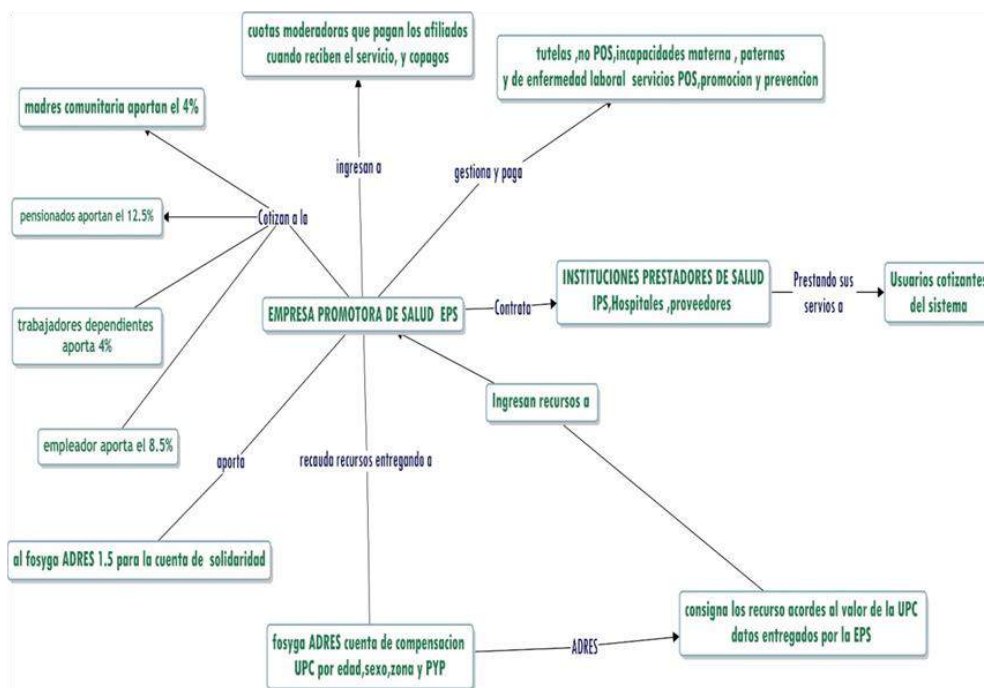
Otras generalidades

Además de las generalidades ya trabajadas en este apartado, existen otras, entre las que se pueden destacar:

- (i) La principal intención que se tuvo al montar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, aparte de universalizar el servicio, fue el de acabar con el monopolio que tenía el Instituto de Seguros Sociales. Esto llevó a que se evaluara la posibilidad de colocar a competir a las empresas del sector privado, con o sin ánimo de lucro, empresas cooperativas incluyendo empresas públicas o mixtas, llamadas a futuro Entidades Promotoras de Salud (EPS). Finalizando el año 1996 ya había 30 empresas en funcionamiento.
- (ii) Se pacta un valor fijo único, promediado con el seguro obligatorio anual, es decir, con la unidad de capitación (UPC), con un formato de ajuste en los riesgos.
- (iii) Se crea el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, sistema que reúne y acuerda el equilibrio del Consejo el cual está conformado por: el Gobierno, las Administradoras del Seguro Obligatorio, las Instituciones Prestadoras de Salud, los gremios y los trabajadores, como el “máximo organismo rector del Sistema”. Este Consejo se encuentra regulado actualmente por la Ley 1122 de 2007, creando la Comisión de Regulación en Salud (CRES), entidad administrativa especial financiada por recursos del FOSYGA y, consultando el equilibrio financiero del Régimen Contributivo con proyecciones de mediano y largo plazo (Chávez, Navarro, Prada., 2007: 8-9).

2.3.1 DISTRIBUCIÓN Y FLUJO DE RECURSOS EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Diagrama 9- Actores que participan en la distribución y flujo de los recursos del Régimen Contributivo.



Fuente: Elaboración propia

En el diagrama anterior, y que tiene como punto central a las EPS, se muestra los actores que participan en la distribución y flujo de los recursos del Régimen Contributivo, junto con las relaciones que entre los mismos se dan. Relaciones que se dirigen en tres direcciones: (i) Una hacia las IPS y que tienen que ver, de manera directa, con la prestación del servicio, (ii) otra hacia el ADRES, que abarca lo relacionado con los recursos recaudados, tanto de los beneficiarios como de los cotizantes y, (iii) una última hacia los afiliados y sus respectivos porcentajes de cotización. Como se evidencia, los flujos de los recursos del Régimen Contributivo provienen de las cotizaciones, sean estas por afiliación, por copagos, por cuotas moderadoras o por UPC adicional, realizadas por todas aquellas personas con capacidad de pago y su núcleo familiar. Pagos que son recaudados por las EPS (tienen esta facultad ante el FOSYGA) y gestionados por las mismas, con el fin de garantizar la prestación de los servicios de salud a sus afiliados a través de contratos realizados con IPS, centros diagnósticos, laboratorios médicos y clínicos, droguerías, entre otros.

Aunado a lo anterior, las EPS son las encargadas de transferir, de manera mensual, los excedentes a la Subcuenta de Compensación. Excedentes que, de acuerdo con el Decreto No. 1013 de 1998, en su artículo 2, provienen de:

1. Al recaudo total por cotizaciones se le adicionan los valores que por incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad descontaron los empleadores en sus autoliquidaciones. Esta suma corresponde al valor total de las cotizaciones.
2. A la suma resultante se le deducirán los siguientes valores y porcentajes:
 - a) Un punto de la cotización que deberá girarse directamente a la subcuenta de solidaridad. este punto es equivalente al 1% del ingreso base de cotización;
 - b) El monto de la cotización obligatoria definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que deberá destinarse a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Este monto en ningún caso podrá ser superior a un punto de la cotización;
 - c) El monto de la cotización obligatoria determinado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que le sea reconocido a las entidades promotoras de salud para que éstas asuman y paguen las incapacidades originadas por enfermedad general de los afiliados cotizantes.
3. A la cantidad que resulte después de realizar las operaciones señaladas en el numeral anterior, se le deducirá:
 - a) El valor total que la Entidad Promotora de Salud o demás entidades obligadas a compensar hayan pagado por concepto de licencias de maternidad en el mes inmediatamente anterior al de la declaración, liquidado de conformidad con las normas legales vigentes.

Las licencias de maternidad que no sean incluidas en las declaraciones, inicial, complementaria o de adición, deberán ser cobradas por separado, presentando una cuenta de cobro debidamente soportada, utilizando los formatos definidos por el Ministerio de Salud. Estas cuentas deberán presentarse el primer día hábil de los meses de marzo, julio, septiembre y diciembre. La entidad fiduciaria que administra los recursos del Fosyga tendrá cinco (5) días hábiles para revisar y pagar dichas cuentas;

- b) Una doceava parte del valor de las Unidades de Pago por Capitalización vigentes en el mes al cual corresponde la cotización que se compensa, reconocidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud a la EPS y demás entidades obligadas a compensar, para

que garanticen la prestación del Plan Obligatorio de Salud a cada uno de sus afiliados, cotizantes y beneficiarios.

Cuando el afiliado, por inicio o terminación de una relación laboral, cotiza durante una fracción de mes, la Unidad de Pago por Capitación se reconocerá en proporción al número de días cotizados.

4. Los excedentes que resulten una vez realizadas las operaciones enunciadas anteriormente, deberán consignarse en la subcuenta de compensación del Fosyga, el mismo día en que se presenta la declaración de giro, y compensación.
5. Los recursos correspondientes a las Subcuentas de Solidaridad y Promoción, deberán consignarse en las correspondientes subcuentas del Fosyga el mismo día en que se presenta la declaración de giro y compensación, para poder acceder a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.3.4 MONTO Y DISTRIBUCIÓN DE LAS CONTRIBUCIONES AL SGSSS

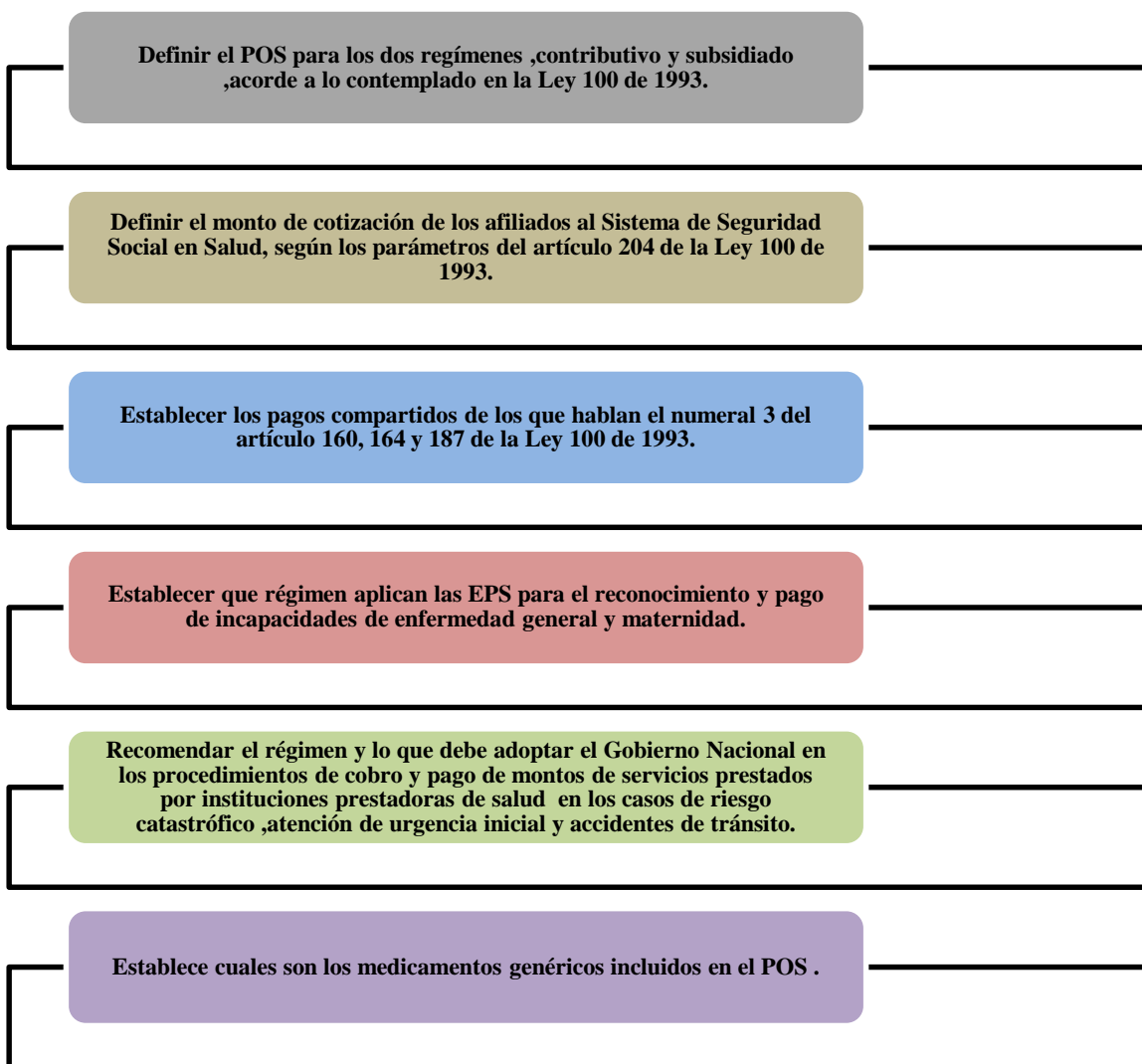
2.3.4.1 Entidades públicas del Gobierno Nacional participantes en el proceso

Para entrar a analizar este apartado, es importante tener en cuenta que en lo referente al monto y distribución de las contribuciones al SGSSS, son tres las instituciones que se deben traer a escena:

- **El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)**

Esta entidad fue creada mediante la Ley 100 de 1993. Entre sus funciones, según lo establecido en el Acuerdo 001 de 1994, tiene:

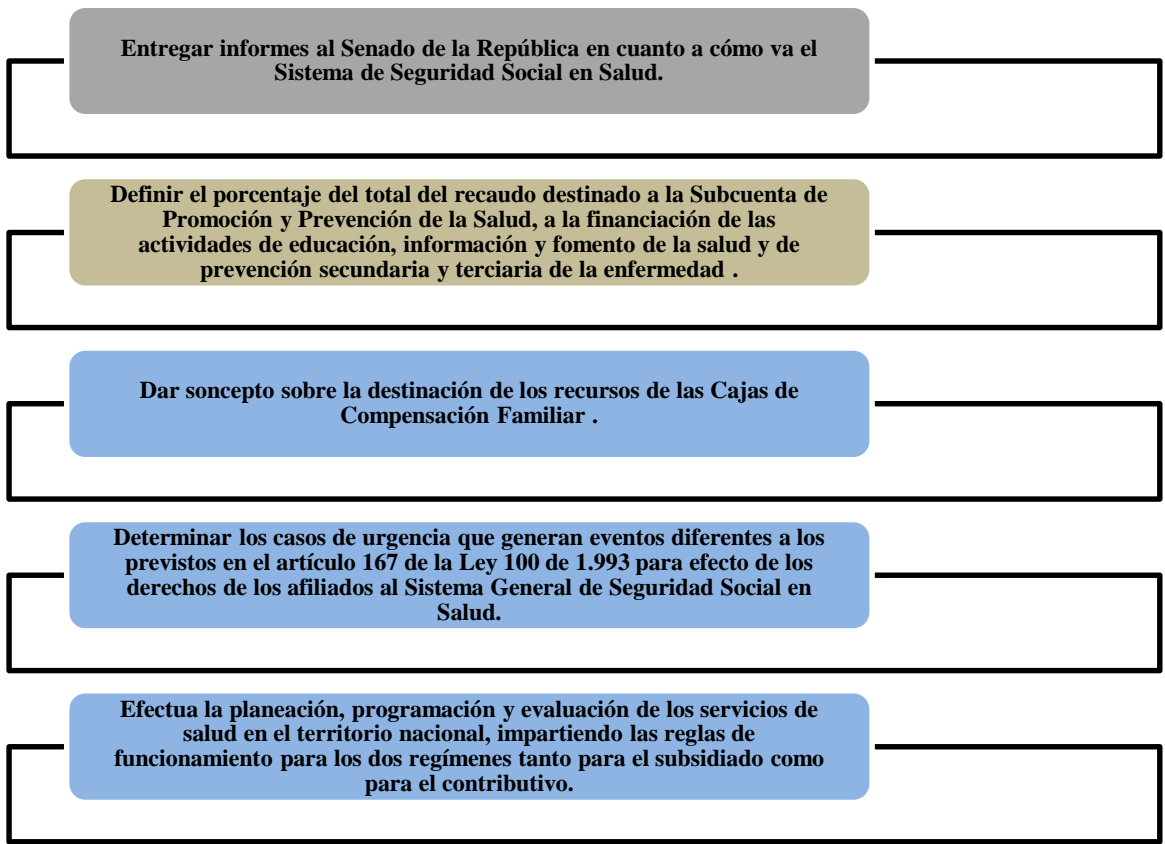
Figura 5 - Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud



Fuente: Elaboración propia con base en la información del Acuerdo 001 de 1994

Además de las anteriores funciones, el CNSSS debe:

Figura 6 - Otras funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud



Fuente: Elaboración propia con base en la información del Acuerdo 001 de 1994

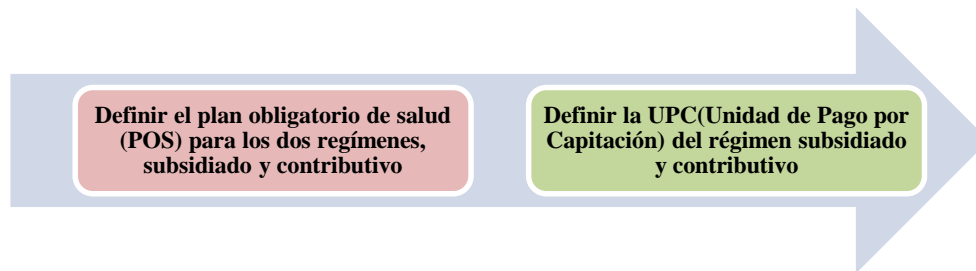
Es importante resaltar que la Ley 1122 de 2007, le da al CNSSS la nominación de un ente asesor y consultor del Ministerio de Salud y de Protección Social, adoptando las asesorías y consultorías del Consejo y de la CRES.

La Comisión Reguladora en Salud (CRES)

Es la Ley 1122 de 2007, la que da origen a la CRES. En el artículo 3 de la citada Ley, se le da a la CRES el título de Unidad Administrativa Especial, con Personería Jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social.

La Comisión Reguladora en Salud CRES se encargaba de:

Figura 7- Funciones de la Comisión Reguladora en Salud



Fuente: Elaboración propia con base en la información de la Ley 1122 de 2007

Se puede decir que la CRES actuaba como reguladora del Sistema de Salud. No obstante lo anterior, y debido a graves problemas de índole administrativo a su interior, el Gobierno Nacional toma la decisión de suprimirla. Decisión que se oficializa mediante el Decreto 2560 de 2012. Es así como las funciones misionales que tenía la CRES se trasladan al Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social

Esta es la institución reguladora por excelencia del Sistema, además es quien establece las estrategias de oferta y demanda del mismo. Entre sus funciones también están las de coordinar asuntos internacionales en temas de salud y mantener la comunicación internacional en materia de salud.

2.3.4.1 Flujograma del proceso

El diagrama 10 muestra de manera detallada como se da el proceso de monto y distribución de las contribuciones al SGSSS.

Evidénciese que en el esquema se observa que las contribuciones son realizadas por las personas con capacidad de pago, quienes aportan de sus ingresos un 12,5%, “los que para el caso de los aportantes de mayores ingresos, deben generar excedentes que son destinados a completar los recursos necesarios para la afiliación a este régimen, de aquellos cuyo aporte es insuficiente para pagar las UPCs, mecanismo que se denomina compensación” (Morales, 1997: 9).

Diagrama 10- Monto y distribución de las contribuciones al SGSSS – Régimen Contributivo



Fuente: Morales (1997: 21).

Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5263/S9700142_es.pdf?sequence=1
Consultado el 28/10/2018. Actualizado de acuerdo con la norma vigente.

De igual manera, del Régimen Contributivo se realizan aportes para las personas pobres que hacen parte del Régimen Subsidiado. Este aporte corresponde a un punto de los doce punto cinco recaudados, los cuales se destinan, de manera específica, a completar la financiación de la UPCS. A esto se le denomina solidaridad.

Otro de los aportes que realiza el Régimen Contributivo, es a la subcuenta de Promoción y Prevención, a la cual se le destina 0.5 puntos de los 12.5 recaudados.

Es importante aclarar que de este 12.5% de cotización, y teniendo en cuenta lo estipulado por la Ley 1122 de 2007, el 4% está a cargo del empleado y, el 8.5% restante, está a cargo del empleador.

Al respecto MINSALUD (2016: 7) manifiesta:

Con la Ley 1122 de 2007 se modificó el inciso 1 del artículo 204 de la Ley 100 de 1993; en su artículo 10 del Capítulo II. Dicha Ley especificó el incremento del porcentaje de cotización del Régimen Contributivo, el cual pasó de 12% a 12,5% del ingreso o salario base de cotización, aclarando que el patrono asumiría el medio punto adicional, es decir, la cotización a cargo del empleador sería de 8,5% y 4% a cargo del empleado.

Por su parte los trabajadores independientes, aquellos con vinculación a través de contrato de prestación de servicios, deben asumir el costo en su totalidad del aporte que por prestaciones

sociales deba realizar. Al respecto el Artículo 23 del Decreto 1703 de 2002, establece que “el ingreso base de cotización será el equivalente al cuarenta por ciento (40%) del valor bruto del contrato facturado mensual”. Por su parte el Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, dice: “Los independientes contratistas de prestación de servicios cotizarán al Sistema General de Seguridad Social en Salud el porcentaje obligatorio para salud sobre una base de la cotización máxima de un 40% del valor mensual izado del contrato”.

Los aportantes que son pensionados también tienen unos montos de cotización reglamentados. Es así como la Ley 1250 de 2008, estableció en un 12% del valor mensual de la mesada, la cotización de su responsabilidad.

Por último se encuentran los denominados Regímenes Especiales madres comunitarias incluido el núcleo familiar. “Se reconoce a las EPS-EOC de los recursos destinados a la financiación de la afiliación al Régimen Contributivo de las Madres Comunitarias y su Núcleo Familiar, según lo establecido en la Leyes 509 de 1999, 1023 de 2006 y 1187 de 2008” (MINSALUD, 2016: 25).

Además se establece que:

A partir de 2013 conforme a lo establecido en el artículo 36 de la Ley 1607 de 2012, y reglamentado parcialmente mediante el Decreto 289 de 2014, las madres comunitarias debían ser formalizadas laboralmente y devengarían un salario mínimo mensual legal vigente o su equivalente, de acuerdo con el tiempo de dedicación al programa. Adicionalmente, las entidades administradoras del Programa de Hogares Comunitarios de Bienestar, al celebrar los contratos de trabajo con las madres Comunitarias, asumen las obligaciones de ley en materia de afiliación y pago de aportes al Sistema de Seguridad Social. Así mismo, el artículo 110 de la Ley 1769 de 2015 establece que las madres sustitutas que forman parte de la Modalidad Hogares Sustitutos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se afiliarán, con su grupo familiar, al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se harán acreedoras de todas las prestaciones asistenciales y económicas derivadas del sistema de salud. Las Madres sustitutas cotizarán mensualmente como aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de trabajadores independientes, un valor equivalente al cuatro por ciento (4%) de la suma que reciben mensualmente por concepto de beca del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (MINSALUD, 2016: 25).

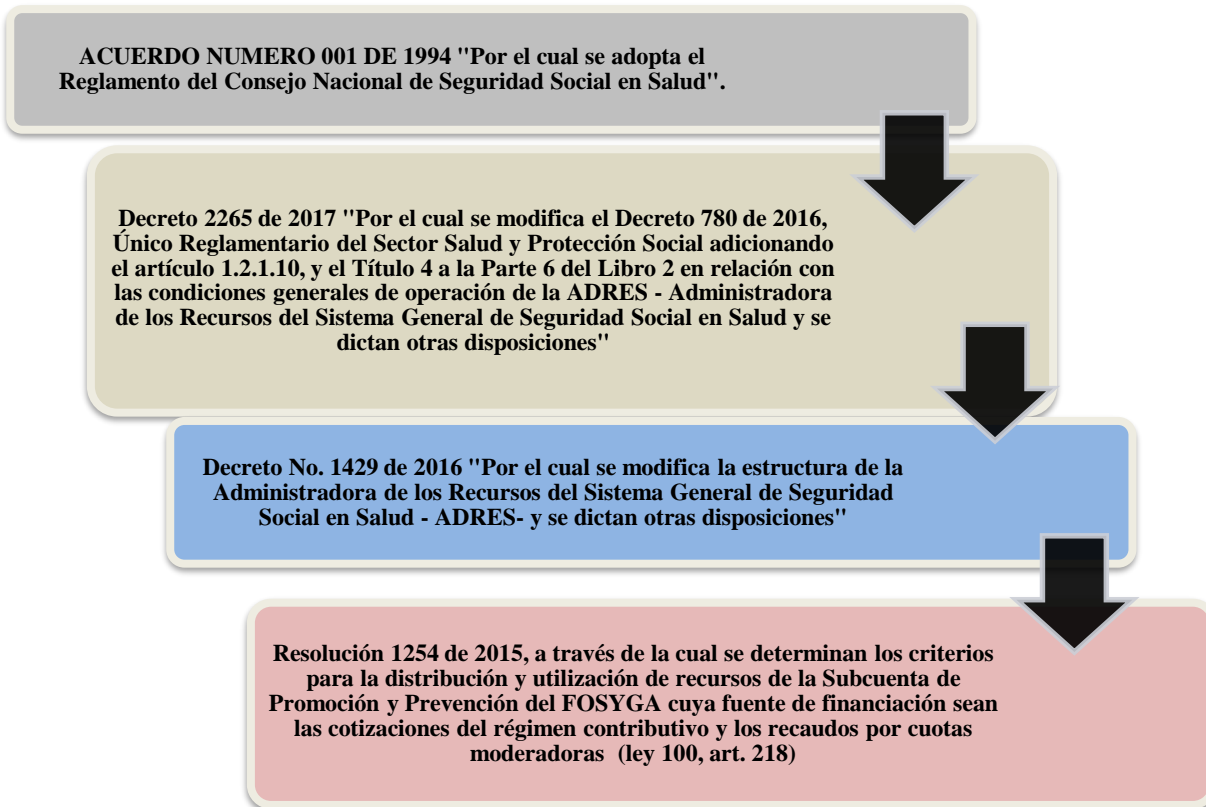
Es importante puntualizar que cada vez que se utilicen cierto tipo de servicios, en especial aquellos en los cuales influye la decisión del usuario para solicitarlos, el trabajador y sus familiares deberán cancelar una cuota moderadora que tiene como finalidad racionalizar su uso. Sus familiares harán un pago adicional denominado copago al utilizar el resto de los servicios, que serán destinados a complementar su financiación. En ambos casos sus montos están definidos como un porcentaje

aplicado sobre el valor del servicio, sujeto a unos topes máximos ordenados por la ley para evitar que se conviertan en un obstáculo para acceder al servicio.

2.3.4.1 Marco normativo que rige el proceso

La principal normativa que rige el proceso es:

Figura 8– Marco normativo que rige el proceso



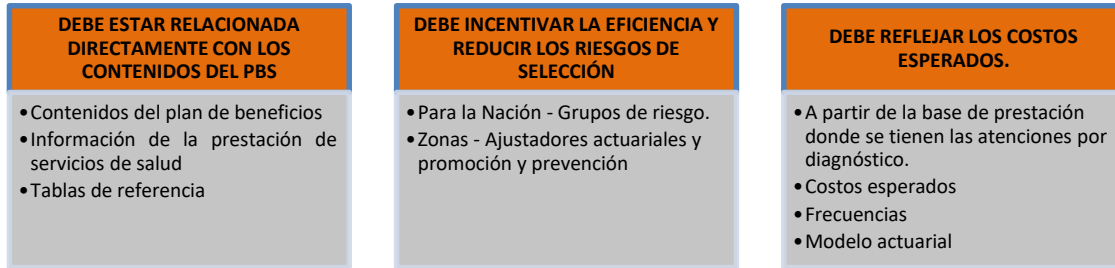
Fuente: Elaboración propia

2.3.4 UNIDAD DE PAGO POR CAPITACION (UPC)

2.3.4. ¿Qué es?

La Unidad de Pago por Capacitación “es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan de beneficios financiado con recursos de UPC, en los regímenes contributivo y subsidiado” (Nates, 2018: 12).

Figura 9 - Propósitos de la UPC



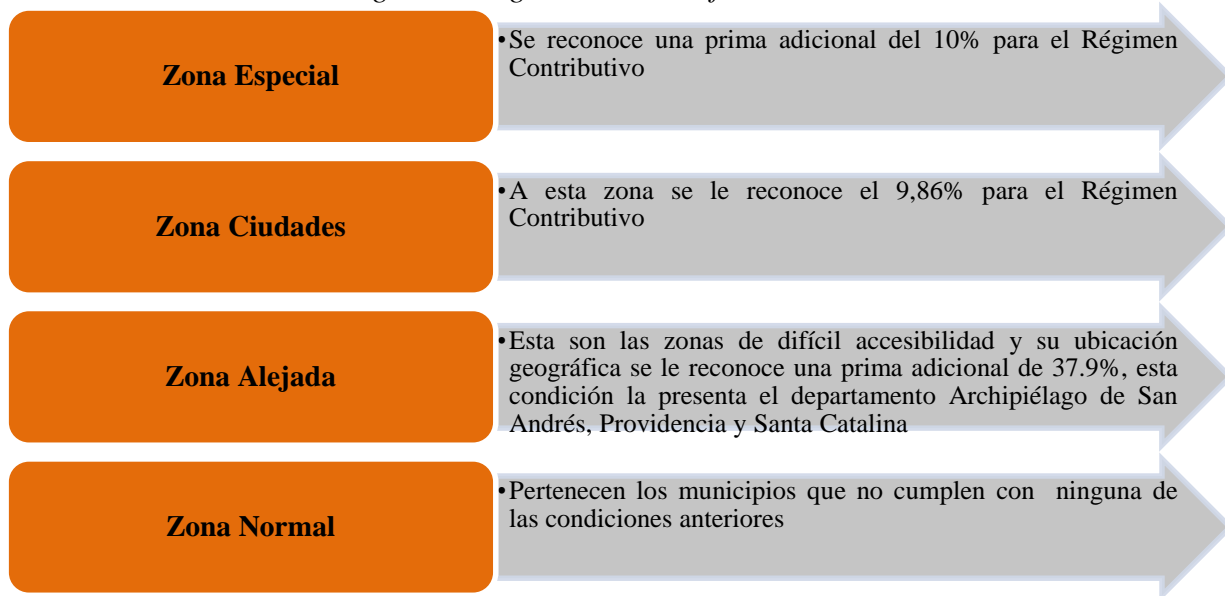
Fuente: Elaboración propia con base en la información obtenida de Nates (2018:12)

El anterior gráfico evidencia los criterios que se rigen a la Unidad de Pago por Capitación y las condiciones de regulación de la UPC.

2.3.4.1 Cálculo

La UPC distribuye el país en 4 zonas, dependiendo de las características propias de los municipios a saber:

Figura 10- Clasificación Zonal



Fuente: Elaboración propia con base en la información obtenida de Nates (2018: 17- 18)

Entre uno de los factores que se tiene en cuenta para el cálculo de la UPC, están los diferentes grupos etareos poblacionales, cuya clasificación gira en torno a aspectos de morbilidad. Los grupos etareos que se trabajan son:

Tabla 15- Grupos Etareos

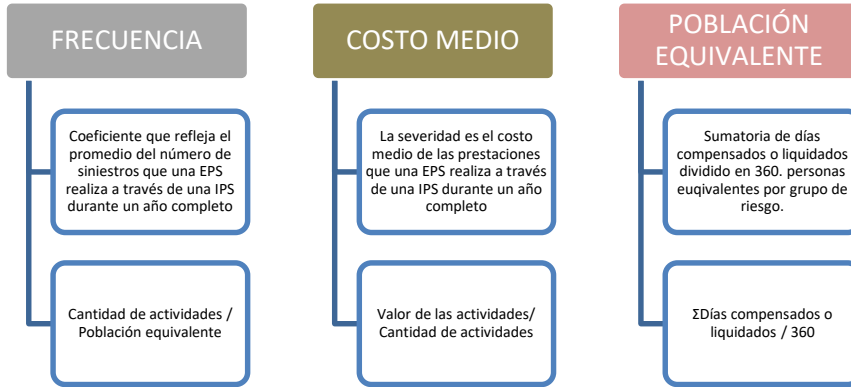
Menores de 1 año
1-4 años
1-14 años
15-18 años
19-44 años
45-49 años
50-54 años
55-59 años
60-64 años
65-69 años
70-74 años
75 años y más

Fuente: Elaboración propia

Ahora bien, en el proceso de cálculo de la UPC se tiene en cuenta tres variables, a saber:

- La Frecuencia
- El Costo Medio
- La Población Equivalente

Figura 11 - Variables para el cálculo de la UPC



Fuente: Elaboración propia con base en la información de Nates (2018: 29)

2.3.4.1 UPC de los últimos 5 años

En esta parte de la investigación se hace importante indagar acerca del comportamiento que la UPC ha tenido en el último quinquenio. El por qué es simple, así se puede realizar una visión de la evolución del perfil epidemiológico de la población, de los riesgos cubiertos y de los costos de la prestación del servicio, en el periodo de tiempo determinado.

La tabla 16 y la gráfica 2, que a continuación se presentan, y que contiene los valores oficiales de la UPC desde el año 2014 hasta el 2018, evidencia que:

La UPC hoy se convirtió en un gran negocio, ya que a las EPS les resulta más lucrativo tener afiliados de la tercera edad, porque percibirán mayores recursos por UPC, recursos que pueden, además, manejar a su antojo aplicando lo que se conoce como contención de costos.

(<https://www.portafolio.co/opinion/jorge-ballesteros/upc-gana-pierde-134124>).

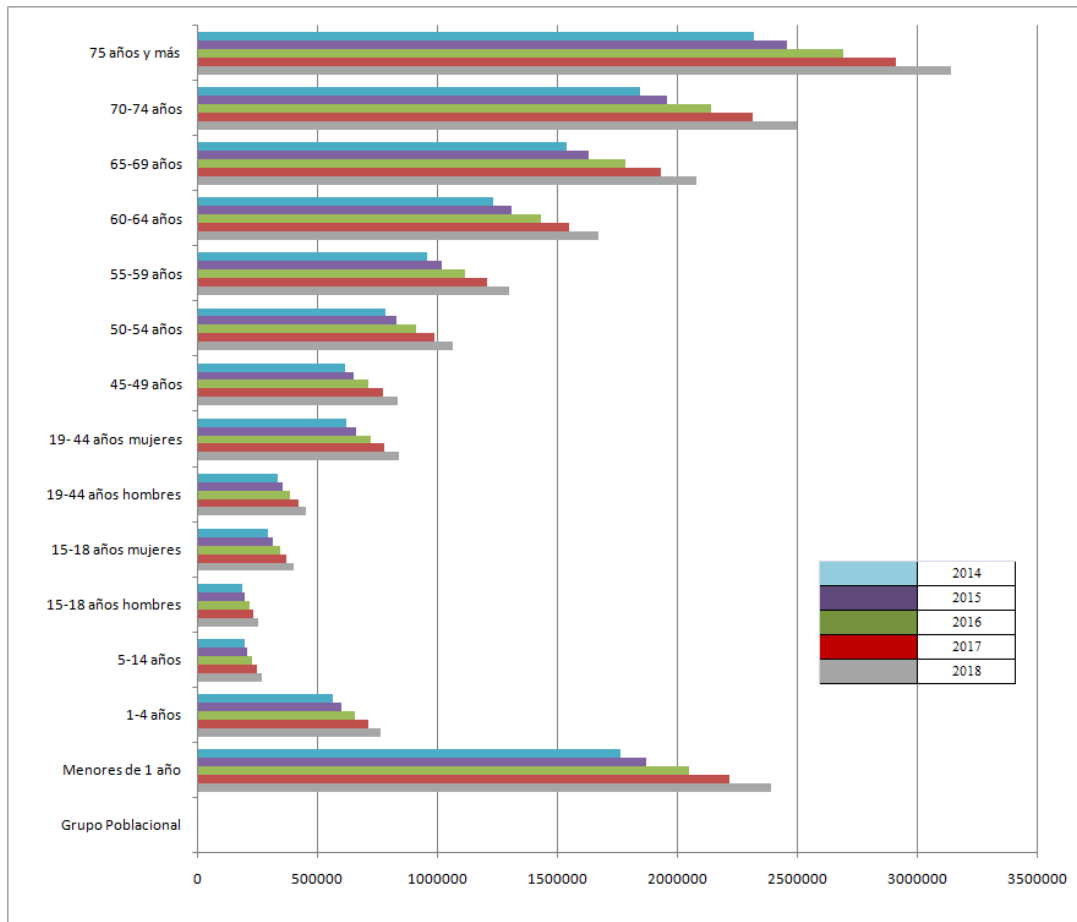
Tabla 16 - por grupo etareo. Periodo 2014 - 2018

Grupo Poblacional	2018	2017	2016	2015	2014
Menores de 1 año	\$ 2.387.566,80	\$ 2.214.190,80	\$ 2.046.391,20	\$ 1.869.703,20	\$ 1.762.869,60
1-4 años	\$ 766.652,40	\$ 710.982,00	\$ 657.100,80	\$ 600.364,80	\$ 566.060,40
5-14 años	\$ 267.804,00	\$ 248.360,40	\$ 229.536,00	\$ 209.718,00	\$ 197.737,20
15-18 años hombres	\$ 255.254,40	\$ 236.721,60	\$ 218.779,20	\$ 199.690,00	\$ 188.470,80
15-18 años mujeres	\$ 403.358,40	\$ 374.068,80	\$ 345.718,80	\$ 315.867,60	\$ 297.820,80
19-44 años hombres	\$ 454.201,20	\$ 421.218,00	\$ 389.296,80	\$ 355.686,60	\$ 335.361,60
19- 44 años mujeres	\$ 842.673,60	\$ 781.484,40	\$ 722.260,80	\$ 659.898,00	\$ 622.191,60
45-49 años	\$ 833.504,40	\$ 772.977,60	\$ 714.398,40	\$ 652.716,00	\$ 615.420,00
50-54 años	\$ 1.063.098,00	\$ 985.899,60	\$ 911.185,20	\$ 832.510,80	\$ 784.944,00
55-59 años	\$ 1.299.531,60	\$ 1.205.161,20	\$ 1.113.832,80	\$ 1.017.662,40	\$ 959.511,60
60-64 años	\$ 1.672.477,20	\$ 1.551.031,20	\$ 1.433.487,60	\$ 1.309.716,00	\$ 1.234.882,80
65-69 años	\$ 2.080.422,00	\$ 1.929.348,00	\$ 1.783.137,60	\$ 1.629.176,40	\$ 1.536.087,60
70-74 años	\$ 2.496.492,00	\$ 2.315.203,20	\$ 2.139.750,00	\$ 1.955.001,60	\$ 1.843.293,60
75 años y más	\$ 3.137.166,00	\$ 2.909.354,40	\$ 2.688.876,00	\$ 2.456.712,00	\$ 2.316.337,20

Fuente: Elaboración propia con base en la Resolución 5268 de 2017 / Resolución 6411 de 2016 / Resolución 5593 de 2015/ Resolución 5925 de 2014 / Resolución 5522 de 2013

Por el contrario, para las IPS la población infantil no es rentable toda vez que el valor de la UPC no alcanza a cubrir el riesgo de esta población. Esta es la razón por la que es mucho más rentable facturar servicios de salud para la población adulta

Grafica 2- Valor UPC por grupo etareo. Periodo 2014 - 2018



Fuente: Elaboración propia con base en la Resolución 5268 de 2017 / Resolución 6411 de 2016 / Resolución 5593 de 2015/ Resolución 5925 de 2014 / Resolución 5522 de 2013

2.3.4 SUBCUENTA DE COMPENSACIÓN.

El artículo 11 del Decreto 4023 de 2011 describe el proceso de Compensación como:

El proceso mediante el cual se descuentan de las cotizaciones recaudadas íntegramente e identificadas de manera plena por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), para cada periodo al que pertenece el pago de la cotización; los recursos destinados a financiar la subcuenta de Promoción de la Salud del Fosyga, los de solidaridad del Régimen de Subsidios en Salud que financian la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga y los recursos que el Sistema reconoce a las EPS y a las EOC por concepto de Unidades de Pago por Capitación (UPC).

Los recursos que llegan del superávit¹⁵ de los cotizantes se deben girar específicamente a las subcuentas del Fosyga y, siguiente de ello, debe transferirse a las cuentas de las EPS y EOC con sumas que resulten positivas para su funcionamiento y financiación.

Estos procesos de Compensación tendrán lugar a las EPS y EOC, recursos que servirán como musculo financiero y apoyarán las actividades de promoción y prevención. Teniendo en cuenta los recursos de la cotización a las EPS y las EOC para que estas entidades “*paguen incapacidades por enfermedad general a los afiliados cotizantes.*”(Decreto 4023, 2011. Art. 11)

2.3.4.1. Fuentes de la Subcuenta de Compensación.

Las Fuentes de Financiación de la Subcuenta de Compensación se dan de la siguiente manera:

1. Los recursos que llegan del recaudo de cotizaciones se destinan sí o sí a la Subcuenta de Compensación, independiente del estado de los fondos.
2. Las transferencias que se realizan por medio de la Subcuenta de Solidaridad del Régimen de Subsidios en Salud y el desarrollo financiero de las otras subcuentas del FOSYGA que se destinan a pagar las Unidades de Pago por Capitalización -UPC-, especialmente al régimen de madres comunitarias.
3. El buen funcionamiento y desarrollo de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
4. El rendimiento financiero que se da por la cuentas autorizadas a las Entidades Promotoras de Salud -EPS-, y demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC-, para la recolección de las cotizaciones.
5. Los intereses de mora por pago de cotizaciones en forma extemporánea y sus respectivos rendimientos financieros (Decreto 4023, 2011. Art. 3).
6. Los excedentes financieros de la Subcuenta de Compensación que se da en cada periodo de vigencia.
7. Los recursos restantes de las disposiciones vigentes correspondientes del Régimen Contributivo.

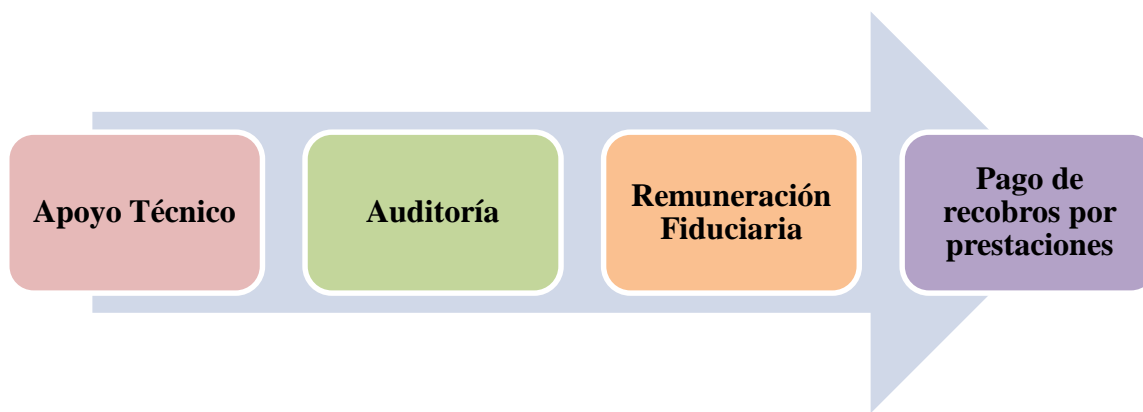
2.3.4.2 Usos de los recursos de la Subcuenta de Compensación.

Los recursos obtenidos por la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo se les dan uso para el pago de las Unidades de Pago por Capitalización -UPC-, las prestaciones económicas y gastos autorizados por la ley.

El 5% del Superávit del proceso de giro y compensación que se da manera mensual, es decir, se destinara para la formación de una reserva en el patrimonio de la subcuenta, esto proceso se da para las contingencias o necesidades para el pago de la UPC y, el pago de las licencias de maternidad y/o paternidad del Régimen Contributivo; porcentajes interpuestos por el Ministerio de Salud (Decreto 4023, 2011. Art. 4)

Por otra parte, los otros conceptos de gasto por la Subcuenta de Compensación son:

Figura 12- Conceptos de gasto por la Subcuenta de Compensación



Fuente: Elaboración propia

¹⁵Superávit: Cantidad en que los ingresos superan a los gastos.

Este último no se incluye en el Plan Obligatorio de Salud, sin afectar dicha reserva.

2.3.4.2. Porcentaje de cotizaciones

Los porcentajes de cotización, para el régimen Contributivo, se dan de acuerdo con la siguiente tabla:

Tabla 17 - Porcentaje de Cotizaciones para el Régimen Contributivo

GRUPO DE COTIZACIONES	MARCO NORMATIVO.	PORCENTAJE DE COTIZACIONES.
Madres Comunitarias	Ley 509 de 1999	Definió el régimen especial de madres comunitarias prevé la cotización del 4% sobre la bonificación que les reconoce, prevista por los reglamentos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
	Ley 1023 de 2006	En el marco de la Ley 509 de 1999, la cotización restante del 8% hasta el 2010 y el 8.5% desde el 2011, se financiaban con los rendimientos producidos por el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA.
	Ley 1607 de 2012	Con la Ley 1607 de 2012 en su artículo 36, que estableció la formalización laboral de las Madres Comunitarias y el Decreto 289 de 2014 que reglamentó dicho proceso, La financiación de las cotizaciones que dependía de los recursos del FOSYGA, pasó a ser de responsabilidad del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF como empleador
Trabajadores Independientes con vinculación a través de contrato de prestación de servicios	Artículo 23 del Decreto 1703 de 2002	Establece que el ingreso base de cotización será el equivalente al cuarenta por ciento (40%) del valor bruto del contrato facturado mensual
	Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007	Los independientes contratistas de prestación de servicios cotizarán al Sistema General de Seguridad Social en Salud el porcentaje obligatorio para salud sobre una base de la cotización máxima de un 40% del valor mensualizado del contrato.
Afiliados Cotizantes	Con la Ley 1122 de 2007 se modificó el inciso 1 del artículo 204 de la Ley 100 de 1993; en su artículo 10 del Capítulo II	Dicha Ley especificó el incremento del porcentaje de cotización del Régimen Contributivo, el cual pasó de 12% a 12,5% del ingreso o salario base de cotización, aclarando que el patrono asumiría el medio punto adicional, es decir, la cotización a cargo del empleador sería de 8,5% y 4% a cargo del empleado.
Pensionados	Ley 1250 de 2008	Estableció en un 12% del valor mensual de la mesada, la cotización de su responsabilidad.

Fuente: Elaboración propia, con base en la información obtenida de Ministerio de Salud y Protección Social. – Fuentes y Usos de Recursos del SGSSS-.

CAPÍTULO III - DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 CRITERIOS GENERALES DEL DISEÑO METODOLÓGICO.

La construcción del diseño metodológico partió de la pregunta de investigación, que guió y orientó la escogencia del método a emplear, la técnica a ser usada y el instrumento a ser trabajado, como se verá más adelante. Todo ello estuvo orientado a indagar acerca de los factores, tanto internos como externos, que pueden estar influyendo en el punto de equilibrio del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en lo correspondiente a los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Por su naturaleza, esta investigación, cuya pretensión es dar respuesta a una pregunta específica por lo que se considera del tipo *aplicada*, es de alcance *descriptivo* y de naturaleza *exploratoria* y *documentalista*, toda vez que, gracias a una juiciosa búsqueda y análisis de información obtenida de fuentes bibliográficas (catálogos electrónicos y libros y documentos en físico de expertos en el tema), se logró indagar, y así obtener una visión general tanto del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como del flujo de los recursos financieros, y su comportamiento respecto al punto de equilibrio, que se da al interior del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.

La estrategia que el equipo de investigación utilizó para la recolección de las fuentes de información inició por identificar los temas a ser trabajados, en cada uno de los capítulos, y a partir de allí empezar a buscar los autores expertos en cada uno de ellos. La información, de esta manera ubicada, recuperada y analizada, tiene características de validez y de confiabilidad toda vez que la indagación se realizó desde la fuente misma y, como ya se ha manifestado, se trabajó con autores expertos (tecnócratas) en la temática de la investigación.

3.1 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de esta investigación fue la relacionada con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por su parte, la muestra trabajada estuvo enmarcada en los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

3.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Es importante iniciar aclarando que la investigación tiene un marcado componente cualitativo. Se realiza esta aseveración debido a que en la misma se introdujo un alto nivel de análisis e interpretación bibliográfica, que llevó a que se obtuviera una percepción, tanto interna como externa, de la manera como se desarrolla el flujo de los recursos al interior del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, en el sector salud colombiano.

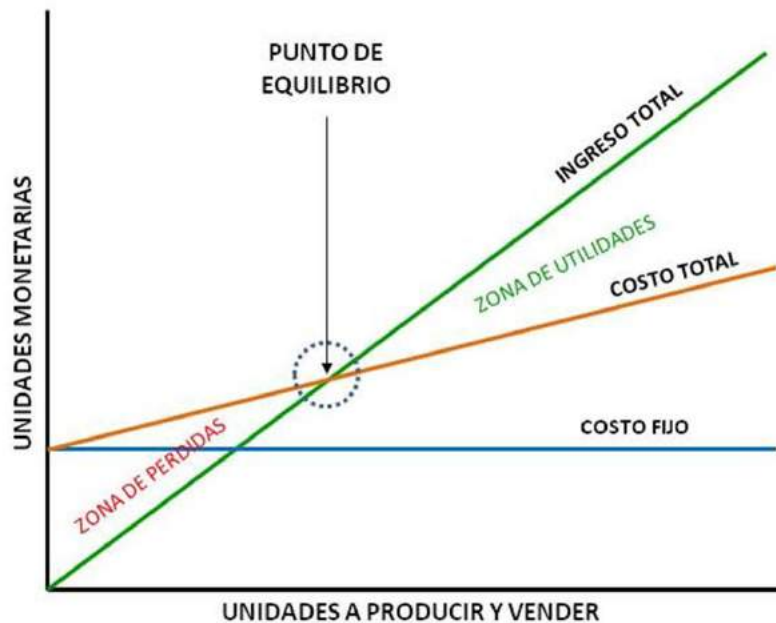
Así las cosas, la técnica utilizada fue del tipo de *revisión y análisis documental*, y el instrumento trabajado fue la ficha de registro de datos (anexo 1).

CAPÍTULO IV - RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 RÉGIMEN SUBSIDIADO

El punto de equilibrio es un método de planeación financiera, que indica el momento en donde los ingresos totales recibidos se igualan a los costos asociados con la venta de un producto. En las empresas, es de suma importancia identificar el momento en que se llega al punto de equilibrio, toda vez que solo así se determina la posible rentabilidad de vender un producto. En su cálculo, es totalmente necesario identificar el comportamiento de los costos, es decir el valor monetario que supone el ejercicio de una actividad económica, sea esta de un bien (producción), o de un servicio (servucción). Gráficamente, el punto de equilibrio se identifica de la siguiente manera:

Grafica 3 - Punto de Equilibrio



Fuente: <http://www.pymesfuturo.com/graficos/puntodeequilibrio>

Evidénciese, que en el preciso momento en donde los ingresos totales son iguales a los costos totales, es decir en donde la empresa no tiene utilidad ni pérdida, se identifica el punto de equilibrio. El cual, si tiene un comportamiento hacia la izquierda de la gráfica, se dice que es de

tendencia negativa, es decir hacia la pérdida, por lo que la empresa tendrá dificultades financieras como iliquidez, recortes de recursos y elevación de sus costos fijos frente a ingresos deficientes que no pueden pagar dichos costos. Pero, si por el contrario, su comportamiento es hacia la derecha de la gráfica, es de tendencia positiva, lo que significa utilidad. Es así como se puede decir que el punto de equilibrio proporciona un panorama financiero de la empresa, siendo importante en la toma de decisiones o en la viabilidad de un negocio.

Es importante aclarar que el análisis del punto de equilibrio puede ser expuesto de dos maneras, cuantitativas y cualitativas. Por el alcance de esta investigación, el análisis será cualitativo, es decir, se entrará a analizar aquellos factores, tanto internos –relacionados con los costos fijos-, como externos –relacionados con el entorno-, con el fin de determinar las condiciones iniciales que están afectando el punto de equilibrio en el Régimen Subsidiado, sin necesidad de entrar a dirimir, explícitamente, la ecuación como tal.

4.1.1 ANÁLISIS DESDE EL PRESTADOR

Las IPS, en el Régimen Subsidiado, no solo cuentan con estructuras paquidérmicas a nivel administrativo, sino con lastres burocráticos, que las convierten en sosas y pesadas, afectando el desarrollo interno de las mismas y por ende sus costos fijos. Esta complejización en su estructura, por llamarla de alguna manera, afecta con vehemencia la capacidad resolutoria en el accionar de las IPS de la red pública – quien tiene a cargo el manejo del Régimen Subsidiado-, lo que hace que el sistema de referencia y de contra referencia se vea limitado en su articulación, genera alta rotación de personal y hace incipiente el sistema de información entre las IPS de la red. Todas estas situaciones hacen que se trabaje de manera desarticulada, sin una adecuada relación entre la oferta y la demanda, con escasa optimización de la infraestructura y, con una total irracionalidad del costo. Esto precariza administrativamente a los prestadores, forjando cuellos de botella, que conllevan a un aumento de sus costos fijos, en detrimento de la liquidez.

Aunado a lo anterior, y como ya se anotó en líneas anteriores, las IPS adolecen de un adecuado sistema de información que conforme una verdadera red de prestadores públicos, y que sea garante de la eficiencia, eficacia y efectividad de la misma. El resultado, reprocesos, desorden administrativo, falta de respuesta oportuna a los requerimientos institucionales, baja calidad en la

atención a los usuarios y, obviamente, una nula productividad tanto en el proceso administrativo como en el asistencial.

Nosotros, como futuros Técnico Profesionales en Procesos Empresariales, que con claridad conocemos la estructura organizacional de las empresas y su adecuado funcionamiento y articulación con el entorno, consideramos importante que las IPS tengan sistemas de información articulados, acordes con las necesidades de los usuarios y en atención a los requerimientos de eficiencia y oportunidad de los que habla la Ley 715 de 2001 en su artículo 54. Los sistemas de información son una herramienta fundamental en cualquier empresa, las IPS los son, toda vez que por medio de ellos se unifica el lenguaje administrativo, se generan sinergias interdepartamentales e interinstitucionales, y se esclarece el camino que lleva a la Visión institucional. La unificación, el orden, la claridad y el debido direccionamiento, que da el tener sistemas de información adecuados, hablando en específico del sector salud, mejora la eficiencia y eficacia del área de referencia y contra referencia, garantiza, de manera oportuna, la adecuada asignación de los servicios requeridos por los usuarios y mejora el indicador giro cama (este es un indicador de producción en servicios). Esto no solo hace que se maneje el riesgo de forma racional para la IPS, sino que evita incrementos en los costos totales que pueden ocasionarse debido a tutelas, demandas, aumento de mano de obra y uso de insumos innecesarios.

Otra de las situaciones administrativas que presentan las IPS-S, y que les acarrean cuellos de botella, es lo complejizado de sus estructuras financieras, que las hacen reactivas ante las situaciones presentadas. Acordémonos que uno de los pecados de las empresas es ser reactivas, en lugar de proactivas. Esta situación es debida a que las IPS-S se encuentran en el último eslabón de la cadena de la administración de los recursos del Régimen Subsidiado. Cadena que se caracteriza por estar conformada por un sinnúmero de eslabones de intermediación financiera y asignación de subsidios, que inician en el gobierno central, pasan al gobierno departamental, llegan al gobierno municipal, para finalizar en quien presta el servicio. Esta extremada longitud la hace inoperante y, en muchos casos, expuesta a las garras de la corrupción administrativa.

El problema no es de falta de recursos, por el contrario, como ya se analizó en este capítulo, al Régimen Subsidiado le llega recursos financieros de varias fuentes, de varios actores y de varias cuentas. El problema es lo ineficiente del procedimiento que garantiza que los recursos públicos - los que financian al Régimen Subsidiado-, lleguen a su destino final, es decir a las IPS-S, que en

últimas son las que prestan el servicio, y por ende quienes tienen el derecho a cobrar por su facturación. Es tal la ineficiencia y lo caótico del proceso, que las IPS-S reciben los pagos por los servicios prestados, después de largas y extenuantes revisiones de auditorías realizadas a sus facturas que, en la mayoría de las veces, dan como resultados glosas, no conformidades en lo cobrado, recobros, rechazo de facturas de los servicios no ofertados y, demora en lo que se debe pagar -ofertado-. El proceso de auditoría se ha vuelto toda una pesadilla para las IPS-S, debido a que la misma se ha convertido en una manera perversa, de las EPS-S, de no pagar por el servicio prestado, con el pretexto de que no se encuentra en el plan de beneficios de salud (PBS). Esto hace que las EPS-S incrementen su rentabilidad, y que las IPS-S, por el contrario, en muchas oportunidades tengan que recurrir al escenario legal para exigir el pago de sus adeudos. Pago, que cuando se da, no es total, sino de a pocos, casi bajo un modelo de gota a gota (Figura 13)

Figura 13 – Cuello de botella – Estructura financiera



Fuente: Elaboración propia.

Es importante puntualizar que la estructura del Régimen Subsidiado se presta para favorecer la posición de las aseguradoras “al otorgar el poder de decidir a qué IPS se debe pagar (giro directo), incentivando trabas para transferir los recursos, pues lo no autorizado es girado a las EPS-S” (Polanía, 2015: 41). También, sigue diciendo el autor, “les permite sin ninguna limitación ni control utilizar mecanismos de no-pago como las glosas para dilatar los pagos” (2015: 41). Este esquema maquiavélico, en la estructura financiera de las IPS-S, hace que su flujo de recursos se dé de manera no adecuada, lo que conlleva a una reducción de los recursos que requiere para

funcionar y prestar de manera adecuada el servicio. Servicio –de salud-, que valga la pena aclarar, está relacionado, en la Constitución Política Nacional, con el derecho a la vida, y desde la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se enmarca como un derecho fundamental.

Por último, y aunado al tema de la facturación, es necesario decir que otro de los factores que se encontraron afecta de manera negativa el punto de equilibrio del Régimen Subsidiado, es el hecho de que en la actualidad las IPS-S están trabajando con un manual tarifario de la vigencia 2001, manual que fue normado mediante el Acuerdo No.256. El manual, que lleva 17 años de haber sido expedido, no ha sido actualizado, lo que, muy seguramente, está haciendo que se facture sobre una falsa realidad.

Dentro de la lógica económica es el Estado el que debe regular el mercado a través de su intervención en el mismo. Esto quiere decir, que al Estado colombiano le corresponde regularizar el mercado de la salud, pero no solo desde una visión descentralizadora, sino desde una potestad administrativa, la misma que por Constitución tiene, al ser la salud un servicio público. Esto conlleva a argüir que es a los gobiernos territoriales, apoyados en las EPS-S, a los que les corresponden mantener actualizados los manuales tarifarios, gracias a juiciosos estudios de oferta y demanda. Estudios que lleven a identificar la realidad en salud de la población territorial y que coadyuven a mantener actualizado el valor de la UPC-S. El no hacerlo hace que no existan precios piso, ni precios techo, dejando al mercado quien sea que regule, lo que es nefasto para las IPS-S quienes quedan atrapadas en un sinfín de externalidades.

Además, es importante tener en cuenta que Colombia es un país marcado por décadas de conflicto armado. Que a su interior convive con cruentos conflictos sociales y que se caracteriza tener altas tasas de población en estado de vulnerabilidad. Todo esto ha hecho que el perfil de morbilidad – mortalidad cambie, varíe, transmute. De aquí la necesidad de realizar estudios de mercado periódicos, acorde con la realidad del país.

Concatenando lo anteriormente analizado, se puede manifestar que factores que se dan al interior de las IPS–S, como son: (i) la complejización de la estructura administrativa, (ii) el adolecer de un adecuado sistema de información, (iii) lo complejizado de sus estructuras financieras y, (iv) el contar con manuales de tarifas obsoletos, han hecho que el punto de equilibrio, del Régimen Subsidiado, tenga una tendencia negativa por el hecho de la generación de cuellos de botella, a

consecuencia de problemas administrativos que a su interior se dan, y que repercuten en un incremento de sus costos totales, por encima de sus ingresos.

4.1.1 ANÁLISIS DESDE EL ENTORNO.

Colombia, en la década de los 90, pasa de un modelo de sustitución de importaciones, caracterizado por un total proteccionismo del Estado, a uno de apertura económica, distinguido por la total supresión de la protección que el Estado daba a los productores y que se reflejaba en subsidios. Este cambio abrupto hizo que muchos de los pequeños y medianos productores sucumbieran, lo que aumentó indicadores de desempleo y de pobreza en el país. Bajo este panorama se instaura la Ley 100 de 1993, norma que propendió por la universalidad del servicio de salud. El objetivo era llegar a toda la población colombiana, no importando su estrato social. El problema fue que, justamente gracias a la hecatombe social y económica que trajo consigo el modelo de apertura económica, la población pobre del país empezó a ir en aumento, lo que acrecentó el número de afiliados al Régimen Subsidiado. Esta reacción en cadena, de tintes negativos, no fue vislumbrada, ni por el gobierno de turno, ni por los que abogaron en la implementación del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud, quienes, por el contrario, contaban con que el nuevo modelo económico era la panacea que el país necesitaba para sacarlo del ostracismo económico en el que se encontraba, gracias a un modelo cepalino agotado. ¿Por qué sucedió esto? Porque el nuevo modelo económico fue implementado, por el presidente Cesar Gaviria Trujillo, de una manera abrupta, sin siquiera tener en cuenta al Congreso de la República, ni contar con la aprobación de la Corte Constitucional. Una decisión que se tomaba con la ayuda del entonces Ministro de Desarrollo Económico, Ernesto Samper Pizano. No se realizaron reuniones previas para detectar posibles afectados o beneficiados, ni mucho menos se llevaron a cabo juiciosos estudios en su diseño y planeación. Acordémonos que por aquel momento de inicios de la década de los 90, los ojos del país estaban puestos en la nueva Constituyente, lo que ayudó, de gran manera, a que el modelo económico fuera implementado de manera casi desapercibida por los colombianos.

La Ley 100 de 1993 le jugó a que, gracias a la supuesta reactivación económica que traería el nuevo modelo aperturista, el Régimen Contributivo se ensanchara y que, por el contrario, el Régimen Subsidiado se fuera disminuyendo. Nada más alejado a la realidad. Lo que en verdad sucedió fue que el Régimen Subsidiado aumentó, el Régimen Contributivo disminuyó, y el flujo

de recursos se paralizó. Conclusión, no se lograron los resultados esperados. Solo se obtuvo baja cobertura, altos costos de funcionamiento de los prestadores y graves problemas de índole administrativo.

Las IPS-S se vieron, de un momento a otro, inmersas en un entorno en el cual si querían ser rentables tenían que competir bajo parámetros de calidad y al menor costo posible. Al igual que las demás empresas, de cualquier nicho de mercado, las instituciones prestadoras de salud tuvieron que enfrentar el paso de trabajar de la oferta, hacia la demanda. Situación que las descapitalizó y las llevó al borde de la quiebra, debido al hecho de que no estaban preparadas para este abrupto cambio de escenarios que las llevó a adoptar diferentes reglas de juego.

Ahora bien, a lo anterior hay que sumarle el hecho de que desde que salió la Ley 100 de 1993, son muchas las normas, que en materia de salud, han salido. Se puede decir que el sector salud está sumergido en un mar normativo que lo ahoga, lo imposibilita en su accionar y lo ralentiza en su gestión. Lo preocupante es que es, precisamente, en el proceso de flujo de recursos, hacia el Régimen Subsidiado, donde más norma existe, ocasionando, en muchas oportunidades, vacíos normativos, dualidad de normas, dificultad en el entendimiento del proceso y facilidad de que exista actos de corrupción. Se arguye entonces que la sobre regulación normativa afecta la eficiencia en el flujo de los recursos del Régimen Subsidiado.

Y como si lo anterior fuera poco, hay que tener en cuenta que el país ha sufrido, durante seis décadas, las inclemencias de un conflicto armado. Lo que sin lugar a ninguna duda lo ha inmerso en profundas crisis sociales, a causa de flagelos como el secuestro, las amenazas, los asesinatos..., situaciones que han obligado a que millones de colombianos, sobre todo los ubicados en las zonas rurales, hayan tenido que dejar sus lugares de vivienda, desplazándose hacia las grandes urbes. Esto ha generado un vergonzoso aumento, tanto en los niveles de pobreza -el indicador Gini da muestras de esto-, como en los niveles de inequidad, como en la pauperrización de la calidad de vida de miles de hogares colombianos.

Estos habitantes vulnerables, en la mayoría de los casos, llegan a engrosar las famosas filas de los denominados *vinculados*. Así se les denominan a las personas que no pertenecen ni al Régimen Subsidiado, ni al Régimen Contributivo – se puede decir que están en un limbo asistencial-, pero que tienen que ser atendidos por la red pública de hospitales. Estos *vinculados*, muchas veces no

cuantificados, generan un importante sobrecosto a las IPS-S, y muchos problemas administrativos al momento de realizar el cobro respectivo a la entidad territorial.

Y si de *vinculados* se trata, hay que decir que llegan a engrosar las listas, la cantidad de inmigrantes ilegales que a diario están entrando al país, por cada una de sus fronteras. Es importante puntualizar que el Estado colombiano, debido a tratados humanitarios, no puede darle la espalda a esta población vulnerable, la cual, en cuanto al servicio de salud se refiere, está siendo atendida a través de la red pública de prestadores.

La Corte Constitucional ha exhortado al Estado a revisar las normativas, para poder brindar un servicio de salud digno a los inmigrantes ilegales. Servicio que va desde la atención inicial de urgencias, hasta el tratamiento de enfermedades catastróficas, siempre y cuando sea solicitado por el médico tratante en el país.

Otro punto a resaltar, y que afecta de manera negativa la parte financiera del Sistema y por ende del Régimen Subsidiado, es que los prestadores trabajan bajo la relación costo – efectividad, en lugar de costo – beneficio, el cual utiliza los aseguradores. El trabajar hacia el costo-efectividad acarrea que se cuente con un sistema de costos detallados y actualizados, lo que en las IPS-S no existe; que los intereses particulares no primen sobre el bien común, lo que “se presta para que las minorías sean excluidas de consideración, pues sus intereses específicos siempre serán menos representativos que los de las mayorías” (Castaño, S/f: 6) y, finalmente que se trabaje hacia el tratamiento, es decir hacia la enfermedad, en lugar de hacia la prevención, ¿por qué? Porque para trabajar hacia la prevención se hace necesario que los prestadores tengan total claridad del alcance del programa de prevención, debido a que el costo por persona incrementa a medida que lo hace la cobertura. Y es justamente con cobertura que trabaja los programas de prevención para que se pueda decir que son efectivos. De nada sirve llegar a unos pocos usuarios, que es lo que sucede en el régimen Subsidiado debido a lo atomizado de sus afiliados, a lo incierto de sus vinculados y a lo difícil de acceder a los lugares de vivienda de los mismos. Así no se trabaja en materia de salud pública. Esta es la razón por la que se trabaja bajo una perspectiva de enfermedad, lo cual encarece el sistema.

El análisis realizado en este apartado lleva a manifestar que factores que se dan en el entorno en el que las IPS-S se mueven, tales como: (i) las nefastas consecuencias sociales de la apertura económica, (ii) el exceso normativo del Sistema, (iii) las inclemencias del conflicto armado, (iv)

la inmigración ilegal y, (v) el trabajar – las IPS-S- bajo la relación costo-efectividad, han provocado que el punto de equilibrio del Régimen Subsidiado tenga una tendencia negativa. Esto debido a que las situaciones, anteriormente numeradas, han ocasionado que en el país se exacerben problemas de índole social, económico y político. El resultado, un aumento en la población pobre y vulnerable, población que va a exigir servicio de salud a unas IPS-S descapitalizadas, ilíquidas y con graves problemas administrativos.

4.1 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Como ya se había advertido, en el apartado del análisis del Capítulo No. 1, por la naturaleza de esta investigación el análisis del punto de equilibrio, el cual también ya se explicó en el apartado mencionado, será cualitativo, es decir, no se va a entrar a analizar la ecuación en sí, sino los factores que pueden estar afectando el comportamiento del punto de equilibrio en el Régimen Contributivo. Por la naturaleza de este régimen, los factores que se entraron a analizar fueron:

(i) Afiliación, (ii) evasión - elusión, (iii) capacidad sancionatoria e (iv) información.

4.1.1 AFILIACIÓN

Es importante iniciar recordando que el Régimen Contributivo fue hecho para todas aquellas personas con capacidad de pago (cotizantes), y su grupo familiar (beneficiarios). A través de los aportes que los cotizantes realizan, y que se oficializan por medio de la afiliación de ellos y sus beneficiarios al Sistema, existen recursos necesarios (los cuales se avizoran como superávit en el Fondo de Solidaridad y Garantía una vez se lleva a cabo el mecanismo de compensación interno entre las aseguradoras –EPS-), para el buen desarrollo financiero del mismo. Es por esto que el proceso de *afiliación*, representado en la cobertura del aseguramiento, se vuelve piedra angular en el esquema financiero del Sistema. Afiliación, que está en directa relación con el indicador macroeconómico de desempleo.

Como bien es sabido, el desempleo siempre será uno de los temas más álgidos en las políticas económicas del país, debido al hecho de que está en franca relación con el bienestar de los colombianos. En las últimas décadas, como se observa en la gráfica xxxxx, la tasa de desempleo en el país ha tenido comportamientos erráticos, cuyo pico más alto se evidenció en el año 2000, con un 20% de desempleo, a diferencia del año 2016, en el cual la tasa de desempleo fue del orden del 9.2%, uno de los porcentajes más bajos de la década. Es de recordar que la grave aceleración

en la tasa de desempleo de inicio del milenio (año 2000), se originó gracias a la crisis de finales del siglo XX, cuyas causas estuvieron cimentadas, principalmente, por el modelo económico aperturista. No obstante lo anterior, a partir del año 2013, el comportamiento ha sido fluctuante, con tendencia a la baja, alcanzando de manera tímida la cifra de un dígito.

Grafica 4 - Comportamiento Tasa de Desempleo periodo 1999 - 2017



Fuente: Index mundo, S/f

Por su parte, a septiembre del 2018, es importante decir que, de acuerdo con el Departamento Nacional de Estadística (DANE), el desempleo nacional fue del 9,5%, y en las áreas metropolitanas (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Manizales, Pasto, Pereira, Cúcuta, Ibagué, Montería, Cartagena y Villavicencio) del 10,5%. Llama la atención que para el año 2017, en el mismo periodo, la tasa de desempleo fue del 9,2%, lo que significa, para el año 2018, un aumento de 3 puntos, respecto al año anterior (Gráfica 5)

Grafica 5- Tasa de desempleo comparativo septiembre 2017 – septiembre 2018



Fuente: DANE, 2018

Este comportamiento, de acuerdo con la Revista Dinero (31/10/2018), se debió a que “el sector de la agricultura, pesca, ganadería, caza y silvicultura, y el de servicios comunales, sociales y personales fueron los que menos generaron ocupados. Este último dejó una cifra negativa de 226.000 personas”. En septiembre del 2018, sigue diciendo la revista especializada,

Las personas que se encuentran en edad productiva (entre 25 años y 54 años) son las que más población desocupada reportan. Este grupo reportó 1,29 millones de personas desocupadas, lo que evidenció un incremento de 33.000 en comparación con las cifras del noveno mes de 2017 cuando eran 1,25 millones (Revista Dinero, 31/10/2018).

Es evidente que la tasa de desempleo ha aumentado en el país, lo que lleva a argüir que, de acuerdo con los datos anteriormente anotados, cerca de 33 mil personas (incremento de desocupados entre el periodo septiembre 2017- septiembre 2018), han dejado, con toda seguridad, su afiliación al régimen contributivo, lo que significa una disminución en los recursos que por los aportes de este número de personas se obtenía, lo que muy seguramente ha afectado la parte financiera del Sistema, en general, y el punto de equilibrio, del régimen contributivo, en particular.

Ahora bien, llevando el análisis hacia el comportamiento que la afiliación al Régimen Contributivo ha tenido desde el año 2014 y hasta nuestros días (septiembre 2018), se evidencia lo siguiente:

Tabla 18– Afiliados al Régimen Contributivo periodo 2014 - septiembre 2018

AÑOS	CONTRIBUTIVO	POBLACIÓN DANE	COBERTURA (%)
------	--------------	----------------	---------------

2014	20.760.123	47.661.787	44
2015	21.453.376	48.203.405	45
2016	22.199.204	48.747.708	46
2017	22.045.454	49.291.609	45
2018 (septiembre)	22.087.401	49.834.727	44
PROMEDIO	21.709.112	48.747.847	45

Fuente: Elaboración propia con base en la información obtenida de la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA y en las Proyecciones de Población DANE

Entre 2014 y septiembre de 2018, el comportamiento de la afiliación y de la cobertura ha exhibido dos comportamientos, a saber: (i) Un crecimiento constante en el número de registros de afiliados entre los periodos 2014-2015 / 2015-2016 / 2017-2018, y (ii) Un leve decrecimiento en la afiliación, en el periodo 2016-2017. Además, en cuanto a la cobertura, se evidencia que la misma ha mantenido una constante del 45%.

Llama la atención que el Régimen Contributivo solo llega al 45% de cobertura, lo que significa que el otro 55% está repartido entre los afiliados al Régimen Subsidiado (48%) y los afiliados de los Regímenes Especiales y de Excepción (7%). Démonos cuenta que el Régimen Contributivo tiene un menor porcentaje de cobertura que el Subsidiado, lo cual es preocupante si se tiene en cuenta el hecho de que una parte importante de los recursos de este último proviene del Contributivo, a través de la cuenta de solidaridad. Esto puede llevar a manifestar que los recursos para el Régimen Subsidiado, por el concepto de solidaridad, sean menores, como también que la movilidad del régimen contributivo al subsidiado esté aumentando. Significa esto que los pobres en el país están aumentando, que las personas con capacidad de pago están disminuyendo y que el Sistema se encuentra en desequilibrio.

En este punto del análisis, es necesario tener en cuenta que si bien es cierto, de acuerdo con los datos del BDUA, el comportamiento de la afiliación, en el periodo 2017-septiembre 2018, ha aumentado, este comportamiento lo único que está dejando ver es que hay 41.947 mil nuevas afiliaciones, que están garantizando que igual número de personas, entre cotizantes y beneficiarios, sin importar el valor de lo que el cotizante aporte, tengan la garantía de recibir las UPC necesarias, para tener protegido el servicio de salud, así el aporte que realice el cotizante no alcance para cubrir las mismas (UPC). Esto significa que la compensación está quedando supeditada a que se generen suficientes excedentes que permita hacer el proceso.

4.1.1 EVASIÓN Y ELUSIÓN DE APORTES

Uno de los principales objetivos del proceso de Inspección, Vigilancia y Control (IVC), es el ser garante respecto a que la población con capacidad de pago se encuentra realizando los aportes, que por ley le corresponde, de acuerdo con la realidad de su base salarial y de su estado contractual. Esto significa que la persona con capacidad de pago debe estar cotizando al Régimen Contributivo, por lo que no debe aparecer como afiliado al Régimen Subsidiado (evasión), y que además, desde el principio de la ética, debe de estar pagando de manera íntegra y completa las contribuciones de acuerdo a su base salarial, y no solo un destajo de la misma (elusión).

En Colombia, de acuerdo con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público –MHCP- (2016:9), “la evasión total en el Sistema de Seguridad Social y en el Sistema de Protección Social se ha calculado para 2012 en \$14,25 billones y en \$14,6 billones respectivamente, es decir, cerca del 27% del monto total de cotizaciones”, lo cual, sigue diciendo la Institución del orden nacional:

Resulta de gran importancia pues un Sistema de Seguridad Social sólo puede funcionar con el apoyo de sus contribuyentes. De esta forma, la evasión en el SSSI¹⁶ es una cifra que representa un 80% de total de ingresos del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que es equivalente a la suma del Presupuesto total del año 2015 de los sectores Vivienda, Minas y Energía, Agropecuario, y Rama Judicial.

Es necesario aclarar que, de acuerdo con el marco normativo, las personas que están obligadas a cotizar, y que se denominan con capacidad de pago, son aquellas que tienen ingresos iguales o superiores a 1 SMMLV, sin importar su vínculo laboral (independiente o dependiente). Esto significa que todas aquellas personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 SMMLV o que en su defecto, carecen de ingresos, no están en la obligación de cotizar, pero si tienen el derecho de acceder al servicio por medio del Régimen Subsidiado. Además, la ley 1438 de 2011 en su artículo 33, es clara en señalar que “las personas naturales declarantes del impuesto de renta y complementarios” “se presumen con capacidad de pago”, por lo que están obligadas a cotizar al Sistema.

Con el fin de avivar el análisis, es importante decir que de acuerdo con la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) de 2012, realizada por el DANE, en el país existían cerca de 9 millones de trabajadores independientes. De estos, dice el MHCP (2016: 15),

¹⁶ Sistema de Seguridad Social Integral compuesto por el Sistema General de Pensiones, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) y una serie de servicios sociales complementarios.

El 30% reportó ingresos iguales o superiores a 1 SMLMV, lo que indicaría que al menos 2.5 millones de los mismos, a la época del estudio, tenían capacidad de pago, lo que los obligaba a cotizar al Sistema. No obstante, cuando se entró a verificar la información en el Sistema de la PILA, el número de cotizantes independientes en 2012 fue de 1.2 millones, que se concentra en los Departamentos con grandes ciudades (MHCP, 2016: 15).

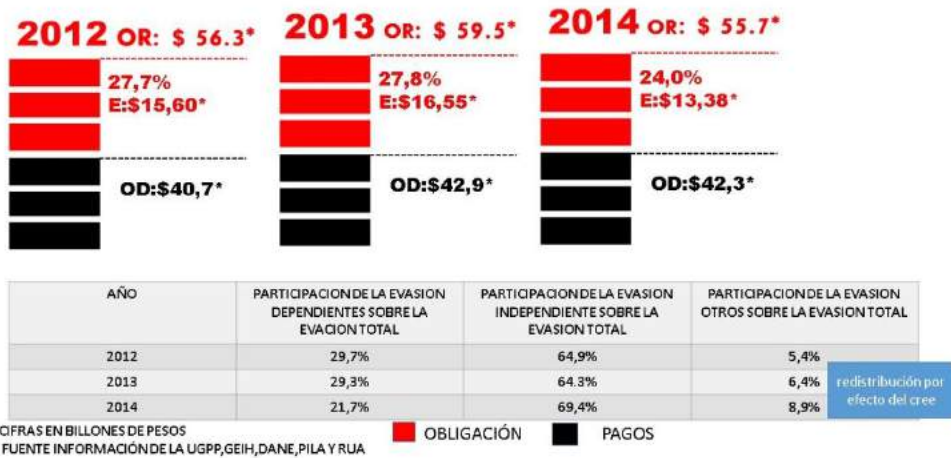
Lo anterior no significa más que cerca de 1.3 millones de personas con ingresos iguales o mayores al salario mínimo no cotizaron al Sistema. A continuación se muestra, dos diagramas que de manera clara deja entrever la situación de la evasión en Colombia en el periodo 2012-2014.

Diagrama 11 - Evasión en Colombia



Fuente: Elaboración propia con base en la información de DANE, PILA y RUA

Diagrama 12- Evasión de acuerdo con el tipo de empleado. Periodo 2012-2014

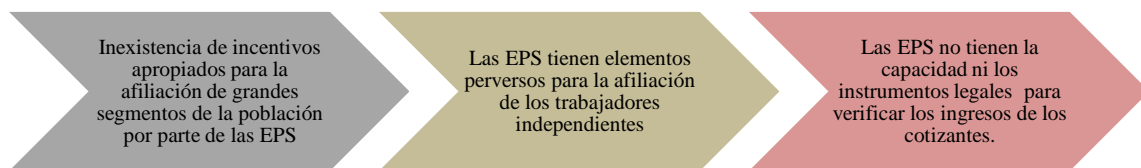


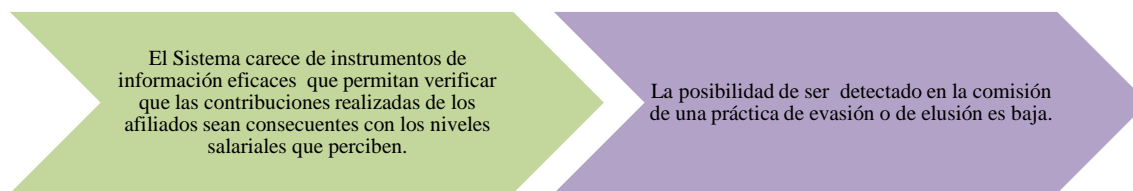
Fuente: Elaboración propia con base en la información de DANE, PILA y RUA

Por su parte, en lo que respecta a los trabajadores dependientes, en estos se da la denominada subdeclaración de ingresos, es decir cotizar por debajo de lo que realmente devengan. Esta situación se debe, principalmente, a que el empleador baja la base salarial del empleado valiéndose para ello de sofismas de distracción denominados, *auxilios de estudio* o *auxilios de capacitación*, el objetivo, que se le reduzca a él (el empleador), las cotizaciones patronales al Sistema.

Estos mecanismos de evasión y elusión, son atribuibles a circunstancias como:

Figura 14– Mecanismos de evasión y elusión





Fuente: Elaboración propia con base en la información obtenida de Ministerio de Salud y Protección Social (1998: 157-158)

De acuerdo con el periódico el Tiempo, en su edición del 9 de abril de 2017:

El primer y único estudio de evasión del sistema de protección social en Colombia dijo en el 2013 que había una evasión y elusión del sistema de salud del 25 por ciento, por la inscripción de personas con capacidad de pago al régimen subsidiado, personas independientes con ganancias altas reportando ingresos mínimos y uso de excepciones de la ley, por ejemplo con reportes de número de empleados inferiores a los reales.

Es evidente el desangre que por evasión y elusión de aportes sufre el Sistema, pero más evidente es el hecho de la poca importancia -a nuestro parecer- que existe en conocer tan siquiera el comportamiento de estos flagelos. O ¿cómo se explica que el único estudio de evasión se haya realizado en el año 2013? Lo que sí es totalmente concluyente es que por evasión y elusión el Sistema - Régimen Contributivo está siendo desangrado financieramente, lo que muy seguramente ocasione una tendencia negativa en su punto de equilibrio.

4.1.1 CAPACIDAD SANCIONATORIA

En Colombia, como ya se ha mencionado en este capítulo, es de carácter obligatorio realizar las respectivas cotizaciones al Régimen Contributivo, las cuales por sus características de cobertura nacional, de subsidiaridad y de compensación, les imprime un perfil de contribución parafiscal de carácter tributario. Lo que significa que deben de estar fiscalizadas por organismos de control con el fin de verificar el cumplimiento de las mismas.

Esta naturaleza tributaria de las cotizaciones, dada desde el mismo inicio de la Ley 100 de 1993, hizo que en el año 1994 mediante el Decreto 1259, expedido en desarrollo del Decreto 1266 de 1994, se reestructurara la Superintendencia Nacional de Salud, con el objetivo de que esta entrara a ejercer funciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) al interior del SGSSS. De esta manera la SNS es la entidad encargada de fortalecer, a través de mecanismos de IVC, la oportunidad en la generación y flujo de los recursos del Sistema, y de los

regímenes especiales y exceptuados, entre muchas otras funciones que tiene, pero que por la naturaleza de esta investigación no es necesario traerlas a escena.

El carácter parafiscal de las contribuciones del Régimen Contributivo, así como el hecho de que la SNS es quien, a través de la IVC, debe garantizar el adecuado flujo de los recursos en el Sistema, lleva a considerar que esta, la SNS, es quien debe garantizar el adecuado proceso de fiscalización del recaudo. Esto significa que es esta institución la que debe controlar los problemas de evasión y de elusión que se dan en el SGSSS. Lo que no se está dando.

Es importante puntualizar que la SNS, por sí sola no puede ejercer una verdadera y efectiva fiscalización de las cotizaciones, debido a problemas estructurales tanto del Sistema, entre los que se encuentra carencia de información real de los afiliados, como de la misma entidad, entre los cuales se destaca, (i) falta de recursos especializados – personal y tecnológicos- y (ii) multiplicidad de funciones.

Lo único cierto es que los efectos disuasivos de la SNS, en materia de control de la evasión y de la elusión, nos son lo suficientemente efectivos. Hace falta mayor control por parte de esta entidad del gobierno, solo así se detectaría a quienes incumplen sus obligaciones con el Sistema.

En este punto surgen dos interrogantes, a saber: ¿Es la Superintendencia Nacional de Salud el ente idóneo que realice el control de la evasión y de la elusión de los aportes de aportes al Sistema?, o, si se parte del hecho de que las cotizaciones tienen una connotación tributaria, ¿técnicamente la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales –DIAN- no podría encargarse del control de estos aportes? La dilucidación de las mismas daría lugar a otro tema de investigación.

4.1.1 INFORMACIÓN

Como de manera tímida se enunció en el anterior aparte, el Sistema tiene serios problemas, en materia de información. El hecho de que los aportes tengan una evocación tributaria, de manera obligatoria exige que el Sistema disponga de unos sistemas de información que permitan verificar la realidad de los niveles de ingresos, y por ende de base de cotización, de las personas con capacidad de pago.

Es cierto que se cuenta con el Registro Único de Aportantes (RUA), base de datos con información de los afiliados al Sistema, pero de la calidad y veracidad de la información de la misma nadie puede dar cuenta, ni siquiera la Superintendencia Nacional de Salud. ¿Por qué?, porque se trabaja como una base de datos aislada, cuando se debería ver como una base de información unificada, relacional y complementaria, entre la información de los empleadores, de los empleados, de los trabajadores independientes y de los pensionados. Además, debería poderse cruzar con la información que la DIAN maneja en lo referente a información tributaria, en lo que a renta y patrimonio de los aportantes se refiere. De esta manera se podría identificar los posibles evasores y elusores del SGSSS, y aplicar los correctivos y sanciones necesarias. Sanciones que deberían ser las mismas establecidas para los impuestos del orden nacional.

Lo analizado en esta parte de la investigación lleva a argüir que la realidad por la que está pasando el Sistema es que no existe unicidad de registros de afiliados al Régimen Contributivo. Es que la información con que se cuenta está desactualizada, por lo que no es verídica. Es que no se trabaja de manera coordinada entre los diferentes actores del Sistema y, es que se carece de un verdadero control fiscal que le coloque freno al flagelo de la evasión y de la elusión de aportes.

Lo analizado en cuanto al comportamiento de las afiliaciones del Régimen Contributivo, a los indicadores de desempleo, al flagelo de la evasión y de la elusión, a la falta de capacidad sancionatoria de la SNS y a lo precario de los sistemas de información, conduce a que se asevere que bajo los escenarios analizados, y que han sido relacionados con anterioridad, el Régimen Contributivo no es autofinanciable, es decir, se encuentra en déficit. Esto lleva a decir que el punto de equilibrio del mismo tiene tendencia negativa.

CAPÍTULO V - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

RÉGIMEN SUBSIDIADO

De lo analizado en este aspecto, se puede manifestar que factores que se dan en el entorno en el que las IPS-S se mueven, tales como: (i) las nefastas consecuencias sociales de la apertura económica, (ii) el exceso normativo del Sistema, (iii) las inclemencias del conflicto armado, (iv) la inmigración ilegal y, (v) el trabajar – las IPS-S- bajo la relación costo-efectividad, han provocado que el punto de equilibrio del Régimen Subsidiado tenga una tendencia negativa. Esto debido a que las situaciones, anteriormente numeradas, han ocasionado que en el país se exacerben problemas de índole social, económico y político. El resultado, un aumento en la población pobre y vulnerable, población que va a exigir servicio de salud a unas IPS-S descapitalizadas, ilíquidas y con graves problemas administrativos.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Respecto a lo que se analizó para el Régimen Contributivo, y que se enmarca en lo referente al comportamiento de las afiliaciones del Régimen Contributivo, a los indicadores de desempleo, al flagelo de la evasión y de la elusión, a la falta de capacidad sancionatoria de la SNS y a lo precario de los sistemas de información, conduce a que se asevere que bajo los escenarios analizados, y que han sido relacionados con anterioridad, el Régimen Contributivo no es autofinanciable, es decir, se encuentra en déficit. Esto lleva a decir que el punto de equilibrio del mismo tiene tendencia negativa.

RECOMENDACIONES

Por la importancia e impacto social del tema investigado, se recomienda continuar esta investigación, orientándola hacia factores estadísticos y hacia análisis gerenciales estratégicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Castaño, R. (S/f). Análisis del costo-efectividad: Una herramienta para la toma de decisiones de política del sector salud. Recuperado en <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/viewFile/1066/659>
- Caviedes, R. (1994). Subsidios a la demanda en salud. Una alternativa viable. *Estudios Públicos*, 54, 84-123
- Congreso de la República. Ley 1816 de 2016. Por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de licores destilados, se modifica el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y se dictan otras disposiciones.
- Congreso de la República. Ley 643 de 2001. Por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
- Congreso de la República. Acto Legislativo 04 de 2007. Por el cual se reforman los artículos 356 y 357 de la Constitución Política.
- Contraloría General de la República. (2017). Efecto redistributivo del Resultados y perspectivas en los sectores de Salud y Educación. Recuperado de <https://www.contraloria.gov.co/documents/20181/452124/Efecto+redistributivo+del+Sistem>

a+General+de+Participaciones+Resultados+y+perspectivas+en+los+sectores+de+Salud+y+Educaci%C3%B3n-2017.pdf/9651f816-62f3-4a17-8899-94cef6a8d971?version=1.0

Chávez, P., Navarro, L., Prada, E. (2007). Análisis del funcionamiento del Régimen Contributivo del Sistema general de Seguridad Social en salud. Monografía para optar por el título de Especialista en Gerencia de la seguridad Social. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga – Santander.

DANE. (2012). Gran Encuesta Integrada de Hogares. Bogotá – Colombia

Departamento Nacional de Planeación. (2017) ¿Qué es el SISBEN? Recuperado de <https://www.sisben.gov.co/sisben/Paginas/Que-es.aspx>

Departamento Nacional de Planeación. (2016). Distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones. Bogotá - Colombia. Recuperado de http://mineducacion.gov.co/1759/articulos-356014_anexo_02.pdf Consultado el 17/09/2018.

Fresneda, O., Martínez, P. (S/f). Identificación y afiliación de beneficiarios –SISBEN. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas. Centro de Investigaciones para el desarrollo –CID. Bogotá - Colombia

Herrera, V. (1999). Régimen Subsidiado de Salud: Evolución y Problemática. *Revista de Salud Pública*. 1(3). 193-211

Jaramillo, I. (S/f). Análisis Financiero Del Flujo De Recursos Del Régimen Subsidiado. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas. Centro de Investigaciones para el desarrollo –CID. Bogotá – Colombia.

Ministerio de Hacienda (s., f) MÓDULO 4 Instructivos y formatos para la programación del presupuesto de la Nación. Bogotá, Colombia. Recuperado de http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/ShowProperty;jsessionid=S3Z7VUh-tuj7PKch_yqWeO62NUjNIET-JNhFULkRikJIaprJW1Ws!2105134819?nodeId=%2FOCS%2FMIG_19616604.PDF%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased

Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (2016). Informe de Seguimiento Fiscal n°. 4. Bogotá – Colombia

Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Ministerio de la Protección Social. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Hacienda y Crédito Público. 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 para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Ley 223 de 1995. Por la cual se expiden normas sobre racionalización tributaria y se dictan otras disposiciones

Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Ley 6 de 1992. Por la cual se expiden normas en materia tributaria, se otorgan facultades para emitir títulos de deuda pública interna, se dispone un ajuste de pensiones del sector público nacional y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Decreto 317 de 2008. Por el cual se desarrolla parcialmente el Acto Legislativo 04 de 2007.

Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Ministerio de Salud y Protección Social. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 397 de 2008. Por el cual se adiciona el Presupuesto de Ingresos y Gastos de las Subcuentas de Compensación, Promoción y Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, para la vigencia fiscal 2008 y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Ministerio de Salud Pública. Decreto 1259 de 1994. Por el cual se reestructura la Superintendencia Nacional de Salud.

MINSALUD. (2018). Informe al Congreso de la República Cuatrienio 2014-2018 y 2017-2018. Bogotá – Colombia

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Fuentes de financiación y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS. ISBN 978-958-8903-91-0. Bogotá – Colombia.

Recuperado en

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Imprenta Nacional de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014a). ABECÉ modalidad entre el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/abc-movilidad.pdf> Consultado el 24/07/2018

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014b). Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social y Salud. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá – Colombia

Ministerio de Salud y Protección Social. (1998). Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias, y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud. Bogotá – Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1797 de 2016. Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1250 de 2008. Por la cual se adiciona un inciso al artículo 204 de la Ley 100 de 1993 modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007 y un párrafo al artículo 19 de la Ley 100 de 1993 modificado por el artículo 6o de la Ley 797 de 2003.

Ministerio de Salud y Protección Social. 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

Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Ministro de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Ley 1176 de 2007. Por la cual se desarrollan los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1355 de 2018. Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con el manejo de los recursos de propiedad de las entidades territoriales destinados al aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado

Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1264 de 2017. Por el cual se modifica el artículo 24 del Decreto 1429 de 2016, modificado por el Decreto 546 de 2017 y se dictan otras disposiciones

Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2560 de 2012. Por el cual se suprime la Comisión de Regulación en Salud - CRES, se ordena su liquidación y se trasladan unas funciones al Ministerio de Salud y Protección Social y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. 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

Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 971 de 2011. Por medio del que se define el instrumento a través del cual el Ministerio de la Protección Social girará los recursos del Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud, se establecen medidas para agilizar el flujo de recursos entre EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Departamento Nacional de Planeación. Decreto 050 de 2003. Por el cual se adoptan unas medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1703 de 2002. Por el cual se adoptan medidas para promover y controlar la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 955 de 2000. Por el cual se pone en vigencia el Plan de inversiones Públicas para los años 1999 a 2002

Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto No. 1013 de 1998. Por el cual se reglamenta el funcionamiento de la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, y se deroga parcialmente el Decreto 1283 de 1996.

Ministerio de Salud y Protección Social. Acuerdo 5513 de 2013. Por la cual se aprueba el presupuesto de Ingresos y Gastos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, para la vigencia fiscal 2014 y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. Acuerdo 376 de 2007. Por el cual se aprueba el Presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA para la vigencia fiscal 2008 y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. Acuerdo 001 de 1994. Por el cual se adopta el Reglamento del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud".

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 000073 de enero de 2018.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5268 de 2017. Por la cual se fija el valor de la Unidad de pago por capitación - UPC - para el Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2018

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5268 de 2017. Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación –UPC para el Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 6431 de 2016. Por la cual se aprueba el presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) para la vigencia fiscal 2017 y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 6411 de 2016. Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC para la cobertura del Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5593 de 2015. Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación –UPC para el Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2016 y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5925 de 2014. Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2015, se establecen las primas adicionales diferenciales y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5522 de 2013. Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación –UPC para el Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2014 y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 184 del 2011. Por la cual se efectúa una asignación de recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1946 de 2008, *por la cual se distribuyen recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga– Subproyecto Subsidio a la Demanda- Régimen Subsidiado para ampliación de cobertura mediante la afiliación de población desplazada y otros.*

Ministerio de Trabajo. Decreto 2269 de 2017. Por el cual se fija el salario mínimo mensual legal

Morales, L. (1997). El Financiamiento Del Sistema De Seguridad Social En Salud En Colombia. Proyecto CEPAL/GTZ “Reformas Financieras Al Sector Salud En América Latina Y El Caribe” Unidad De Financiamiento, D.C.I.T.F. Santiago de Chile - Chile

Nates, F. (2018). Unidad de Pago por Capitación UPC. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/soc-unidad-de-pago-por-capitacion-2018.pdf>

Periódico el Tiempo, en su edición del 9 de abril de 2017. Usan a mujeres embarazadas para defraudar al sistema de salud.

Polanía, N. (2015). Análisis del flujo de recursos del régimen subsidiado en salud para Colombia, 2008-2012. Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Ciencias Económicas, Escuela de Economía Bogotá D.C., Colombia

Portafolio. 09 de agosto de 2018. Reglamentan manejo de recursos para el régimen subsidiado

Procuraduría General de la Nación (S/f). Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas. ISBN 978-958-99991-5-8. ECOE EDICIONES LTDA. Bogotá - Colombia

Revista Dinero. (7/31/2018). Minhacienda presentó reforma al Sistema General de Participaciones.

Revista Dinero, en su edición del 31 de octubre de 2018. Aumenta el desempleo en Colombia durante septiembre

Sandoval, H. (2013). Mapa Conceptual Salud Colombia. Recuperado de <https://prezi.com/uehrptphzebj/mapa-conceptual-salud-colombia/> Consultado el 30/07/2018

Secretaría de Hacienda Distrital. Decreto 352, 2002. Por el cual se compila y actualiza la normativa sustantiva tributaria vigente, incluyendo las modificaciones generadas por la aplicación de nuevas normas nacionales que se deban aplicar a los tributos del Distrito Capital, y las generadas por acuerdos del orden distrital.

Senado de la República de Colombia. Acto Legislativo 01 de 2001. Por medio del cual se modifican algunos artículos de la Constitución Política.

Superintendencia Nacional de Salud. Concepto 36951 del 2011. Recuperado de https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Conceptos/CTO_SNS_0036951_2011.pdf

CIBERGRAFÍA

<https://www.adres.gov.co/Inicio/-Que-Hacemos/Solidaridad/Ingresos-SOL>

<https://www.adres.gov.co/Tr%C3%A1mites/Procesos-y-Procedimientos/Solidaridad/SOL-Proceso-de-recaudo>

<https://actualicese.com/actualidad/2018/04/13/eps-ips-y-pos-terminologia-del-sistema-de-salud-nacional-para-tener-claro/>

<https://www.minsalud.gov.co/ Sección Normativa>

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/salud-publica.aspx>

<http://shd.gov.co/shd/sistema-general-de-participaciones>

<https://www.dnp.gov.co/programas/.../Sistema-General-de-Participaciones---SGP.aspx>

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/VOL%201%20FLUJOS%20FINANCIEROS.pdf>

<http://www.saludtotal.com.co/afiliados/Paginas/Tarifas-r%C3%A9gimen-contributivo-y-subsidiado-2018.aspx>

<https://www.portafolio.co/opinion/jorge-ballesteros/upc-gana-pierde-134124>

<https://www.indexmundi.com/g/g.aspx?v=74&c=co&l=es>

ANEXOS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MATEO FICHA BIBLIOGRÁFICA

FICHA No.	RESPONSABLES:
AUTOR	
TÍTULO	
DATOS EDITORIALES	
TIPO DE PUBLICACIÓN	
UBICACIÓN	
PALABRAS CLAVES	
CONTENIDO	
OBSERVACIONES	

--	--