

**FACTORES DETERMINANTES DEL CÁLCULO DE LA UPC EN
EL SGSSS EN COLOMBIA**

**JULIAN NIÑO CARRILLO
LINA MARCELA OSPINA GARCIA**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2007**

**FACTORES DETERMINANTES DEL CÁLCULO DE LA UPC EN
EL SGSSS EN COLOMBIA**

**JULIAN NIÑO CARRILLO
LINA MARCELA OSPINA GARCIA**

**Monografía de grado para optar al título de
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**Directora
JINNETH HERNÁNDEZ TORRES**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2007**

RESUMEN

TÍTULO: FACTORES DETERMINANTES DEL CÁLCULO DE LA UPC EN EL SGSSS EN COLOMBIA *

AUTORES: JULIAN NIÑO CARRILLO
LINA MARCELA OSPINA GARCIA **

PALABRAS CLAVES: Régimen, dinámica financiera

DESCRIPCIÓN:

Esta monografía presenta las características que hacen parte de la unidad de pago por capitación (UPC) en el SGSSS; su relación con los diferentes regimenes (contributivo – subsidiado); los factores que determinan su cálculo, clasificados como exógenos y endógenos de acuerdo a la dinámica financiera del sistema.

Así mismo, plantea la posición de los autores con respecto a las dificultades actuales para su cálculo, que afectan directamente el no cumplimiento de los principios con los que la Ley 100 de 1993 fue creada y por otra parte realizando consideraciones sobre las posibles soluciones que deben ser aplicadas en el mediano plazo para darle viabilidad financiera al SGSSS en Colombia.

El nuevo sistema de salud esta basado en un modelo de competencia regulada que combina estrategias donde es la competencia y las fuerzas del mercado los soportes de la financiación y provisión de servicios de salud, que pueden a su vez producir efectos diferentes dependiendo del marco legilastivo e institucional dentro del cual se encuentran. Es entonces la UPC el mecanismo que el sistema utiliza para que los aseguradores compitan a un mismo nivel en términos económicos. El manejo de estos recursos en cuanto a costos y calidad del servicio prestado permitirá a su vez la supervivencia de los aseguradores a largo plazo.

Dada la importancia de la UPC y su relación con el equilibrio financiero en el SGSSS algunos estudios en el país han abordado los principales factores tanto a nivel macro como microeconómico que afectan su cálculo, regulación y uso y, por ende la sostenibilidad financiera del sistema. Sin embargo, dichos análisis requieren ser actualizados.

* Monografía de grado

** Facultad de Salud. Escuela de Medicina. Departamento de Salud Pública. Especialización en Administración de Servicios de Salud. Jinneth Hernández Torres, Directora.

ABSTRACT

TITLE: DECISIVE FACTORS OF THE CALCULATION OF THE UPC IN THE SGSSS IN COLOMBIA*

AUTHORS: JULIAN NIÑO CARRILLO
LINA MARCELA OSPINA GARCIA**

KEY WORDS: Régime, financial dynamics

DESCRIPTION:

This monograph presents the characteristics that make part of the payment unit for capitation (UPC) in the SGSSS; their relationship with the different régimes (contributiv - subsidized); the factors that determine their calculation, classified as exogenous and endogenous according to the financial dynamics of the system.

Likewise, it outlines the position of the authors with regard to the current difficulties for their calculation that you/they affect the non execution of the principles directly with those that the Law 100 of 1993 were created and on the other hand carrying out considerations on the possible solutions that they should be applied in the medium term to give financial viability to the SGSSS in Colombia.

The new system of health this based on a model of regulated competition that it combines strategies where it is the competition and the forces of the market the supports of the financing and provision of services of health that in turn can produce different effects depending on the mark legilastiv and institutional inside which you/they are. It is then the UPC the mechanism that the system uses so that the insurers compete to oneself level in economic terms. The handling of these resources as for costs and quality of the borrowed service will allow the survival of the long term insurers in turn.

Given the importance of the UPC and their relationship with the financial balance in the SGSSS some studies in the country have approached the main factors so much at level macro as microeconómico that affect their calculation, regulation and use and, for ende the financial sostenibilidad of the system. However, this analysis requires to be upgraded.

* Grade monograph

** Ability of Health. School of Medicine. Department of Public Health. Specialization in Administration of Services of Health. Jinneth Hernández Torres, Directora.

CONTENIDO

INTRODUCCIÒN.....	9
OBJETIVOS.....	12
1.1 OBJETIVO GENERAL	12
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
2. METODOLOGIA	13
3. CAPITULO I.....	15
3.1 El modelo de competencia regulada en el Sistema de Seguridad Social en Salud	15
3.2 Generalidades de la competencia regulada	17
3.3. Estructura Financiera del Sistema.....	20
3.3.1 Régimen contributivo:	20
3.3.2 Régimen Subsidiado:.....	23
3.3.3 Sistema general de Participaciones (Ley 715 de 2001).....	24
3.3.4 Subcuenta de solidaridad del FOSYGA.....	27
4. CAPITULO II.....	30
4.1 Definición de la UPC:.....	30
4.1.1 Dinámica de la UPC.....	33
AÑO.....	35
4.2 Factores que determinan el cálculo de la UPC	36
4.2.1 Factores exógenos:	38
4.2.2 Factores parcialmente controlados por el sector salud o endógenos: ..	41
5. DISCUSIÓN	47
BIBLIOGRAFIA.....	52

LISTA DE TABLAS

TABLA 1	Cofinanciación subsidios parciales	Pág. 28
TABLA 2	UPC del Plan Obligatorio de Salud – Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2007	30
TABLA 3	Evolución de la UPC contributiva frente al salario mínimo y el IPC	35

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
FIGURA 1	EVOLUCIÓN REAL DE LA UPC (RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO) Y SALARIO MÍNIMO, 1996-2006	33
FIGURA 2	COLOMBIA. EVOLUCIÓN UPC-S y UPC-C 1995-2004	34
FIGURA 3	VARIACIÓN NOMINAL DE LA UPC DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y RESULTADO DE COMPENSACIÓN, 1996-2006	36
FIGURA 4	Artículo: La inflación en salud en Colombia – Información relacionada IPC A 1994/IPC a 2004. 10 de Junio de 2005. Grupo de economía de la salud. Centro de investigaciones económicas de la Universidad de Antioquia.	42

INTRODUCCIÓN

En Colombia, a partir del año 1993 se implementa a través de la Ley 100 un nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Antes de esta reforma, el Sistema de Salud, era un modelo de tipo fragmentado, donde el Estado controlaba la prestación del servicio de salud para los trabajadores formales; con los aportes salariales de estos y para el resto de la población la atención en salud se realizaba a través de un sistema basado en subsidios a la oferta que dependía del presupuesto o partidas del gobierno central. Con la implementación del SGSSS el gasto en salud de Colombia como proporción del PIB pasó del 7% en el año 1993 a 9% en el año 2002 y 2003, descendiendo y manteniéndose cercano actualmente al 7 y 8% del producto interno bruto (PIB) según el DANE.

El nuevo modelo de aseguramiento en salud trajo consigo la participación de capitales privados, donde empiezan a utilizarse conceptos económicos que hacen parte del sistema de salud de otros países; tales como el Managed Care (Estados Unidos), entre otros. La ley 100 implementó la obligatoriedad del aseguramiento a toda la población, como base teórica de su formulación; la existencia de un fondo único al que confluyen los recursos; el pago a los aseguradores per cápita ajustado por riesgos llamado unidad de pago por capitación (UPC) como base central del flujo de dinero dentro del sistema; la transición del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda como mecanismo para transferir los recursos, y la continuidad de los regímenes especiales (Fuerzas armadas, ECOPETROL, educadores, etc.). Por otra parte, se ha evidenciado a través de diferentes estudios nacionales e internacionales la gran cantidad de dificultades que dicho sistema en salud presenta, tales como: falta de capacidad institucional para controlar los prestadores privados, demoras en el flujo de los recursos y deficiencias en los sistemas de información.

El sistema de salud colombiano funciona a partir de la dinámica entre la competencia de los aseguradores y las fuerzas internas del mercado, bajo la supervisión del gobierno central en cabeza del Ministerio de la Protección Social y la recién creada Comisión de Regulación en salud que reemplazará al consejo nacional de seguridad social en salud (CNSSS)

La ley 100 ha sufrido durante los últimos catorce años múltiples ajustes en su estructura general, con el fin de alcanzar su objetivo principal que es la cobertura universal con servicios oportunos y de calidad. Esta meta no ha sido lograda ya que existe aún población sin posibilidades de acceso a los servicios de salud y no es claro cómo el Estado garantizará en los próximos años salud para todos si su pilar financiero que es la UPC no está ajustado a las necesidades reales del país. Esta situación permite que los aseguradores no cumplan con sus obligaciones y busquen mayor rentabilidad financiera en sus operaciones, sacrificando actividades que garantizan la salud integral de la población.

La inadecuada utilización de los recursos en salud por parte de los aseguradores ha hecho que un gran porcentaje de la UPC sea gastada en la prestación de servicios dejando en un segundo plano las actividades de promoción y prevención. Esto genera un sistema más costoso debido a que los modelos curativos implican más inversión que aquellos que basan sus estrategias en prevenir la aparición de la enfermedad. En Colombia es claro que los aseguradores identificaron que la rentabilidad del negocio se encuentra en proveer medicamentos, exámenes diagnósticos, cirugías, etc que en el desarrollo de actividades como tamizajes, charlas de prevención, capacitaciones, control de riesgos, etc.

Siendo la UPC el mecanismo de pago a las aseguradoras para la ejecución de los diferentes programas y servicios ofrecidos por los planes de beneficios (POS – S, POS – C) es importante analizar los factores determinantes en su cálculo,

describir el uso de la misma por los aseguradores y su regulación por parte del Estado.

Esta monografía a partir de la revisión bibliográfica profundiza acerca de los diferentes factores determinantes que afectan el cálculo de la UPC en el nivel macro y microeconómico del SGSSS, y con ello resalta la importancia de la UPC para la prestación de los servicios de salud y el mejor uso de los recursos económicos del sistema, y su relación con el futuro financiero del modelo de salud colombiano y el logro de sus objetivos en términos de cobertura, acceso y calidad a toda la población.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

2. Analizar los factores determinantes del cálculo de la UPC de nivel macro (Factores exógenos) y microeconómico (Factores endógenos) con el fin de señalar puntos críticos o favorables que puedan afectar la sostenibilidad financiera del SGSSS y a su vez plantear los correspondientes retos a seguir para obtener un equilibrio económico del sistema en salud.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la función que cumple la UPC en el modelo de competencia regulada utilizado en el Sistema de Salud colombiano, para mostrar su importancia en la estructura financiera del sistema a través del análisis de su evolución desde su implementación.
- Explicar la dinámica de la UPC dentro de la estructura financiera del sistema y mostrar su relación con los diferentes actores (Aseguradores, Estado y Prestadores de Servicios) que interactúan en el proceso de atención en salud, a través del estudio de las diversas normas que rigen cada uno de los Regímenes del Sistema.
- Revisar los factores macro y macroeconómicos que afectan el cálculo de la UPC con el fin de mostrar su evolución durante los últimos diez años.

2. METODOLOGIA

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando fuentes primarias y secundarias, las primeras se refieren a información que se genera directamente en las instituciones, como datos estadísticos, normatividad etc, y las segundas a estudios relacionados con el tema. La búsqueda de fuentes primarias se realizó en las páginas de Internet institucionales, como la base de normatividad del Ministerio de la Protección Social, el FOSYGA, la Presidencia de la República. La de fuentes secundarias se realizó en las bases de datos bibliográficas: Pubmed, Scielo, Ministerio de la Protección Social, revistas nacionales: Viasalud, Revista de Gerencia y Políticas de salud, Revista de Economía Institucional; Periódicos: Portafolio; páginas institucionales de centros de investigación nacionales en el área de sistemas de salud: Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CENDEX), Fundación Corona, Proyecto Asi Vamos en Salud, Grupo de Economía de la salud de la Universidad de Antioquia y de la Universidad del Rosario, el Centro de Gestión Hospitalaria y las memorias del primer congreso de economía de la salud celebrado en el año 2006.

La búsqueda de información se limitó a aquella generada después del año 1993 hasta la fecha y en los idiomas español e inglés. La revisión se adelantó en las siguientes fases:

1. Revisión del modelo del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia (Primer capítulo) Se inició la revisión bibliográfica con documentos relacionados con el tema del SGSSS en Colombia, en cuanto a su historia, estructura, componentes y demás factores que participan en el análisis del modelo. Para este capítulo la búsqueda se realizó utilizando como descriptores: "sistema de salud colombia", "competencia regulada", "SGSSS". Las fuentes primarias revisadas fueron la normatividad relacionada con el SGSSS: ley 100 de

1993, decretos y resoluciones reglamentarios, y acuerdos del CNSSS, en cuanto a las fuentes secundarias se revisaron análisis generales del sistema de salud colombiano, con especial énfasis en el modelo de competencia regulada.

2. Estructura Financiera del SGSSS (Primer capítulo)

Para la búsqueda en esta fase se utilizaron como descriptores: “financiamiento y sistema de salud Colombia”, “régimen contributivo”, “regimen subsidiado”, “FOSYGA”, “sistema general de participaciones”. Las fuentes primarias revisadas fueron toda la normatividad relacionada con la estructura financiera y las fuentes secundarias estudios principalmente de la CEPAL.

3. Revisión de bibliografía sobre la UPC (Definición, dinámica, factores determinantes para su cálculo) Segundo capítulo.

Para la búsqueda en esta fase se utilizaron como descriptores: “UPC”, “pago capitado”, mecanismos de pago”. Las fuentes para esta fase fueron principalmente secundarias dado que hay poca información de fuente primaria disponible en las paginas institucionales (Presidencia de la república, etc). Los principales estudios sobre la UPC se han realizado en la Fundación Corona y el Grupo de Economía de la salud de la Universidad de Antioquia y de la Universidad del Rosario, pero otros estudios que se han realizado sirvieron para alimentar el analisis de los factores determinantes como el Proyecto de análisis del régimen subsidiado del Centro de investigacion para el desarrollo (CID) de la Universidad Nacional y los estudios de la Cepal.

3. CAPITULO I

3.1 El modelo de competencia regulada en el Sistema de Seguridad Social en Salud

La competencia regulada es una teoría formulada por un economista y profesor de la Universidad de Stanford; llamado Alain C. Enthoven, quien se interesó en alcanzar los objetivos de eficiencia, equidad y eficacia en la prestación de servicios dentro de un mercado libre y dinámico. Por tanto, la competencia regulada, puede ser definida como una “estrategia de compra de servicios para obtener el máximo valor por el dinero que pagan los consumidores”. Esta estrategia utiliza una serie de reglas para la competencia, que gratifican con más clientes e ingresos a aquellos planes de salud que hacen un buen trabajo mejorando la calidad, disminuyendo el costo y satisfaciendo a los usuarios”.¹

Con la Ley 100 de 1993 se inició en Colombia un proceso de cambios profundos en la administración y prestación de los servicios de salud, que anteriormente estaban enmarcados en el contexto de un sistema de salud fragmentado donde existían varios subsectores: el primero, el de seguridad social obligatoria que proporcionaba cobertura a los trabajadores adscritos al sector productivo formal o aquellos que cotizaban al mismo y que era administrado por diferentes instituciones principalmente el Instituto de Seguros Sociales, cubriendo un 22% de la población². El segundo, el subsector público o de asistencia pública al que teóricamente podía acceder el resto de la población, cubriendo de manera limitada a un 40%² más atrás de la población y por último, el subsector privado (prepagadas) con muy pocos prestadores privados y población que accedía a servicios con dineros propios en un 13%. Sin embargo el sistema dejaba por fuera a un gran porcentaje de la población en general (25%) sin recursos para recibir atención médica hospitalaria.³

Con la reforma del sistema de salud el Estado fue liberado de la prestación directa de servicios para dedicarse a la dirección, regulación, supervisión y control. Con este sistema se pretende lograr de forma gradual una cobertura universal, garantizando un único plan de beneficios para toda la población. Además, se reorganizaron sus funciones, basadas en los principios de la competencia y con las propuestas de la OMS⁴; nombradas a continuación:

a). La regulación: quedó a cargo del Ministerio de la Protección Social, el CNSSS ahora comisión reguladora en salud, en cuanto al dictamen de reglas de juego en el mercado de la salud y la Superintendencia Nacional de Salud encargada de la inspección, vigilancia y control de los actores del SGSSS.

b). El financiamiento: se creó un Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), como una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social y administrada por encargo fiduciario, donde confluyen y se administran los recursos del sistema de salud, de los dos regímenes, a excepción de los dineros provenientes del SGP.

c). Administración del seguro: quedó a cargo de entidades aseguradoras de carácter público, privado o mixto, diferenciadas para los dos regímenes de aseguramiento que se crearon dentro del sistema. La Empresa Promotora de Salud (EPS) para el régimen contributivo constituido por aquellas personas con capacidad de pago y sus familias, pagando una cotización por su ingreso, y la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) para la población sin capacidad de pago identificada por el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) en los niveles 1 a 3, a quienes el Estado subsidia el aseguramiento. Una de las características principales de la reforma del SGSSS en Colombia es la protección financiera para la extensión de la cobertura a la familia de aquellos que realizaban una cotización obligatoria, recibiendo los servicios de salud a través de las EPS y un subsidio a las personas sin capacidad de pago, recibiendo la atención médica por parte de las IPS adscritas a la red de las ARS. **d). La prestación de servicios:** quedó a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) que

son de carácter privado, mixto y público, estas últimas denominadas Empresas Sociales del Estado (ESE).

3.2 Generalidades de la competencia regulada

Las reconocidas imperfecciones del libre mercado en el aseguramiento y provisión de servicios de salud, como: la asimetría de información, la selección adversa o de riesgos y el riesgo moral ¹ hicieron que el SGSSS basado en un modelo de competencia regulada, introdujera diversos mecanismos para regular la competencia y evitar las debilidades mencionadas con anterioridad.

Para evitar la selección adversa por parte de aseguradoras se estableció un Plan Obligatorio de Salud (POS) en el que se estipulan medicamentos esenciales y procedimientos en salud que las aseguradoras están obligadas a prestar para sus afiliados. Este plan permite al sistema dar protección integral a la población en cuanto a la educación, información y fomento de la salud, y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia. A criterio de los autores, esto no se ve reflejado en la realidad por que al año 2006 ninguna EPS en Colombia había cumplido con las metas propuestas por el gobierno en cuanto a planes de promoción y prevención. Así mismo, se ha visto un decrecimiento en las coberturas de vacunación y en las demás actividades incluidas en la resolución 412 del 2000. Es importante hacer referencia de este tema, puesto que la mayoría de recursos recaudados por las cotizaciones además de rentas cedidas, SGP y otros son gastadas en modelos curativos de atención; donde la promoción y prevención quedan relegadas a un segundo plano, haciendo más costosa la operación de los aseguradores y superándose los topes máximos establecidos por el gobierno para el gasto administrativo.

Otros instrumentos que se introdujeron para evitar la selección adversa por parte de aseguradoras o afiliados fueron: mantener la afiliación con carácter obligatorio para los trabajadores formales; la prohibición de la aplicación de preexistencias y exclusiones para la afiliación; la definición de períodos mínimos de cotización dentro del SGSSS para comenzar a tener acceso a ciertos servicios; la obligatoriedad por parte de las EPS de mantener un proceso de afiliación permanente, y de reasegurar las enfermedades de alto costo. Por esta razón, la Ley 1122 de 2007 estableció nuevos tiempos en los que los asegurados pueden cambiar de EPS entre sí y se disminuyeron los tiempos mínimos de cotización para cirugías y otros procedimientos; esto para fomentar una adecuada prestación de los servicios puesto que un usuario insatisfecho se convierte en una desafiliación, siendo bastante negativo para las aseguradoras. Posteriormente ha surgido una nueva regulación sobre el porcentaje (20%) de mujeres entre 14 a 45 años y personas mayores de 60 años (5%) que deben tener las aseguradoras entre su *pool* de afiliados.⁵

Otro instrumento de regulación, son las llamadas cuotas moderadoras y copagos, que fueron implementados en el sistema como un recurso de financiación complementario, y tienen como objetivo racionalizar el uso de los servicios controlando a su vez el riesgo moral de los afiliados.⁴ más atrás En el régimen subsidiado los copagos fueron eliminados con la ley 1122, por que eran considerados obstáculos para acceder a los servicios de salud, ya que sus montos, terminaban siendo inalcanzables para la población más vulnerable del país.

Las aseguradoras, delimitadas entre un ingreso per cápita predefinido por el CNSSS ahora llamado Comisión de Regulación en Salud (Ley 1122 de 2006) y un paquete obligatorio de salud, deben competir en términos de eficiencia, a fin de reducir sus costos de operación, y en términos de calidad para prestar un buen servicio, a fin de atraer y retener afiliados. Las IPS, a su vez, deben competir entre

ellas en iguales términos de eficiencia y calidad, a fin de captar usuarios y conseguir contratos con las aseguradoras interesadas en minimizar sus costos de operación. Cabe resaltar que durante el tiempo que lleva en ejecución la Ley 100 de 1993, no se ha realizado una adecuada actualización del POS y seguimos sin saber si este es verdaderamente costo-eficiente en términos de cubrimiento de necesidades reales basadas en el diagnóstico epidemiológico de la población colombiana; ya que el sector de la salud es una de las áreas que tecnológicamente avanza más rápido, existiendo en el mercado medicamentos o tecnología que harían más eficientes el uso de los recursos económicos, pero aún en Colombia no han sido incluidos en los planes de beneficios. Por esta razón, es urgente realizar una actualización de los servicios incluidos en el POS con miras a disminuir gastos en la prestación de los servicios de salud. A pesar de los permanentes cambios a la ley, los aseguradores siguen evadiendo sus responsabilidades con la prestación de los servicios y es por esto que se observan diferentes modalidades de selección adversa. Los autores consideran que este tema es importante en la medida en que el crecimiento de afiliados en Colombia no ha aumentado significativamente en el régimen contributivo en el último cuatrienio, lo que hace que las aseguradoras se peleen entre sí cualquier nueva cotización a través de la prestación de servicios con calidad, siendo esto parte del concepto de competencia regulada. Por su parte el régimen subsidiado no ha sufrido muchos cambios en cuanto a la posibilidad de la libre escogencia del asegurador (ARS) y sigue siendo manipulada por las maquinarias políticas, evitando que se logre igualar los servicios en ambos regímenes.

Pese a que estos mecanismos están contemplados para el SGSSS, en la implementación del mismo han surgido estrategias por parte de las aseguradoras para seleccionar riesgos así como para minimizar costos de operación, lo que ha llevado a la integración vertical y además éstas utilizan mecanismos de racionamiento implícito sobre los servicios. Bajo la opinión de los autores, esto generó en el año 2006 un debate complejo al interior del legislativo para

reglamentar los topes máximos en que los aseguradores podrían integrarse verticalmente, dejando esta en un 30% de su operación, esto motivado por las permanentes quejas de las IPS que estaban viendo disminuidos sus ingresos por que las EPS estaban canalizando los recursos desde el inicio de la cadena en la prestación de los servicios.

La introducción de límites en los últimos años al gasto administrativo que tienen las ARS, ha llevado a que actualmente estas utilicen un máximo del (8%) de los recursos asignados, además de esto, se ha sancionado nueva regulación sobre el porcentaje de contratación de las ARS con las instituciones públicas en un 60% de sus recursos con el fin de mantener la viabilidad financiera de las Empresas Sociales del Estado. Consideramos que esto no se ve reflejado en la realidad, ya que las ARS ingenian múltiples formas para contratar con redes propias la prestación de los servicios, quedándose con los recursos que deberían ir a la red pública hospitalaria.

3.3. Estructura Financiera del Sistema

Para abordar la estructura financiera del sistema describiremos las características de cada uno de los regímenes, empezando en primer lugar por las fuentes de financiamiento es decir el origen de los recursos; segundo, los fondos que administran esos recursos, y tercero como se hace la distribución de los recursos a los prestadores de servicios.

3.3.1 Régimen contributivo:

Este régimen fue diseñado para brindar los servicios de salud a personas que tienen capacidad de pago, sean independientes o empleados, cubriendo también a su familia en calidad de beneficiarios. En este régimen, la fuente principal de los recursos proviene de los aportes al SGSSS constituidos por el 12.5% del salario mensual sin importar el monto, distribuidos así: 8.5% pagado por el empleador y el

4% restante por el empleado; en el caso de ser un trabajador independiente el valor total será asumido por el mismo sobre un salario mínimo mensual legal vigente como mínimo (SMMLV). La EPS realiza la afiliación de los usuarios, recaudando los dineros provenientes de la cotización, sobre la declaración de ingresos de los trabajadores, así actúa como un intermediario entre el cotizante y la entidad que le prestará los servicios requeridos en salud (IPS). Por cada afiliado la EPS recibe una Unidad de Pago por Capitación (UPC) para ofrecer los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) , y a su vez mediante el manejo eficiente de los recursos asignados ser auto sostenible financieramente y si es posible obtener rentabilidades al final de la operación. Las EPS presentan sus cuentas ante el FOSYGA con el fin de que mensualmente se efectue el proceso de compensación entre los ingresos de cada EPS y los deducibles a que tienen derecho que más adelante se describen como los egresos de la subcuenta.

Los recursos que financian la subcuenta de compensación interna del Régimen contributivo son los siguientes:

- Recursos provenientes del recaudo de cotizaciones.
- Las transferencias de la subcuenta de solidaridad del régimen de subsidios en salud y los rendimientos financieros de las otras subcuentas del FOSYGA que se destinan a financiarla, UPC del régimen especial de las madres comunitarias.
- Los rendimientos financieros de la subcuenta de compensación.
- Los rendimientos financieros generados por las cotizaciones recaudadas por EPS, y demás entidades obligadas a compensar (EOC)
- Los intereses de mora por pago de cotizaciones en forma extemporánea y sus respectivos rendimientos financieros.
- Las sanciones, multas e intereses moratorios a favor de la subcuenta de compensación interna del régimen contributivo.

- Los recursos provenientes del pago que realizan los cotizantes dependientes de que tratan los decretos 1703 y 2400 del 2002.
- Los recursos provenientes de los aportes de los afiliados a los regímenes de excepción de que trata el artículo 14 del decreto 1703 del 2002.
- Los recursos de las cotizaciones correspondientes a los registros presentados y glosados en las declaraciones de giro y compensación, según el procedimiento definido en el decreto 2280 de 2004.
- Los excedentes financieros de la subcuenta que se generan en cada vigencia.
- Los demás recursos que de acuerdo con las disposiciones vigentes correspondan al régimen contributivo.⁶

Así mismo, los egresos de la subcuenta de compensación interna del régimen contributivo son los siguientes:

- Reconocer la UPC y demás recursos a que tienen derecho las EPS y demás EOC para financiar la prestación de servicios de salud a todos los afiliados del régimen contributivo con sujeción a los contenidos del plan obligatorio de salud y las prestaciones económicas a que hubiere lugar (proceso de compensación).
- El monto de la cotización obligatoria definido por el CNSSS con destino a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad deberá girarse a la subcuenta de promoción del FOSYGA o incluirse en el proceso de compensación de promoción y prevención cuando a él haya lugar.
- El monto de la cotización obligatoria determinado por el mismo CNSSS reconocido a la EPS y demás EOC para que asuman y paguen las incapacidades originadas por enfermedad general de los afiliados cotizantes.

- El valor total que las EPS y demás EOC hayan pagado, mediante giro o descuento en las autoliquidaciones de aporte por concepto de licencias de maternidad y paternidad en el mes inmediatamente anterior.
- El 1.5% del ingreso base de cotización correspondiente al valor total de las cotizaciones recaudadas durante el mes que corresponden al aporte del régimen contributivo a la subcuenta de solidaridad del régimen de subsidios en salud del FOSYGA.⁷

3.3.2 Régimen Subsidiado:

Este régimen cubre a las personas sin capacidad de pago, subsidiándolas a partir de un POS y UPC diferenciado del régimen contributivo; y su nombre obedece a que el sistema paga un subsidio de los gastos en salud de estas personas proveniente del 1.5% de la cotización de los trabajadores recaudado por las EPS y de otras fuentes nacionales. Este hace especial énfasis en mujeres embarazadas, madres comunitarias, mujeres cabeza de familia, niños y niñas menores de un año, menores en situación irregular, mayores de 65 años, enfermos de lepra, discapacitados, indígenas, comunidades campesinas, artistas, maestros de obra, taxistas, desempleados y población pobre vulnerable.

La afiliación a este régimen es gradual y depende del volumen de recursos recaudados por el sistema. Los afiliados pueden obtener dos tipos de subsidio a través de la UPC- S que puede ser, un subsidio completo que para el presente año (2007) se encuentra en \$227.577,60 pesos que garantiza la prestación completa de los servicios incluidos en el POS-S y otro parcial, que equivale al 40% de la UPC vigente del régimen subsidiado.⁸ A nuestro concepto, los subsidios parciales se crearon como una forma en que el gobierno trató de suplir el déficit de coberturas a través del régimen subsidiado con servicios plenos del POS – S, creando esta figura que ayuda a mejorar las cifras reales de universalidad en salud por parte de los entes de control. Estos recursos son destinados para

contratar con las ARS un plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S), que equivale al 50% del POS contributivo; este en su concepción fue diseñado para que pudiera igualarse con los servicios incluidos en el plan de beneficios del régimen contributivo al año 2001, pero aún esto no se ha logrado; y el segundo o plan parcial corresponde a la cofinanciación que provee el Estado, de acuerdo a la clasificación del Sisben y equivale a un porcentaje definido previamente con respecto al POS-S. Aquellos servicios que no sean cubiertos por el POS-S deben ser cubiertos por los hospitales públicos (ESE), los cuales seguirán recibiendo aportes directos del Estado para tal fin.

Por lo anterior, pensamos que es importante desarrollar una nueva legislación en donde se hagan ajustes verdaderos en la contratación entre ARS y la red pública, para evitar la fuga de los recursos que están designados para cubrir las necesidades de la población vulnerable, evitando así partidas adicionales por parte del gobierno central que impidan la real descentralización de las ESE.

2.3 Las fuentes para el régimen subsidiado provienen en 70% de recursos fiscales principalmente del sistema general de participaciones (SGP) y en menor cuantía por las rentas cedidas y recursos propios de las entidades territoriales. Las rentas cedidas son impuestos nacionales que se delegan en su recaudo a estos entes, provenientes del consumo, producción y explotación de licores, tabaco y juegos de azar. El restante 30% de los recursos del régimen subsidiado son de carácter parafiscales y confluyen en la subcuenta de solidaridad del FOSYGA.

3.3.3 Sistema general de Participaciones (Ley 715 de 2001)

Con el nuevo modelo de seguridad social se produjo un cambio sustancial en la forma como se entregaban los recursos a las instituciones prestadoras públicas de los servicios de salud (hospitales), asignados tradicionalmente mediante

presupuestos históricos utilizando subsidios a la oferta, los cuales no estaban relacionados con el tipo y cantidad de pacientes atendidos ni con el volumen y cantidad de los servicios producidos. En la transición de la implementación de la Ley 100 se pasó entonces a un mecanismo de subsidio a la demanda, que consiste en la transferencia de dineros en salud por parte del Estado hacia los entes territoriales (municipios y distritos) con el fin de que subsidien un seguro de salud a la población más vulnerable.

La participación para salud representa el 24.5% de los recursos del SGP destinados a los entes territoriales. Estos recursos se distribuyen entre diferentes componentes: financiación de subsidios a la demanda o régimen subsidiado para continuidad y ampliación de cobertura (51%); prestación del servicio de salud a la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda - subsidio a la oferta (39%), y acciones de salud pública (10%). (Art. 48 de la Ley 715.)

Los recursos destinados para financiar la población pobre mediante subsidios a la demanda, son los asignados en la vigencia anterior adicionando la inflación y de acuerdo al crecimiento real de los recursos del SGP. Los recursos resultantes del crecimiento adicional de la inflación son destinados a financiar la nueva afiliación de la población por atender urbana y rural al régimen subsidiado (utilizando el criterio de equidad). Aquellos municipios con coberturas de afiliación al régimen subsidiado inferiores al 50%, pueden destinar dos (2) puntos porcentuales de la participación de propósito general para cofinanciar la ampliación de cobertura. (Art. 48 de la ley 715).

Los recursos del SGP destinados a la prestación de los servicios de salud a la población pobre, en lo no cubierto por subsidios a la demanda, provienen de los recursos asignados a la respectiva vigencia y se le descuentan los recursos liquidados para garantizar la financiación a la población pobre mediante subsidios

a la demanda y aquellos destinados a financiar actividades de salud pública, definidas como prioritarias; la población por atender es la del año anterior a aquel para el cual se realiza la distribución de los dineros. De estos recursos para subsidio a la oferta asignados a los diferentes entes Departamentales el 59% deberá ser destinado a garantizar los servicios de salud demandados diferentes al primer nivel de complejidad, y el 41% restante financiara la atención en el primer nivel de complejidad de cada uno de los municipios y corregimientos que los conforman. La población pobre por atender es aquella determinada por el SISBEN. (Art. 49 de la ley 715).

Los recursos de cofinanciación destinados a la atención de la población pobre, son distribuidos entre los entes territoriales de acuerdo a sus necesidades y según la afiliación lograda en la vigencia anterior, después de realizar los descuentos correspondientes a los recursos para salud y los utilizados para garantizar la continuidad de la cobertura. El excedente después de realizado este cálculo, se destina a la ampliación de la cobertura según los criterios establecidos por el CNSSS y teniendo en cuenta la meta de ampliación de cobertura que establezca la Nación. (Art. 50 de la ley 715).

Consideramos que de aprobarse la reforma a las transferencias, se requiere que los recursos destinados a salud sean realmente utilizados con transparencia y eficiencia, bajo un estricto control de vigilancia por parte del estado, para no presentar en el futuro mayores déficits económicos en el sistema; ya que las transferencias van a quedar calculadas no sobre los ingresos corrientes de la nación si no sobre la inflación más algunos puntos adicionales de la siguiente manera: 2008 – 2009: Inflación más 4 puntos. Desde el 2.010: Inflación más 3,5. 2.011 al 2.016: Inflación más 3 puntos (Ley de Transferencias aprobadas por el Legislativo, Junio de 2007); esto implicaría menos recursos para los entes territoriales en cuanto a los servicios de mayor necesidad como lo son la educación y la salud. Se observa que en Colombia los recursos del SGP son

muchas veces mal utilizados, despilfarrados y que no logran cumplir las metas de salud pública. Es preocupante la situación actual puesto que contando con los recursos necesarios no se ejecutan las actividades trazadas por el Ministerio de Protección Social. Si se mantiene el desorden administrativo, en un mediano plazo con menos recursos girados, será menos factible ejecutar acciones en promoción y prevención de la salud, aumentándose así las cifras epidemiológicas que estarán cada vez más al borde del colapso de las previsiones en salud pública hechas por los expertos en salud.

3.3.4 Subcuenta de solidaridad del FOSYGA

Los recursos que ingresan a la subcuenta están constituidos por:

- El 1.5% de la cotización de solidaridad del régimen contributivo que será girado por las EPS y demás EOC
- Un aporte fiscal del presupuesto nacional (*pari passu*) que inicialmente era igual a cada peso aportado por el 1% del punto de solidaridad y luego pasó a ser 0.25 (Art 42.20 Ley 715 de 2001)
- El 5 o 15% de los recursos recaudados por concepto del subsidio familiar que administran las cajas de compensación familiar, dependiendo de si prestan o no servicios como ARS respectivamente.
- Los recursos provenientes del impuesto social a las armas, destinados a 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 aquellos denominados vinculados en el sistema.
- Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la zona de cusiana y cupiagua.

- Los rendimientos financieros generados por el portafolio de inversiones de los excedentes de liquidez transitorios.
- Multas a los empleadores sean personas naturales o jurídicas que atenten contra la afiliación al sistema de sus trabajadores.
- Los excedentes que se obtengan de liquidar los contratos de aseguramiento, suscritos entre las entidades territoriales y las ARS sobre los recursos de cofinanciación asignados por el CNSSS.³ más atrás⁹

La función de la subcuenta de solidaridad en cuanto a los giros está encaminada a validar los soportes de contratación y base de datos que deben remitir las entidades territoriales para acceder a los recursos y hacer efectivas las ordenaciones del MPS cuando se han cumplido los requisitos. Los recursos de la subcuenta se destinan principalmente a financiar la continuidad de la cobertura del régimen subsidiado y lo que queda para ampliación se distribuye con dos criterios: el primero, sin cofinanciación por parte de los municipios de acuerdo a los criterios que define la recién creada Comisión de Regulación en salud, esto en el presente privilegia a aquellos municipios con un déficit de cobertura mayor al 40%, y el segundo criterio, con cofinanciación por parte del municipio dependiendo de su categoría y déficit en coberturas para así financiar sus subsidios completos o parciales.

Tabla 1.

Cofinanciación subsidios parciales.

CATEGORIA	FOSYGA	ENTIDAD TERRITORIAL
Especial y 1	40%	60%
2, 3 y 4	50%	50%

Tomado de: Artículo 3. Acuerdo 267 de 2004. CNSSS

Las entidades territoriales para efectos de cofinanciar el aseguramiento, podrán utilizar recursos del SGP, recursos de rentas cedidas que se transformen en

subsidios a la demanda, recursos propios, recursos provenientes de ETESA, regalías y saldos no ejecutados o de liquidación de contratos de régimen subsidiado, junto con sus rendimientos financieros. Cabe anotar que los servicios no incluidos en el POS-S parcial serán suministrados con los recursos del SGP para salud con subsidios a la oferta.

Los fondos que administran todos los recursos del régimen subsidiado son los municipios y distritos a través de una cuenta maestra para el régimen subsidiado dentro del fondo local de salud. Los recursos del SGP se giran a las entidades territoriales 10 días mes vencido, los del FOSYGA trimestre anticipado y los de ETESA en los primeros 10 días del mes. El proceso de giro de las entidades territoriales a las ARS se realiza bimestre anticipado. Desde nuestro punto de vista, consideramos que estos procesos deben estar soportados en la adecuada recopilación y manejo de la información, para poder tener bases de datos actualizadas que eviten giros de recursos no reales (multiafiliación, personas fallecidas, etc) que pueden llegar a generar un desequilibrio a nivel interno de la subcuenta.

4. CAPITULO II

4.1 Definición de la UPC:

UPC es la sigla utilizada para el término unidad de pago por capitación, herramienta clave para la implementación del modelo de competencia regulada que existe actualmente en el sistema de salud colombiano, la cual fue propuesta por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para ejercer un mejor control de los costos en el sector salud.² más atrás Esta UPC es un cálculo de riesgo por persona que se ajusta teniendo en cuenta las características socioeconómicas de la población, como edad, sexo, ubicación geográfica y perfil epidemiológico, entre otras, de manera que los niños, mujeres en edad reproductiva y adultos mayores tienen una mayor ponderación y así mismo un valor más alto en la UPC, por que son las poblaciones que más demandan servicios de salud.

Tabla 2.

UPC del Plan Obligatorio de Salud – Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2007

Régimen Contributivo Año 2007.

Grupo etéreo	Estructura de Costo	Valor año
Menores de 1 año	2.4936	1,007,967.60
De 1 a 4 años	1.2800	517,395.60
De 5 a 14 años	0.6800	274,867.20
De 15 a 44 años (Hombres)	0.6000	242,528.40
De 15 a 44 años (Mujeres)	1.2400	501,228.00
De 45 a 59 años	0.8450	341,578.80
Mayores de 60 años	2.3786	961,480.80

Fuente: www.minproteccionsocial.gov.co. CNSSS. Acuerdo 351 de 2006. Artículo 4.

La estructura de costo por grupo etáreo de la UPC diferencial por zona geográfica es la siguiente:

Grupo de edad	Estructura de costo	Valor año
Menores de 1 año	2.4936	1,209,560.40
De 1 a 4 años	1.2800	620,874.00
De 5 a 14 años	0.6800	329,839.20
De 15 a 44 años (Hombres)	0.6000	291,034.80
De 15 a 44 años (Mujeres)	1.2400	601,473.60
De 45 a 59 años	0.8450	409,896.00
Mayores de 60 años	2.3786	1,153,778.40

Fuente: www.minproteccionsocial.gov.co. CNSSS. Acuerdo 351 de 2006. Artículo 4.

El valor de la unidad de pago por capitación para el régimen subsidiado en el año 2007 es de \$227.577,60 pesos mcte y tendrá un incremento de \$43.142,40 para los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, chocó, Guajira, Guainia, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupes, Vichada y la Región de Uraba. (Acuerdo 351 de 2006, Artículo 5).

Para cada uno de los regimenes de afiliación aplica una UPC; son denominadas en su orden UPC -C y UPC - S según el régimen del que se está hablando; estas difieren en el monto, pero, la que realmente se calcula periódicamente es la del contributivo, ya que la aplicada para el régimen subsidiado es un porcentaje de la anterior, aunque como veremos en la dinámica, el incremento de la UPC para el Régimen contributivo en algunos períodos se ha mantenido congelado y sin embargo la UPC del Régimen subsidiado sí se ha incrementado. La UPC como hemos mencionado atrás, es el mecanismo de pago que el Estado utiliza para destinar los recursos a los aseguradores en salud, reconociendo un valor según el grupo poblacional en el que se encuentre su afiliado.

La UPC es la unidad base que soporta la prestación de los servicios de salud por parte de los aseguradores, sean estas EPS, ARS o EOC; y ésta a su vez es calculada por el número de afiliados para cada asegurador; y además, la UPC regula de una manera directa la competencia en el mercado; ya que todos los aseguradores sean, privados, públicos o de carácter mixto, reciben la misma cantidad de dinero por afiliado; por tanto es de gran importancia que la gestión de cada asegurador sea enfocada al control de costos para obtener así un uso racional de los recursos, sin afectar la calidad en la prestación de los servicios de salud. Consideramos que este es un punto importante en el modelo de competencia regulada, porque como se observa, todos los aseguradores juegan bajo las mismas reglas, en cuanto a regulación, recursos y planes de beneficios, pero depende del uso eficiente de los dineros, de la calidad en la atención en salud, del cumplimiento de metas en promoción y prevención que los aseguradores puedan ser financieramente rentables a largo plazo.

Cuando se implementó el nuevo sistema de salud en el año 1993, la UPC subsidiada, fue concebida para igualarse en valor con la UPC contributiva al año 2001, lo cual hasta la fecha no se ha cumplido y sigue estando representada en un porcentaje inferior con respecto a la UPC contributiva; como consecuencia, los servicios ofrecidos en el POS subsidiado son incompletos en relación a lo proyectado.

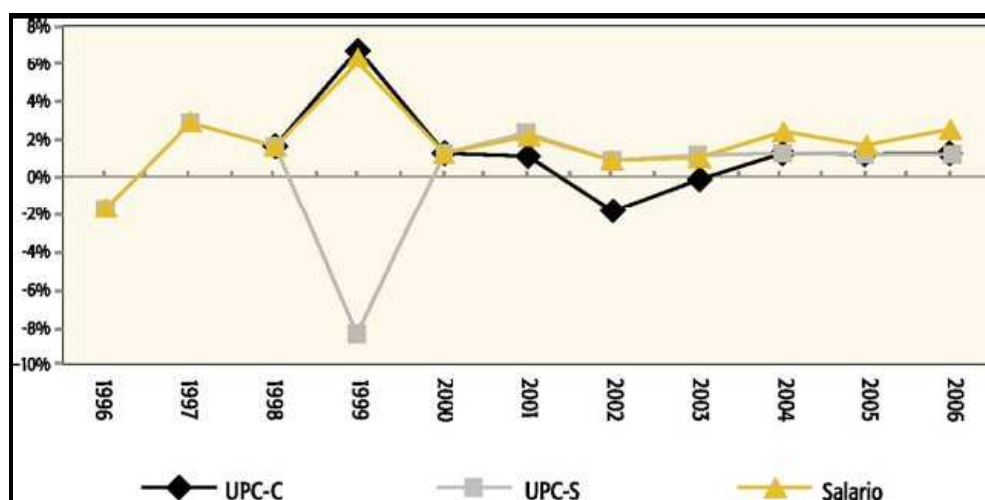
Por otra parte, a partir del año 2004 el gobierno nacional implementó los denominados subsidios parciales, a través del acuerdo 267 del CNSSS; en el cual el Estado es cofinanciador de la UPC – S parcial en un porcentaje previamente definido para cada uno de los niveles de SISBEN que poseen las personas con derecho a este aseguramiento.

4.1.1 Dinámica de la UPC

A partir de la implementación de la Ley 100 en el año 1993, el cálculo de la UPC en el régimen contributivo estuvo influenciado principalmente por criterios de equilibrio financiero, sin tener en cuenta los costos reales del POS.¹⁰ Como vemos en la figura 1 en el período del año 1996 al 2000 la actualización de la UPC estuvo ligada al incremento del salario mínimo que a su vez era un indicador del comportamiento de las cotizaciones. Pero a partir del año 2000 la UPC empezó a decrecer en relación al aumento del salario y a la inflación, para conservar los recursos en las subcuentas del sistema. Posteriormente, del año 2004 al 2006, se observó un incremento superior a la inflación e inferior al salario mínimo, esto generó la recuperación de los recursos disponibles y la ampliación de las actividades establecidas en el POS.¹⁰ más atrás

Figura 1

EVOLUCIÓN REAL DE LA UPC (RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO) Y SALARIO MÍNIMO, 1996-2006



Fuente: CNSSS (UPC); Ministerio de la Protección Social (salario mínimo). Cálculos de los autores.

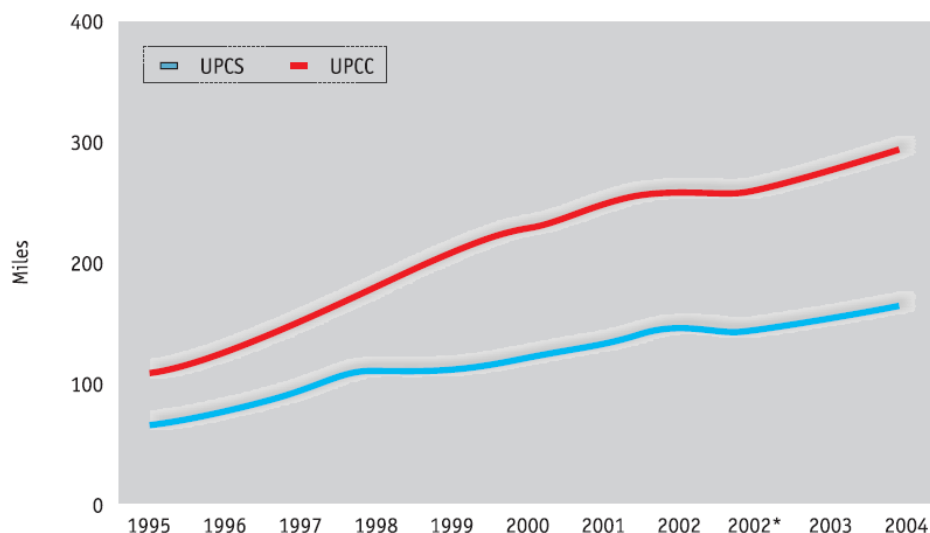
Nota: El valor de 2006 se calcula basándose en una inflación estimada de 4,5% para el final de año.

Tomado de: Restrepo Zea, Jairo Humberto y Mejía Mejía, Aurelio. La unidad de pago por capitación del sistema de seguridad social en salud, 1996 – 2006. Centro de Gestión Hospitalaria. Revista víasalud. V.35. Abril 2006. Bogotá, Colombia.

En el régimen subsidiado la UPC al igual que en el contributivo en sus primeros años tuvo un comportamiento similar al del salario mínimo, pero a partir del año 1999 el incremento de la UPC - subsidiada fue superior a la evolución de la inflación y en varias ocasiones al de la UPC contributiva. Desde este año, el régimen subsidiado tuvo un viraje positivo puesto que el crecimiento de su UPC fue consecuente con los servicios ofrecidos en el POS subsidiado, lo que generó un crecimiento real de la UPC subsidiada, con lo cual se pudo replantear la ampliación de los servicios que ofrece actualmente el POS- S. (Figura 1 y 2)

Figura 2

COLOMBIA. EVOLUCIÓN UPC-S y UPC-C 1995-2004



Nota: * En 2002, la UPC del régimen contributivo sufrió un ajuste a partir de agosto.

Fuente: Acuerdos del CNSSS

Campos, Jazmín, Rivera, Magda y Castañeda Martha. Revista Economía Colombiana. # 303. El malestar de la salud en Colombia.

Realizando un análisis del comportamiento de la UPC en ambos regímenes, teniendo en cuenta el índice de precios al consumidor (IPC), se observó que entre el año 1995 y 2005 el valor de la UPC- C se incrementó en un 12% mientras que en el régimen subsidiado el aumento solo fue del 1%. Esto es diferente en

relación al IPC en salud, ya que se presentó una caída real del 10% en el contributivo y del 19% en el subsidiado. De lo anterior podría concluirse que la UPC creció respecto a la inflación pero fue negativa respecto a los costos en salud durante el período anteriormente mencionado.¹⁰ más atrás Es por esto que los autores consideran que el siguiente paso que el gobierno debe dar en cuanto al cálculo de la UPC, es ajustarla a los costos reales con el que actualmente los aseguradores prestan los servicios de salud, para evitar la utilización de los excedentes restantes acumulados en los primeros años de la implementación de la Ley 100 que aún quedan en la subcuenta del FOSYGA, y que poco a poco se han ido gastando para compensar los ingresos deficientes por concepto de cotizaciones en algunos períodos de los últimos diez años, para no entrar en un ejercicio negativo que haga inviable el modelo actual de seguridad social en salud.

Tabla 3

Evolución de la UPC contributiva frente al salario mínimo y el IPC

AÑO	Incremento salario mínimo	Índice de precios al consumidor*	Incremento de UPC-C
1993	25,00		
1994	21,00	22,60	
1995	20,50	22,59	-14,55
1996	19,50	19,46	19,50
1997	21,00	21,63	21,02
1998	18,50	17,68	18,50
1999	16,00	16,70	16,50
2000	10,00	9,23	10,00
2001	9,90	8,75	8,80
2002	8,00	7,65	4,00 + 1,15
2003	7,40	6,99	6,30
2004	7,83	6,49	6,7

*A 31 de diciembre del año anterior

Tomado de: Castaño R. Elementos fundamentales del equilibrio financiero del sistema general de seguridad social en salud, que inciden en las decisiones de ajuste del POS y/o de la UPC. Pág. 3. Fundación Corona.

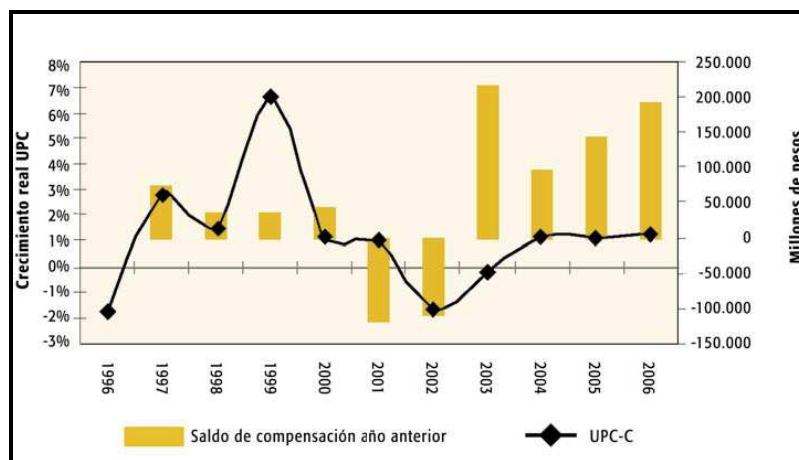
4.2 Factores que determinan el cálculo de la UPC

El cálculo de la UPC está determinado por factores que incluyen componentes de la macroeconomía y de la microeconomía y a su vez la relación de estos con el sistema son determinantes para definir el valor de esta, según el flujo de recursos en el sistema de salud.

A partir del año 1993, el análisis del equilibrio financiero del SGSSS se ha concentrado en definir un valor de UPC que permita acumular excedentes en la subcuenta de compensación. El valor de la UPC se sigue definiendo en función de los recursos disponibles de la subcuenta de compensación. Esto funcionó adecuadamente mientras el país gozaba de prosperidad económica y se acumulaban dineros que generaban altos rendimientos financieros gracias a las tasas de interés existentes en ese momento. No obstante, cuando el país entró en la crisis económica al final de la década de los noventa, los ingresos en la subcuenta de compensación, tuvieron una caída importante que generó ejercicios negativos a partir del año 2000, con un resultado neto negativo del proceso de compensación, como lo muestra la figura 3, pero vuelve a recuperar excedentes en el año 2004.

FIGURA 3

VARIACIÓN NOMINAL DE LA UPC DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y RESULTADO DE COMPENSACIÓN, 1996-2006



Fuente: Informe del CNSSS y Banco de la República. Cálculo de los autores.
Nota: El dato de compensación corresponde al obtenido en la vigencia anterior; para 2006 se tomó el saldo registrado en mayo de 2005.

Tomado de : Rrestrepo J, La Unidad de pago por capitación del Sistema de Seguridad Social en Salud, 1996 – 2006. Centro de gestión hospitalaria | vía SALUD | número 35. Pág. 18

El proceso de compensación es un indicador crítico de la viabilidad financiera del régimen contributivo. Esta es la razón, por la cual es muy importante analizar los factores que en él influyen y su dinámica en el tiempo; esto para hacer proyecciones y sobre éstas generar propuestas de políticas sectoriales que garanticen el equilibrio del sistema. ¹¹

El equilibrio financiero de la subcuenta de compensación del régimen contributivo esta determinado por el balance entre ingresos y gastos, dada la siguiente fórmula así:

$$(c \times s \times T) + cp = (c \times d \times UPC) + (j \times c \times s) + 0.3x(c \times s) + 0.5x(c \times s) \quad (1)$$

Ingresos = Gastos

- **c:** número de cotizantes
- **s:** salario promedio de cotización
- **T:** tasa de cotización
- **d:** tamaño promedio de la familia seguridad social
- **UPC:** valor de la UPC
- **cp:** copagos, pagos moderadores
- **j:** aporte de solidaridad (1% del salario promedio)
- **i:** aporte para incapacidades
- **m:** reembolsos por licencias de maternidad
- **0.5x (cxs):** aporte para promoción y prevención
- **0.3x (cxs):** aporte para incapacidades laborales y licencias de maternidad.
Si hay excedentes, se incluyen los pagos por licencias de maternidad.

Las variables en minúscula representan variables que dependen fuertemente de la fuente de información utilizada y el criterio de la persona que efectúa el análisis. Las variables en mayúscula dependen de decisiones precisas del gobierno.

Para estudiar los factores determinantes del cálculo de la UPC y que inciden en el comportamiento del proceso de compensación tomaremos la propuesta de Giedion, para analizar los factores que influyen en el equilibrio financiero: 1. Factores exógenos al control del sector de la salud y 2. Factores que están parcialmente bajo el control del sector de la salud, llamados también endógenos.

4.2.1 Factores exógenos:

Estos factores no son controlados por el sector salud y hacen parte de los componentes macroeconómicos del país ya que no solo influyen en el sistema sino en todos los otros subsectores de la economía nacional.

4.2.1.1 Densidad salarial (DS):

Es definido como el promedio de salario sobre el cual hacen sus aportes los cotizantes y refleja el cambio en los salarios reales de los trabajadores. El crecimiento o disminución en la tasa de variación de los salarios reales, tiene un efecto importante sobre los ingresos del sistema, pues sobre estos se calculan los dineros recaudados para el régimen contributivo. La tendencia decreciente de la densidad salarial es una señal preocupante del desequilibrio financiero, pues una caída en una centésima de este valor, representa entre 20 y 25 mil millones de pesos menos en el balance de la subcuenta de compensación. Si se tiene en cuenta que para inicios del año 2002, este indicador se ubicó alrededor de 2.05 y a finales de 2003 cayó cerca de 1.95, el menor recaudo por densidad salarial, fue cercano a los 250.000 millones de pesos, que sobrepasó el efecto positivo de la caída en la densidad familiar en el mismo período.¹¹ más atrás Esta disminución se asoció fundamentalmente al efecto de la reforma laboral, que disminuyó los costos

de mano de obra mediante una reducción de los recargos por festivos, dominicales, nocturnos y horas extra.¹²

De otra parte, la crisis económica también trajo consigo, una reducción en el número de cotizantes al sistema, lo que sumado al aumento de beneficiarios, disminuyó los recursos disponibles en la subcuenta de compensación.

4.2.1.2 Cambio en la participación de la fuerza laboral:

El financiamiento del sistema de salud fue diseñado para tener como una de las fuentes de ingresos más importante las cotizaciones realizadas al SGSSS por los trabajadores. Pero el cambio que se ha presentado a través de los años en el mercado laboral, como la flexibilización en la regulación laboral ha generado que los trabajadores actualmente, ya no sean contratados por nómina, generando inestabilidad laboral y alta rotación del personal; en donde juegan un papel importante las cooperativas de trabajo asociado, empresas temporales de empleo y demás figuras que han sido creadas, que son utilizadas por las maquinarias políticas para mantener sus intereses electorales, fomentando internamente la elusión y evasión, temas que se desarrollarán más adelante. Además el comportamiento del empleo ha llevado a que los trabajadores ingresen al sector informal. Se observó que entre los años 1992 al 2000 en el sector informal, los trabajadores tales como: asalariados de pequeñas empresas, jornaleros o peones, independientes, empleadas del servicio doméstico, etc.; se encontraban en coberturas no mayores al 50%, mientras que los trabajadores del sector formal, como: empleados del gobierno, de empresas grandes y medianas, al cobertura en salud era de 85%.¹³ Esta situación causó una mayor separación en la relación del trabajador del sector informal con el sistema de salud; representada en los siguientes aspectos:

- La no cotización: no afiliación a una EPS. Esto causa la pérdida del derecho a la salud, además, de la no contribución al sistema, afectando a su vez el principio de solidaridad.
- El pago total de la cotización por parte del trabajador independiente. La mayoría de los trabajadores independientes registran ingresos menores a los reales para evadir el pago total de su aporte.

Como consecuencia, se ha visto una reducción importante de los ingresos al sistema de salud, por el difícil control de la evasión en estos grupos de trabajadores y sumado a esto la falta de sistemas de información actualizados, lo cual origina un incentivo perverso para que los asalariados formales con capacidad de pago mayor a un salario mínimo se transformen en independientes, fomentando la elusión. Esto se ve claramente en algunas cooperativas de trabajo asociado donde los asociados cotizan sobre un SMMLV y el resto lo justifican como compensaciones, evadiendo su cotización legal.¹⁴ Actualmente el gobierno, además de la cotización de salud introdujo la cotización obligatoria a pensiones como una medida para combatir la evasión y unificar el aporte

4.2.1.3 Densidad familiar (DF):

Se refiere al promedio de afiliados o beneficiarios por cotizante. La evolución de la densidad familiar desde el año 1998 diferencia dos períodos claros: entre el año 1998 y el 2000, el indicador mostró una tendencia al alza, hasta ubicarse cerca del 2,6; en el segundo período, entre el año 2001 y el 2003, mostró un descenso sostenido hasta terminar en 2.33 y disminuyó hasta 2.16 en el año 2005.¹⁵ Existen varias explicaciones para que se haya presentado este fenómeno. Una de ellas es que la recesión económica que afectó al país al final de la década de los noventa, haya hecho que miembros del grupo familiar que perdieron su empleo, hayan pasado a ser beneficiarios, efecto que se revirtió con la recuperación económica del siguiente período. Otra explicación para sustentar la caída de la densidad familiar es la aplicación de adecuadas mallas de validación al proceso de

compensación, que permitió filtrar multifiliados, en su mayoría beneficiarios. ¹¹
más atrás

Algunos estudios realizados por los grupos de economía de la salud de la Universidad de Antioquia y el Cendex de la Universidad Javeriana; afirman que la reforma colombiana en salud se agotó con la incorporación del grupo familiar de los cotizantes pero sin aumentar el número de aportantes al sistema, luego de la crisis económica que se presentó entre los años 1998 y 2000. ¹⁶

4.2.2 Factores parcialmente controlados por el sector salud o endógenos:

Estos factores son aquellos que pueden ser regulados dentro de la estructura interna del sistema de salud y que son frecuentemente regulados por parte de los entes de control.

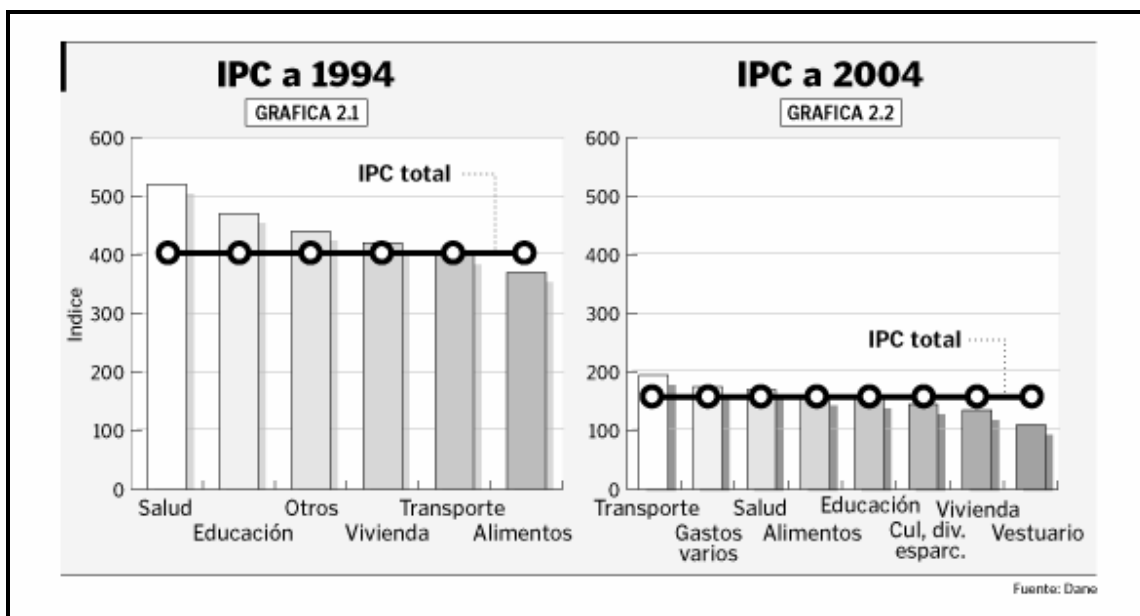
4.2.2.1 *Inflación del sector salud*

La inflación puede ser diferente para varios subsectores de la economía, los cuales presentan un comportamiento específico en cuanto a precio se refiere, tanto por su estructura de producción como por su participación en el gasto de las familias. Es claro que el crecimiento de los costos en salud está por encima del aumento de la masa salarial. Esto puede obedecer al hecho de que en este sector predomina una inflación del lado de la oferta, de manera que ella se origina en gran parte por el alza en los costos de producción de los servicios de salud.

Las presiones inflacionarias en el sector salud, se explican por varias razones, entre las que se destacan: los cambios en las técnicas médicas (desarrollo tecnológico) que generan un aumento de los costos en la atención con la incorporación de tecnología avanzada, las alianzas estratégicas que se realizan entre profesionales y prestadores (principalmente los especialistas) y además la conformación de clínicas privadas, que implican limitaciones para el ingreso a la oferta y la definición de altas tarifas para los consumidores.

En Colombia se presenta una tendencia inflacionaria en salud, lo cual se expresa en que las variaciones del IPC salud son superiores a la variación del IPC general, fenómeno que se ha dado para el período comprendido entre el año 1989 y 2004, notándose la reducción que ha presentado la inflación en la última década, al pasar de niveles superiores al 20% anual, al comienzo de la década de los noventa (40% en el caso de salud) hasta niveles inferiores del 10% en la actualidad para ambos indicadores.¹⁷ más adelante

Figura 4.



Tomado de: www.portafolio.com.co. Artículo: La inflación en salud en Colombia – Información relacionada IPC A 1994/IPC a 2004. 10 de Junio de 2005. Grupo de economía de la salud. Centro de investigaciones económicas de la Universidad de Antioquia.

Se observa en la figura 4 que la brecha entre las variaciones anuales del IPC salud y el IPC total es decreciente, lo cual indica que pese a seguir siendo inflacionaria, la salud reduce su inflación en comparación con la de otros sectores; como ejemplo de esto, en el año 1994 el IPC salud ocupaba el primer lugar dentro de los diferentes subsectores y éste guardaba una distancia considerable con el segundo grupo en importancia que era educación; por el contrario para el año

2004 este mismo indicador pasó a ocupar el tercer lugar, precedido por el grupo de transporte y gastos varios. Para comprender mejor la magnitud de la inflación en salud, se observa que mientras en el año 1994 el IPC salud se encontraba un 30% por encima del IPC total en el año 2004 esta relación bajo al 14%.

En resumen, la relación de la inflación del sector salud con el cálculo de la UPC es determinante para el equilibrio de los recursos dentro del sistema, ya que en los años anteriores la UPC ha crecido siempre por debajo de la inflación en salud. Este hecho obligaría a la revisión de los contenidos del POS, continuar con el incremento de las contribuciones al sistema por parte de los cotizantes ó realizar un cálculo real de la UPC en concordancia a la inflación en salud, para mejorar el recaudo evitando consumir los excedentes de recursos que quedan en la subcuenta de compensación. Una de las medidas tomadas para mejorar esta situación, es la implementación en el año 2007 de un aumento en los aportes del empleador en un 0.5% adicional al 8% ya establecido. ¹⁷

4.2.2.2 *Aumento de la demanda*

El aumento de la demanda en salud es uno de los factores que afectan el incremento en el gasto para el sistema; sobre todo por el aumento de costos en precios, mayor número de población y uso elevado de los servicios por persona. El 60% del crecimiento nominal anual promedio de los gastos en salud entre el año 1960 y 1984 correspondieron a inflación en el sector médico, el 4% a crecimiento demográfico y el 36% a crecimiento en la utilización de los servicios. Esto reitera la importancia de realizar un estudio más actualizado de los factores que influyen en la demanda por servicios de salud. ² más atrás

Entre los factores que se conocen que aumentan la demanda están:

a). Demanda insatisfecha: Cuando el usuario no ha encontrado en el servicio de salud la solución a su problema.

- b). Supresión de la barrera económica por el modelo que se ha implementado con la salud en el país, la consulta médica ha disminuido en precio y por tanto deja de ser una barrera de acceso hacia el servicio para los sectores con capacidad de pago de la población.
- c). Demanda inducida: Es la que resulta por el tipo de servicio en salud que ofrecen las aseguradoras (EPS, IPS, ARS) a sus usuarios, junto con la relación óptima que pueda establecer el médico con su paciente, brindado un servicio con calidad y eficiencia .² más atrás

4.2.2.3 *Evasión y elusión*

La evasión en el SGSSS según cifras del MPS del año 2006 ¹⁸ más adelante representó una pérdida equivalente al 2.75% del PIB del año 2000, es decir \$836 millones de dólares, con los cuales se podría afiliarse al régimen subsidiado, a una población aproximada de 1.2 millones de personas. Una de las causas que se ha argumentado son los deficientes sistemas de información con los que actualmente se cuenta; por lo cual el Ministerio de Protección Social viene trabajando en el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y control, a través de la reestructuración de la Superintendencia Nacional de Salud.

En los últimos años se viene implementado un cruce periódico de las bases de datos en pensiones y salud, con el fin de verificar el cumplimiento de las obligaciones que con el SGSSS tienen todos los contratistas del Estado. Adicionalmente, se realiza un seguimiento por muestreo a las agrupadoras y empresas de servicios temporales, a las EPS, ARS y ARP; resultando en el cierre de agrupadoras ilegales con recuperación cercana a los \$300 mil millones de pesos en el último año de recaudo.

Es importante recalcar que al frenar la evasión en Colombia, se podrá aumentar en un número importante nuevos afiliados al régimen subsidiado, así como al contributivo, y tener más trabajadores protegidos y empresarios comprometidos

con la salud de sus trabajadores. Todo esto relacionado con uno de los principios de la seguridad social colombiana, que es la universalidad de la cobertura con estándares de eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud.

Adicional a lo anterior, cabe resaltar que con el recaudo de las cotizaciones a través de la planilla única que entró en operación a partir de julio del año 2005, ha ingresado al sistema un total 4.456.000.000.000 mil millones de pesos, lo que representa un incremento importante, teniendo en cuenta que a ésta fecha solo se recaudaron los dineros provenientes de 3.193 cotizantes, terminando a finales de noviembre del año 2006 con aproximadamente tres millones de cotizantes. Nuevas normas serán implementadas a partir de febrero del año 2007, en las empresas que cuenten con menos de 30 cotizantes, así como los trabajadores independientes, deberán usar esta planilla única.¹⁸ más adelante

Es importante explicar que al unificar los pagos, el sistema garantiza que las cotizaciones a salud y pensiones se paguen en cantidades equivalentes; evitando que como en el pasado, algunas personas liquidaran salud sobre la base de un SMMLV y pensiones sobre dos o más. Según cálculos del Ministerio de Hacienda, el sistema debería estar recibiendo aportes de los cotizantes en aproximadamente veinticinco billones de pesos. Pero por causa de la evasión y elusión se están perdiendo aproximadamente seis billones de pesos.¹⁸

4.2.2.4 Impacto de los recobros por la acción de tutelas y comités técnico-científicos.

La tutela es un mecanismo de protección de los derechos fundamentales; así mismo para la exigencia del cumplimiento del derecho a la salud, ésta ha sido utilizada continuamente por las personas para recibir los servicios en salud o medicamentos que están por fuera del POS. Los comités técnico-científicos (CTC) precisamente se encargan de realizar el estudio de la necesidad real de estos servicios, para que el afiliado pueda recibirlos. Los procedimientos y

medicamentos obtenidos por la tutela o por el CTC, son recobrados parcialmente al FOSYGA y afectan a las administradoras del plan de beneficios (EAPB) por que reducen los excedentes de la subcuenta de compensación.

El impacto generado por estos recobros, se analizó en un estudio del Ministerio de Protección Social en el año 2004; en el que se encontró que en el año 2002 ascendieron a \$51.100 millones y las EPS de mayor participación fueron Saludcoop (20.77%), Susalud (17.5%), Coomeva (8.54%), Seguro Social (8.14%) y Cajanal (7.8%).¹¹ más atrás

El 65% de estos recobros correspondieron a procedimientos como la colocación del Stent coronario y un 11% para medición de carga viral en pacientes con VIH. Además, se encontró que el 69%, correspondieron a medicamentos no POS, 16% a procedimientos no POS y 15% restante a incumplimiento en períodos de carencia. En cuanto a lo otorgado por el CTC, los recobros fueron por glosa debido a la mala facturación de las aseguradoras pero con pertinencia clínica.¹¹ más atrás

5. DISCUSIÓN

La complejidad de los factores que afectan el cálculo de la UPC y la sostenibilidad financiera del sistema, y por ende, el logro de sus objetivos en cobertura y acceso universal con equidad, plantean la necesidad de generar propuestas que permitan por un lado subsanar las debilidades estructurales del esquema de financiamiento del sistema de salud al depender del crecimiento económico y del mercado laboral del país, así como la preocupación por la eficiencia en el uso de los recursos del sistema de salud.

Consideramos necesario revisar los modelos de contratación laboral existentes actualmente por que estos permiten fácilmente la elusión y evasión. Esto ha sido reconocido por el gobierno en los últimos meses y sobre esta base se sancionó el decreto 4588 de diciembre del año 2006, que busca frenar estas prácticas de intermediación laboral y que disminuyen los aportes al SGSSS. Hasta mediados de los años noventa se utilizaron los excedentes acumulados durante los primeros períodos de la reforma en el régimen contributivo, posterior a esto, se llegó a un equilibrio financiero en cuanto a ingresos y egresos; superado este período los ejercicios financieros del sistema empezaron a decrecer al ritmo de la crisis económica de los años 1998 – 1999; lo que generó un resultado neto negativo a partir del año 1999. Opinamos que en el mediano plazo pasaremos a tener ejercicios negativos en el proceso de compensación, ya que este en sí mismo es un indicador crítico de la viabilidad financiera del Régimen contributivo y es por esto que hay necesidad de hacer estudios que nos den la posibilidad de proyectar a futuro una política sectorial que garantice el equilibrio financiero del sistema.¹¹ más atrás En los últimos meses la incertidumbre generada por las cifras sobre desempleo en Colombia han creado en el colectivo de la gente la idea de que a pesar del crecimiento económico del país, este no se ve reflejado en la creación de nuevos empleos, por el contrario se observa que el trabajo informal se ha

incrementado en los últimos años. Esto ligado a la incertidumbre generada frente a la revaluación del peso colombiano frente al dólar, que aumentará el desempleo, puesto que los exportadores tendrán que reestructurar sus empresas, retirando mano de obra formal para así llegar a ser competitivos.

Esto se refleja en la relación densidad salarial y densidad familiar, debido a que todas las personas que han perdido sus empleos en el últimos meses están siendo incluidas en el sistema de salud como nuevos beneficiarios, lo que afecta el indicador de densidad familiar; siendo esta variación también representativa a nivel de los recursos en el flujo económico del sistema. Lo anterior resalta la prioridad en la que se debe constituir para el gobierno promover crecimiento económico con desarrollo social, asegurando empleo con las garantías laborales esenciales y no seguir viendo tasas de desempleo por encima del 10%. (DANE)

Mantener la estructura financiera actual requiere garantizar los recursos para el sistema mediante el control sobre la evasión y la elusión, como uno de los puntos críticos, que podría mejorar con el fortalecimiento de los sistemas de información con los que cuentan los entes de control para captar a todas las personas que por su nivel económico y laboral deberían contribuir al sistema y a su vez a aquellos que pagan menos, de lo legalmente estipulado, especialmente los trabajadores independientes que deberían cotizar sobre sus ingresos reales. Es muy común entonces encontrar personas con ingresos superiores a los tres millones de pesos mensuales recibiendo servicios de salud bajo cotizaciones con el salario mínimo que harán insostenible el sistema de salud colombiano al mediano plazo, ya que el Estado tendrá que destinar partidas presupuestales para cubrir los saldos en rojo de las subcuentas del FOSYGA.

En ese sentido, el incumplimiento del Estado en sus obligaciones financieras tales como, el pari passu y el manejo de los recursos del FOSYGA invertidos en TES,

que se encontraban congelados y no habían entrado al sistema, y que impidieron el aumento en la cobertura del régimen subsidiado, es otro de los puntos clave con los que se debe comprometer el gobierno para que esa situación no vuelva a suceder y así asegurar los recursos para el sistema.¹⁹

Adicionalmente, la reforma que el gobierno realizó a la Ley 60 de 1993, mediante la Ley 715 de 2001, disminuyó notablemente los recursos que ayudarían a subsidiar a la población pobre vulnerable. Cuando se realiza el cálculo de los recursos que se dejaron de recibir por la sanción de esta ley, se evidencia la gran cantidad de UPC subsidiadas con las que se hubiese podido aumentar la cobertura evitando el aporte adicional bajo la modalidad de subsidios parciales, con los cuales el Estado cumple el rol de cofinanciador. De tal manera, que la reforma que el gobierno pretende realizar al sistema de transferencias para el flujo de recursos a las entidades territoriales, podría amenazar mucho más el alcance de las metas de universalidad en el régimen subsidiado; no solo por que habría menos recursos para salud sino también por que no hay una reglamentación clara para controlar la corrupción administrativa en el manejo de estos dineros.

Nos quedan serios cuestionamientos acerca de si la solución para cubrir los gastos del sistema actual en salud de Colombia, se pueden dar a través de vías en las que se busquen apropiar nuevos recursos como el aumento de 0.5% de la cotización para el año 2007 que irá destinada a la ampliación de cobertura en el régimen subsidiado ó si es indispensable enfocarse también en volver eficiente el uso de los recursos actuales, enfocados primordialmente a las actividades en promoción y prevención, buscando que los aseguradores cumplan con las metas propuestas por el gobierno central, ya que como coloquialmente se conoce “prevenir es menos costoso que curar”. Es por esto que proponemos una reglamentación más estricta para fomentar el cumplimiento de las metas en promoción y prevención a través de mecanismos que detengan o disminuyan el

proceso de compensación interna entre FOSYGA y EPS hasta tanto estos no entreguen resultados positivos en sus informes periódicos.

Otro aspecto a desarrollar es que no tenemos un estudio actualizado de costos en salud que sustente el cálculo real de la UPC y sus incrementos en el tiempo, se requiere un estudio de costo efectividad del POS que permita definir su contenido y costo, pero no solamente atendiendo al criterio económico sino también teniendo en cuenta las necesidades reales en salud de la población y con la posibilidad de ser actualizado de acuerdo a la dinámica epidemiológica del país, la disponibilidad de tecnología y las particularidades de cada región; lo cual seguramente contribuiría a disminuir la utilización de la tutela como mecanismo para acceder a los servicios y disminuir los recobros que actualmente amenazan el equilibrio financiero del SGSSS.

El desmonte de la integración vertical al que se verán obligadas las EPS durante el año 2007 que esta consagrada en la Ley 1122 de este mismo año, que les permite tener operaciones hasta de un 30% en su estructura total, puede ser un avance significativo que permita proteger a los usuarios de un modelo que se preocupa más por contener costos que por la prestación de un servicio con calidad.

Por último, sancionar proyectos de Ley que busquen aumentar la regulación y ejercer más control sobre los topes de gasto administrativo de todos los aseguradores como porcentaje de la UPC, y no solamente para las ARS como es actualmente; esto contribuiría a disminuir en gran parte los manejos oscuros de algunas aseguradoras de Colombia, que siguen bajo el control político de caciques electorales.

También es necesario socializar la forma como los entes del nivel central realizan el cálculo de la UPC para que los diferentes sectores involucrados en el modelo de salud puedan participar con propuestas de diferente índole (económico, estructural, etc) por que dentro de la revisión bibliográfica no se encontraron los criterios con los que se ha venido realizando cálculo de la UPC en Colombia. Es necesario realizar más estudios que evalúen si la estructura financiera actual es el mejor mecanismo para asegurar el equilibrio financiero del sistema de salud o es posible aplicar nuevos esquemas de financiamiento más progresivos que permitan asegurar los recursos necesarios para poder lograr coberturas universales y acceso con equidad a los servicios de salud en Colombia, lo cual implicaría acabar con los regimenes diferenciales.

BIBLIOGRAFIA

¹ Restrepo Trujillo, Mauricio. La reforma de la seguridad social en salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada. Santiago de Chile: Comisión económica para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas. 2000.

² Giedion Ursula. La unidad de pago por capitación y el equilibrio financiero del sistema de salud. Santa Fé de Bogotá: Fedesarrollo. 1996

³ Morales Sánchez, Luis Gonzalo. El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia Santiago de Chile: Comisión económica para América Latina y el Caribe. Serie financiamiento del desarrollo. 1997.

⁴ Restrepo Zea, Jairo Humberto y Rodríguez Acosta, Sandra. Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia. Revista de Economía Institucional. V. 7 No. 12. Junio 2005. Bogotá. Pág. 5

⁵ Vásquez Velásquez, Johanna y Gómez Portilla, Karoll. El problema de selección adversa en el seguro de salud colombiano: Un estudio de caso para el régimen contributivo. Revista gerencia y políticas de salud. No. 10. Julio de 2006. Bogotá. Pág. 78.

⁶ Ministerio de la Protección Social Artículo 3. Decreto 2280 de 2004. "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."

⁷ Ministerio de la Protección Social Artículo 6º. Decreto 2280 de 2004. "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."

⁸ Consejo Nacional de Seguridad Social Acuerdo 267 de 2004. "Por el cual se autoriza la asignación de recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga para ampliar cobertura en el Régimen Subsidiado de Salud mediante subsidios parciales."

⁹ www.Fosyga.gov.co. Consultado el 4 de Enero de 2007.

¹⁰ Restrepo Zea, Jairo Humberto y Mejía Mejía, Aurelio. La unidad de pago por capitación del sistema de seguridad social en salud, 1996 – 2006. Centro de Gestión Hospitalaria. Revista víasalud. V.35. Abril 2006. Bogotá, Colombia.

¹¹ Castaño Yepes, Ramón Abel. Elementos fundamentales del equilibrio financiero del sistema general de seguridad social en salud, que inciden en las decisiones de ajuste del POS y/o de la UPC. Fundación corona. Bogotá. Mayo de 2004.

¹² Acosta, Olga Lucía, Ramírez, Manuel, Cañón, Carlos Iván, Comentarios: Clavijo, Sergio y Cadena Héctor. Principales estudios sobre el equilibrio financiero del sistema general de seguridad social en salud. Cendex. Fundación Corona, Universidad del Rosario. Bogota. Julio de 2005.

¹³ Restrepo Zea, Jairo. El seguro de salud en Colombia. ¿Cobertura universal?. Revista Gerencia y Políticas de salud. No. 2. Septiembre de 2002. Bogotá. Pág. 30.

¹⁴ De currea –Lugo, Víctor. “El derecho a la salud en Colombia. DIEZ AÑOS DE FRUSTRACIONES”. Bogotá. Textos de Aquí y ahora. Abril de 2003.

¹⁵ Memorias Primer Congreso Colombiano de Economía de la Salud. Conferencia: El Régimen contributivo de los colombianos, es sostenible?. Noviembre 9 y 10 de 2006. Bogotá. D.C. Disponibles en: www.synergiasa.com.co. Consultado en Enero de 2007.

¹⁶ Restrepo, JH y Salazar, V. El seguro obligatorio de salud en Colombia: Evolución y determinación de su cobertura. Medellín; Universidad de Antioquia. Grupo Economía Salud. Año 2001.

¹⁷ Restrepo, Jairo Humberto. Grupo de economía de la salud. Centro de investigaciones económicas de la Universidad de Antioquia. La inflación en salud en Colombia. Revista Portafolio. Junio 2005.

¹⁸ www.presidencia.gov.co. Consultada el 04 de Enero de 2006.

¹⁹ Rodríguez Avatares Oscar. De la reforma del sistema de seguridad social, Ley 100 de 1993. En sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2005.