

PAE 2006

DIRECCIÓN TÉCNICA SECTOR SALUD Y BIENESTAR SOCIAL  
SUBDIRECCIÓN DE ANÁLISIS SECTORIALSALUD Y BIENESTAR SOCIAL

“ESTADO ACTUAL DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD Y EVALUACIÓN DE LA  
ESTRATEGIA SALUD A SU HOGAR EN EL DISTRITO”

TIPO DE PRODUCTO: INFORME SECTORIAL

RESPONSABLE: CARMEN SOFIA PRIETO DUEÑAS

ELABORADO POR:  
YANETH CRISTINA GARCIA PABON PROFESIONAL 219-01  
MYRIAM SICHACÁ CASTIBLANCO PROFESIONAL 222-04  
ROBERTO JIMÈNEZ RODRÌGUEZ PROFESIONAL 222-07

REVISADO Y APROBADO POR:

OLGA LUCÍA JIMÉNEZ ORÓSTEGUI DIRECTORA TÉCNICA

FECHA DE ELABORACIÓN: DÍA 30 MES JUNIO AÑO 2006

FECHA DE APROBACIÓN: DÍA 13 MES JULIO AÑO 2006

NÚMERO DE FOLIOS: 45

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	6
1 ANTECEDENTES DEL SISTEMA GENERAL DEL SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA	8
2 DIAGNÓSTICO SOBRE ALGUNOS PILARES FUNDAMENTALES DEL DESARROLLO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	13
2.1 Mecanismos de Focalización del Gasto Social en Salud	13
2.2 La Unidad de Pago por Capitación UPC- para los planes de beneficios	18
2.3 La cobertura en el Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo el modelo de aseguramiento	21
2.4 Las barreras de acceso en el Sistema de Salud Colombiano	23
3 DESARROLLO Y ESTADO ACTUAL DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN BOGOTA	26
3.1 El aseguramiento en Bogotá	26
3.2 Financiamiento del Régimen en Bogotá y Flujo de Recursos	33
3.3 La vigilancia y el control del Régimen Subsidiado en Bogotá.	41
5 CONCLUSIONES	59
6 ANEXOS	62

## ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO No.	NOMBRE DEL CUADRO	Pág
1	VALOR DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PERIODO 1994-2006	19
2	ALGUNAS INCLUSIONES DEL POS-C Y POS-S PARA EL AÑO 2005	21
3	COMPORTAMIENTO DE LA COBERTURA DE SALUD EN COLOMBIA PERIODO 1996-2000	22
4	COMPORTAMIENTO DE LA COBERTURA DE SALUD EN COLOMBIA PERIODO 2001-2004	22
5	POBLACIÓN AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO EN BOGOTÁ	26
6	RESULTADO DEL CRUCE ENTRE LA BASE DE DATOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y LA BASE DE DATOS DEL REGISTRO ÚNICO DE APORTANTES-RUA	30
7	VALORES PAGADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD DURANTE EL PERIODO EVALUADO. UNIDADES DE PAGO POR CAPITACIÓN-UPC GIRADAS	30
8	CRONOGRAMA DEL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN	33
9	DIFERENCIAS EN VALORES ASIGNADOS REPORTADOS POR FOSYGA Y LOS REPORTADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD	35
10	DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO POR ARS- PERIODO 2003-2005	36
11	CARTERA ARS EN LIQUIDACIÓN	40
12	CONTRATACIÓN INTERVENTORÍAS RSS	42
13	METAS ESTRATEGIA SALUD A SU HOGAR	47
14	CONFORMACION DE EQUIPOS SALUD A SU HOGAR	48
15	NUMERO DE EQUIPOS CONFORMADOS POR CAD E.S.E	49
16	MICROTERRITORIOS CONFORMADOS POR E.S.E	50
17	TOTAL DE FAMILIAS CARACERIZADAS EN CADA FASE DISTRIBUIDAS POR E.S.E	51
18	PLANES DE ACCION FORMULADOS EN LA ESTRATEGIA SALUD A SU HOGAR	53
19	SEGUIMIENTOS REALIZADOS POR LOS EQUIPOS SALUD A SU HOGAR	55
20	RECURSOS ASIGNADOS PARA CARACTERIZACIÓN Y SEGUIMIENTOS	56

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

<b>Gráfica No.</b>	<b>NOMBRE DE LA GRÁFICA</b>	<b>Pág.</b>
1	COMPARATIVO ENTRE LA UPC DEL CONTRIBUTIVO Y LA DEL SUBSIDIADO. TENDENCIAS DEL PERIODO 1994-2006	20
2	AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DE SALUD. DISTRIBUCIÓN POR ENTIDAD TERRITORIAL CORTE A AGOSTO DE 2001	25
3	COBERTURA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN BOGOTÁ. PERIODO 2000-2005	27
4	COMPORTAMIENTO FUENTES DE FINANCIACIÓN RÉGIMEN SUBSIDIADO PERIODO 2000-2005	34
5	FLUCTUACIÓN DE LOS RECURSOS ASIGNADOS Y EJECUTADOS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO. PERIODO 2000-2005	35
6	GIROS FFDS-ARS Y GIROS ARS-ESE	38
7	DISTRIBUCIÓN DE LA CARTERA DE LAS ESE POR TIPO DE PAGADOR PARA EL AÑO 2004	39
8	DISTRIBUCION DE LA POBLACION CARACTERIZADA POR EQUIPOS DE SALUD A SU HOGAR SEGÚN SU VINCULACION AL SGSSS	52

## INTRODUCCIÓN

Este documento presenta los resultados de la evaluación al Régimen Subsidiado en Salud y el estado actual del mismo en el Distrito Capital, realizado por la Contraloría de Bogotá, como aporte a la evaluación de las Políticas Públicas en ejercicio del control fiscal macro.

El estudio parte de la presentación de los antecedentes del SGSSS en Colombia, mostrando la estructura del mismo antes de la reforma iniciada en la década de los noventa y señalando la problemática de la época que dio origen a la formulación de la política a través de la promulgación de la ley 100 de 1993, la cual consagra la actual organización del sistema.

Posteriormente, se desarrolla el tema referente al diagnóstico sobre algunos aspectos generales de la implementación del SGSSS, tales como los mecanismos de focalización del gasto social, pilares en la ejecución de la política social, los resultados de la política en cuanto a la universalización de la salud, los cuales se traducen en cobertura del sistema, la definición de la base económica del sistema a través de la Unidad de Pago por Capitación, incluyendo igualmente la principal situación definida como problemática para la población beneficiaria, denominada en el sistema como barreras de acceso a los servicios de salud, argumento sobre el cual el gobierno distrital explica la implementación de la estrategia de “Salud a Su Hogar”.

De igual manera, se aborda el tema referente al financiamiento del Régimen Subsidiado y el flujo de recursos, el papel que juegan las ARS en el sistema, así como la cartera que le adeudan a la red pública de Bogotá, para continuar con una evaluación al control que se ejerce sobre la ejecución de los recursos del Régimen y concluir si con toda la problemática presentada a lo largo del estudio se requiere una reforma al actual Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Este documento fue elaborado tomando como base la información suministrada por las entidades que de alguna manera participan en el desarrollo del modelo de aseguramiento en Bogotá, sobre la cual se realizaron pruebas de auditoría y se contrastaron fuentes. Así mismo sobre el acopio de información adicional solicitada a entidades del sector, estudios realizados anteriormente por este ente de control, por la administración y por otras entidades de nivel nacional como por la academia.

La metodología utilizada permitió realizar serios cuestionamientos relacionados con la cobertura actual del Régimen Subsidiado en Bogotá, la inadecuada utilización de los recursos, la vigilancia y el control al mismo. Igualmente permitió establecer debilidades importantes en el desarrollo e implementación de la estrategia de salud a su hogar, que en su conjunto ponen en evidencia que la política de universalización de la salud en Bogotá, plasmada en el Plan de Desarrollo, Bogotá sin indiferencia, no ha logrado cumplir con las metas planteadas, ni ha avanzado en procesos que garanticen la transparencia en el manejo de los recursos destinados a la población más pobre y vulnerable de la ciudad.

## 1. ANTECEDENTES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

Antes de 1993 el Sistema Nacional de Salud estaba estructurado bajo un esquema asistencial de prestación de servicios, compuesto por tres subsistemas: el público, conformado por los hospitales focalizado hacia la población pobre, el de seguridad social, formado por el Instituto de Seguros Sociales y las Cajas de Previsión y el privado, compuesto por seguros empresariales y particulares que se encargaban de prestar el servicio a la población con capacidad de pago<sup>1</sup>. Estos tres subsistemas implicaban diferentes tipos de organización institucional enfocados a grupos poblacionales disímiles. Sin embargo, los niveles de cobertura eran bajos y una proporción alta de la población permanecía desprotegida.

En enero de 1990 se promulgó **la ley 10** transfiriendo competencias y recursos de la nación a los departamentos, distritos y municipios, iniciando así el desarrollo de la política de descentralización en el sector.

El marco constitucional orientó la **ley 60 de 1993**, que define la distribución de competencias y recursos entre las entidades territoriales y busca fortalecer en forma significativa los aportes fiscales para el sector. Esta ley también incorporó formas alternas de manejo de los servicios con subsidios a la oferta o a la demanda.<sup>2</sup>

Posteriormente, **la ley 100 de 1993** reglamentó el artículo 48 de la Constitución Política de 1991, precisando el alcance del derecho a la salud y de fortalecer la capacidad de los usuarios para demandar servicios, y bajo la guía de dos ideas rectoras: conseguir la cobertura universal y crear un ambiente desmonopolizado para la libre competencia y la libre elección.

Igualmente, la reforma al sistema de salud propuesta bajo el marco de la Ley 100 de 1993, estableció dos regímenes de salud: El régimen contributivo<sup>3</sup> y el subsidiado<sup>4</sup>, instituyó que los ciudadanos obligatoriamente debían pertenecer a alguno de estos regímenes de aseguramiento según su capacidad de pago y señaló igualmente, que aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras lograran ser beneficiarios de alguno de los dos regímenes tendrían derecho a los servicios de salud, los cuales se prestarían directamente por el Estado, a través de sus empresas a las personas en calidad de participantes vinculados al sistema<sup>5</sup>.

La reforma también se propuso separar los sistemas de dirección de la salud, del sistema de prestación de los servicios, otorgando autonomía administrativa a los hospitales, liberando al Ministerio de Salud de funciones administrativas, para dejarlo con las

---

<sup>1</sup> Departamento Nacional de Planeación DNP-Sostenibilidad Financiera del régimen Subsidiado, Diana Isabel Cárdenas Gamboa.

<sup>2</sup> Ley 60, artículo 2, numeral 5.

<sup>3</sup> Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al SGSSS cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

<sup>4</sup> Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al SGSSS cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente con recursos fiscales o de solidaridad.

<sup>5</sup> La ley 100 de 1993 le asigna al género de los vinculados (no asegurados) una naturaleza transitoria por su inminente vocación de beneficiarios del régimen subsidiado.

funciones de rectoría en materia de políticas, normas técnicas y con los programas y responsabilidades de salud pública. Adicionalmente, buscó separar las funciones financieras y de prestación de servicio, con la diferenciación entre EPS e IPS, otorgando a las primeras las funciones de afiliación, recaudo y manejo de aseguramiento o riesgo financiero, y especializando a las segundas en la provisión de los servicios del Plan Obligatorio de Salud-POS<sup>6</sup>.

Así mismo, el sistema estableció tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado una variable de pago denominada Unidad de Pago por Capitación, en adelante UPC<sup>7</sup>, que corresponde al valor per cápita reconocido a cada Entidad Promotora de Salud –EPS y a cada Administradora de Régimen Subsidiado- ARS, por la prestación de servicios de salud de acuerdo con el plan de beneficios que corresponde, bien sea el POS -Contributivo o el POS-Subsidiado.

Para la financiación del sistema, el artículo 214 de la ley 100/93 ratificó las fuentes establecidas en la ley 60 de 1993<sup>8</sup>, y creó el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA<sup>9</sup>, como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, la cual será manejada por encargo fiduciario.

Posteriormente, en el año 2001 la **ley 715** derogó la ley 60 y estableció el Sistema General de Participaciones, constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios de educación y salud.

Para hacer más eficientes y efectivos los recursos destinados al sistema y en el propósito de lograr una mayor justicia social, teniendo en cuenta las limitaciones de recursos presupuestales y las necesidades de inversión, se vio la importancia de focalizar el gasto público, es decir identificar con la mayor precisión posible a los grupos de población más pobre y vulnerable<sup>10</sup> y así garantizar la eficacia y el impacto de los programas sociales. Por lo anterior el Consejo Nacional de Política Económica y Social – CONPES<sup>11</sup>, estableció en el artículo 5º del mismo documento, que *“los beneficiarios del gasto social se identificarán a través de la estratificación socioeconómica y de la ficha de clasificación socioeconómica”*; igualmente el parágrafo 3º de éste artículo, estableció que a partir del 1º de enero de 1995 se adoptaba la ficha de clasificación socioeconómica de hogares, familias o individuos (Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales, SISBEN), para beneficiarios de programas especiales de auxilios a ancianos, indigentes<sup>12</sup>, selección de beneficiarios del régimen subsidiado de seguridad social en salud<sup>13</sup> y en general para todos los programas de gasto social que impliquen subsidio a la demanda.

---

<sup>6</sup> El Artículo 162 Capítulo III Régimen de beneficios, Ley 100 de 1993 establece que “este plan permitirá la protección integral de las familias, a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de salud y la prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación para todas las patologías según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad definidos”.

<sup>7</sup> Artículo 182, Ley 100 de 1993.

<sup>8</sup> El Situado Fiscal y los ingresos corrientes de la nación

<sup>9</sup> Ley 100 de 1993, Capítulo III, Artículo 218 y siguientes.

<sup>10</sup> CONPES Social 055 noviembre 2001 y art.94 de la Ley 715 de diciembre 21 de 2001

<sup>11</sup> Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento CONPES 22 de enero de 1994. Colombia

<sup>12</sup> Art.257 de la ley 100 de 1993

<sup>13</sup> Acuerdo 23 de diciembre de 1995 CNSSS.

## 2. DIAGNÓSTICO SOBRE ALGUNOS PILARES FUNDAMENTALES DEL DESARROLLO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

### 2.1 MECANISMOS DE FOCALIZACIÓN DEL GASTO SOCIAL EN SALUD

Uno de los mayores desafíos de la política social en materia de salud planteada en 1993, fue establecer el mejor mecanismo para garantizar el acceso efectivo y equitativo a unos servicios eficientes y de buena calidad en función de los costos a los grandes segmentos poblacionales que no pueden pagar los servicios privados y deben necesariamente recurrir al Estado.

Es así como uno de los pilares fundamentales de la política social en salud es la focalización del gasto social, la cual permitiría mejorar el diseño de los programas, puesto que cuanto más precisa sea la identificación de quienes padecen la necesidad, más fácil será diseñar las medidas específicas para su solución y aumentar la eficiencia de los recursos, para lo cual se estableció como único instrumento de focalización el SISBEN .

En Bogotá el Sistema de Selección de beneficiarios para programas sociales – SISBEN, se encuentra reglamentado y organizado de acuerdo con lo señalado por el Decreto 583 de 1999 expedido por la Alcaldía Mayor. Entre los principales inconvenientes que ha presentado el instrumento y detectados por este ente de control<sup>14</sup>, se pueden mencionar la desactualización de datos de los beneficiarios del SISBEN, deficiencias en la calidad de la información debido a la falta de control en los programas de captura, en la digitación, verificación permanente y en la comparación de la información, de los cuales depende el éxito de la aplicación de la encuesta SISBEN, tema que compete en forma directa al Departamento Administrativo de Planeación Distrital DAPD como administrador del Sistema.

Frente al tema algunos actores políticos han mencionado que esta herramienta no incluye, mecanismos de actualización que permitan incorporar información de nacidos, inmigrantes, retirar a los emigrantes y fallecidos, incluir por demanda a personas pobres que no hayan sido encuestadas en la fase inicial, excluir aquellas mal clasificadas<sup>15</sup>.

Igualmente algunos autores<sup>16</sup> especializados en el tema han citado como problemas fundamentales de la herramienta los relacionados con el nivel de cobertura alcanzado a la población pobre excluyendo a personas pobres *“que no habitan en barrios con nivel de pobreza generalizado, dejando además descubiertas zonas rurales y urbanas que en su momento no eran consideradas pobres”*, igualmente menciona la problemática relacionada con la calidad del registro de los datos de las personas, ya que *“los encuestadores no estaban suficientemente preparados cuando se aplicó el sistema.”*

Entre otras, por las razones expuestas, se hizo necesario reformar el Sistema de Focalización Individual del Gasto Social, buscando actualizar el sistema de ponderación estadístico de variables (índice SISBEN); actualizar y rediseñar el instrumento para incluir

<sup>14</sup> Eficacia del SISBEN como herramienta de focalización del gasto en salud en Bogotá D.C. Contraloría de Bogotá, Dirección de Salud y Bienestar, 2003.

<sup>15</sup> Discusión proposiciones 533 y 534 de 2005 Concejo de Bogotá- Actualización Sisbén.

<sup>16</sup> Tomado del análisis al informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud 1999-2000, citador por Víctor de Currea Lugo. El derecho a la salud en Colombia, diez años de frustraciones. Ediciones Antropos Bogotá 2003.

información y nuevas variables que identifiquen diferencias regionales, reglamentar los aspectos necesarios para actualizar, depurar y asegurar la calidad de la información con bajo costo, desarrollar un marco regulatorio y sancionatorio que contemple sanciones para los responsables de información mal reportada y para los funcionarios que alteren los datos y adoptar medidas para minimizar el riesgo de distorsión de la información y la posibilidad de manipulación por parte de los diferentes actores involucrados.

El DAPD entre febrero de 2003 y finales de junio de 2005, realizó la aplicación de la nueva encuesta SISBEN<sup>17</sup> a cerca de 4.077.424 personas, en la población encuestada categorizada en los estratos 1, 2 y 3 de las 20 localidades de la ciudad. Sin embargo, de acuerdo con información de la Secretaría Distrital de Salud, de un total de 1.618.095 personas que a diciembre 31 de 2005 estaban afiliadas al régimen subsidiado, 1.235.413 contaban con nueva encuesta SISBEN, de donde se tiene que cerca de 382.682 personas continúan con la calificación SISBEN anterior<sup>18</sup> corriendo el riesgo de quedar desafiliados del Régimen Subsidiado de Salud.

Por lo anterior, es necesario revisar los sistemas de control sobre los procesos y procedimientos de aplicación de la encuesta y de procesamiento de la información que posibiliten lograr una eficaz identificación de beneficiarios de subsidios y una adecuada aplicación de los recursos públicos destinados a la inversión social en el Distrito y en la nación. De igual forma se evidencia la necesidad de un mayor control social que permita que la población pobre sea consciente de su carácter de ciudadano con derechos sociales y que pueda ejercer a través de las veedurías ciudadanas.

## 2.2 LA COBERTURA EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD BAJO EL MODELO DE ASEGURAMIENTO.

A partir de la reforma, y teniendo como objetivo la universalización de la salud, el sector ha ido ampliando progresivamente su cobertura en afiliación al sistema, pasando de una afiliación aproximada del 20% de la población en el año 1993, al 47% en 1996, aumentando en 1998 a 60.3%. Sin embargo a partir de 1999 se observa una disminución de la misma: 57.35% en 1999 y 56.55% en el año 2000.

**CUADRO 3  
COMPORTAMIENTO DE LA COBERTURA DE SALUD  
EN COLOMBIA  
PERIODO 1996 –2000**

AFILIACION / AÑO	1996	1997	1998	1999	2000
<b>POBLACION TOTAL</b>	<b>39,281,340</b>	<b>40,018,837</b>	<b>40,772,994</b>	<b>41,539,011</b>	<b>42,299,301</b>
Régimen Contributivo	12,536,403	14,969,278	16,090,724	14,537,402	14,409,131
Régimen Subsidiado	5,981,774	7,026,690	8,527,061	9,283,966	9,509,729
<b>TOTAL AFILIADOS</b>	<b>18,518,177</b>	<b>21,995,968</b>	<b>24,617,785</b>	<b>23,821,368</b>	<b>23,918,860</b>

FUENTE: Departamento Nacional de Planeación. Sistema de Indicadores Sociodemográficos para Colombia.

<sup>17</sup> De conformidad con lo señalado en la Ley 715 de 2001.

<sup>18</sup> Estadísticas Régimen Subsidiado, Dirección de Aseguramiento Grupo de Sistemas d información Secretaría Distrital de Salud, diciembre 2005.

Como se observa, a pesar de que para el año 2000 el gobierno nacional<sup>19</sup> se propuso que el 100% de la población estaría cubierta por el SGSSS, esta meta no ha sido alcanzada, encontrándonos que aún para el 2004 de los 45.325.261 habitantes, tan solo 30.410.724 estaban asegurados bajo alguno de los dos regímenes de salud y el 32.9% (14.914.537 personas) se encontraba fuera del sistema.

**CUADRO 4**  
**COMPORTAMIENTO DE LA COBERTURA DE SALUD**  
**EN COLOMBIA**  
**PERIODO 2001-2004**

AÑO	Afiliados Régimen Contributivo-RC	Variación respecto al año anterior	Afiliados Régimen Subsidiado-RS	Variación respecto al año anterior	Total Población Nacional-TP	Participación RC del TP %	Participación RS del TP %
2001	13,335,932		11,069,182		43,321,386	30.78	25.55
2002	13,165,463	-1.28%	11,444,003	3.4%	43,834,115	30.03	26.11
2003	13,805,201	4.86%	11,867,947	3.7%	44,583,577	30.96	26.62
2004	14,857,250	7.62%	15,553,474	31.1%	45,325,261	32.78	34.32

FUENTE: DANE, Colombia. Proyecciones anuales de población por sexo y edad 1985

La afiliación al Régimen Contributivo en el primer cuatrienio del siglo XXI presentó una disminución de 170.469 afiliados entre el cierre de 2001 y 2002, y alcanzó su mayor crecimiento en el 2004 al superar en 1.052.049 el número de afiliados al cierre de 2003.

En tanto, en el Régimen Subsidiado se presentó una leve variación en el número de afiliados de 374.821 en el período 2001 a 2002, mientras que para las dos vigencias siguientes hubo un crecimiento importante del 31.1%, es decir 3.685.527 afiliados.

Como se observa en los cuadros anteriores, el Régimen Subsidiado encuentra dependencia en el Régimen Contributivo, debido a que parte de los recursos del mismo provienen de la cotización de solidaridad de este último, lo cual se ve reflejado en el comportamiento de la cobertura del subsidiado, es decir si la afiliación al Régimen Contributivo aumenta, este es directamente proporcional para el Régimen Subsidiado.

Lo anterior permite concluir que la cobertura al Sistema General de Seguridad Social en Salud depende en gran medida de las políticas de empleo del país, de las variaciones en la estructura ocupacional y de la disminución de ingresos reales. Por tanto como ya lo ha mencionado esta Contraloría<sup>20</sup> *“una política de generación de empleo tendría un impacto directo en el aumento de cobertura en el aseguramiento. Por cada empleo formal y estable, se podría aumentar, en promedio la afiliación en más de dos personas al Régimen Contributivo, ya que la afiliación es familiar y se tiene una densidad familiar promedio de 2,35. Adicionalmente se generarían recursos de solidaridad que financian la afiliación al Régimen Subsidiado.”*

<sup>19</sup> Ley 100 de 1993

<sup>20</sup> Contraloría de Bogotá. De Bogotá a la Región, apuntes para un modelo de desarrollo regional. Bogotá 2003.

### 2.3 LAS BARRERAS DE ACCESO EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Pese al aumento en el número de personas aseguradas y cubiertas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Contraloría de Bogotá en algunas de sus actuaciones fiscales<sup>21</sup>, ha puesto en evidencia que no todas las personas que se encuentran cubiertas por el Sistema tienen acceso efectivo a los servicios médico-asistenciales contenidos en los Planes Obligatorios de Salud definidos para los regímenes contributivo y subsidiado. Es así como, el aumento en los niveles de pobreza de gran parte de la población y las deficiencias en el diseño y gestión del sistema han provocado nuevas y profundas inequidades y barreras en la distribución de los beneficios.

Estos factores se constituyen en verdaderas barreras de acceso a los servicios de salud e incluyen, entre otras, las siguientes:

- Dispendiosos trámites administrativos para autorización de servicios exigidos por las Administradoras del Régimen Subsidiado –ARS- y las Entidades Promotoras de Salud –EPS-.
- Dispersión geográfica de los centros de autorización de servicios y de la red de servicios médico-asistenciales contratados por las EPS y las ARS, que aumenta los costos de desplazamiento para el usuario y en muchos casos limitan e impiden el acceso a los servicios.
- Atención en instituciones no aptas para el tratamiento de los pacientes.
- Vacíos en la determinación de responsables de la prestación y financiamiento de los beneficios del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y de los servicios médicos complementarios.
- Limitaciones en la capacidad de pago de cuotas moderadoras y co-pagos por parte de los usuarios.
- Desconocimiento de los derechos por parte de los usuarios para lograr hacer efectivo el servicio de salud que requieren.

Como se observa, es viable concluir que el desarrollo y la actual mecánica procedimental del Sistema, favorece la implementación de barreras de acceso a los servicios, especialmente para sectores vulnerables y población pobre, que bajo la premisa del autofinanciamiento y equilibrio financiero tanto de los prestadores como de los aseguradores, no son rentables. Por esto, el gobierno de Bogotá, en el propósito de garantizar el acceso a los servicios de salud estableció la estrategia de salud a su hogar, sobre la cual nos referiremos posteriormente en un capítulo aparte.

---

<sup>21</sup> Auditoría Gubernamental con enfoque integral modalidad especial “evaluación a la contratación de firmas interventoras”. PAD 2002-2003.

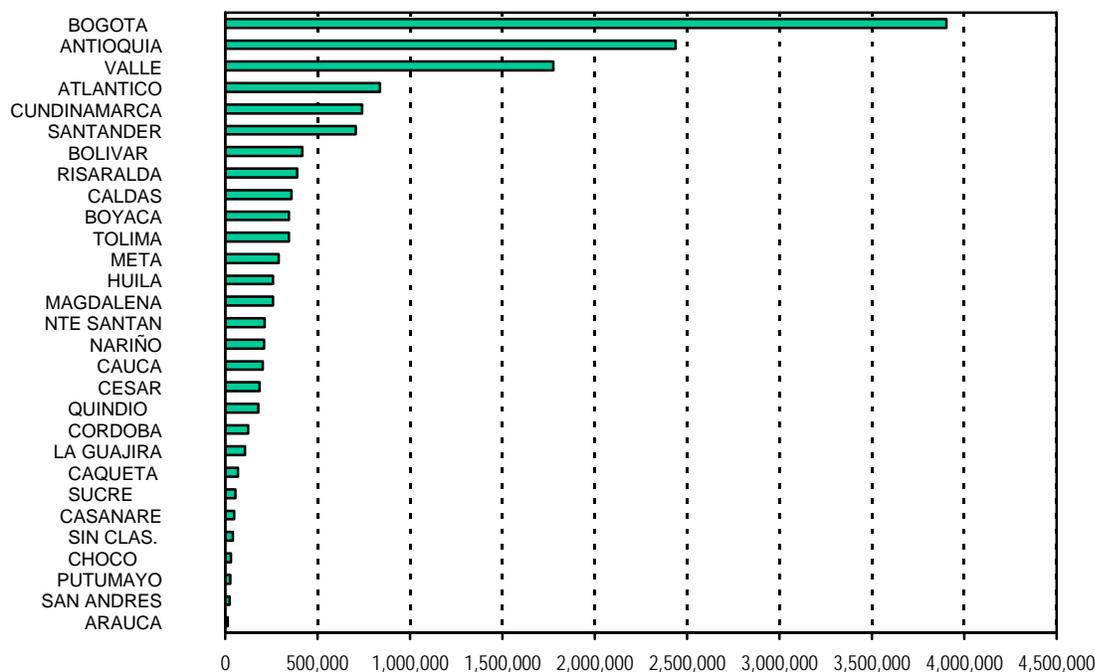
### 3. DESARROLLO Y ESTADO ACTUAL DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN BOGOTÁ

#### 3.1 EL ASEGURAMIENTO EN BOGOTÁ

En Bogotá el Régimen Contributivo concentra el mayor número de afiliados que corresponden en promedio al 63% de la población total durante los años 2000 al 2005. En tanto la población participante vinculada se mantiene en promedio con un 24.7% de la población total, mientras el Régimen Subsidiado pese al leve incremento en el número de afiliados mostrado en el período, concentra el nivel más bajo (20.3%) de la población total de la ciudad.

Al comparar la afiliación al Régimen Contributivo del año 2001 entre Bogotá y otros departamentos del país<sup>22</sup>, se observa que para ese momento la cobertura de aseguramiento en el Distrito Capital, fue la más alta del Sistema a nivel nacional<sup>23</sup>

**GRÁFICO 2**  
**AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DE SALUD**  
**DISTRIBUCIÓN POR ENTIDAD TERRITORIAL CORTE A AGOSTO DE 2001.**



En lo que respecta al **Régimen Subsidiado**, al año 2001 la Secretaría Distrital de Salud, había afiliado a este 1.216.970<sup>24</sup> personas aproximadamente (18% de la población del

<sup>22</sup> República de Colombia, Superintendencia Nacional de Salud.

<sup>23</sup> El departamento de Antioquia contaba en agosto de 2001 con una cobertura de 2.488.345 afiliados en Régimen Contributivo, Valle del Cauca contaba con 1.774.745 afiliados, mientras que el departamento de Atlántico contaba para el mismo período con 836.653 afiliados, seguido por el departamento de Cundinamarca con 743.096 afiliados en Régimen Contributivo.

<sup>24</sup> Según datos de la Secretaría Distrital de Salud.

distrito), financiados en gran medida con recursos propios del Distrito<sup>25</sup>, sin embargo el aumento en la cobertura de afiliación, desde 1997 fue bastante tímido, generando como consecuencia que a la fecha además de no cumplir con el principio de universalidad, consagrado en la ley 100, también se este dejando descubierto un alto porcentaje de la población pobre y vulnerable, manteniéndose las desigualdades e inequidades sociales.

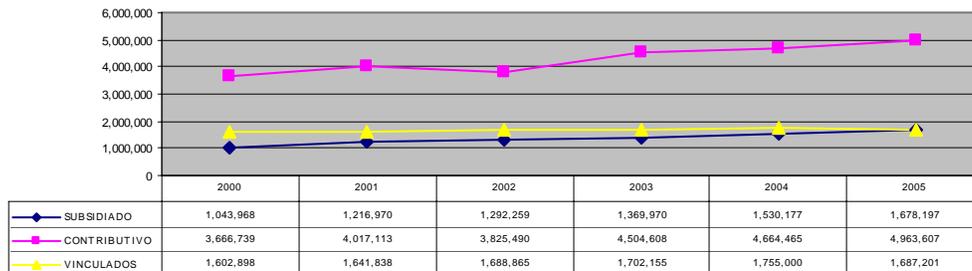
**CUADRO 5**  
**POBLACION AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN BOGOTÁ**  
**PERIODO 1995 -2001**

MUNICIPIO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>BOGOTA</b>	460,188	647,293	910,474	937,646	964,856	1,043.968	1,216.970

Fuente Departamento Nacional de Planeación y Secretaría Distrital de Salud.

Igual situación se observó al analizar la cobertura nacional al Régimen Subsidiado, comparativamente con las ciudades que a nivel nacional concentraron el mayor número de afiliados a este, a saber: Antioquia, Cundinamarca, Valle y Nariño, observando que Bogotá durante el año 2003 ocupó el primer lugar con 1.369.970 afiliados<sup>26</sup>. Sin embargo, para el año siguiente, Bogotá con 1.530.177 afiliados, ocupó el segundo lugar en número de afiliados después de Antioquia, departamento que alcanzó 1.601.058 afiliados.

**GRÁFICO 3**  
**COBERTURA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**  
**EN BOGOTÁ**  
**PERÍODO 2000 – 2005**



Fuente: SDS oficio con número de radicado 14756 de febrero 14 de 2006 y Estadísticas del Régimen Subsidiado del Distrito Capital y Superintendencia Nacional de Salud –Consolidación información SAS Salud y Bienestar Social Contraloría de Bogotá.

Del gráfico anterior llama especial atención, la situación que se evidencia en el SGSSS en la ciudad, con relación al incremento sostenido de la población participante vinculada que, pese a ser considerada transitoria por el gobierno nacional, mientras pasaba a ser beneficiaria de uno de los dos regímenes, contrariamente se muestra mayor que el total de afiliados anuales al Régimen Subsidiado, lo cual va en contravía tanto del principio de universalización de la salud como del principio de equidad, ya que para cada clasificación

<sup>25</sup> Según información de la Secretaría Distrital de Salud, los costos promedio del aseguramiento en salud han sido del orden del 18,97% en relación con el total del presupuesto del sector; De este porcentaje el 16% fue asumido con recursos de rentas cedidas, recursos de capital, aporte del Distrito, ICN y situado fiscal y tan sólo el 2,97% restante fue asumido con recursos del FOSYGA.

<sup>26</sup> Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Informe 2004-2005

de vinculación al sistema existe un plan de beneficios diferente y unos mecanismos de acceso y de financiación igualmente disímiles.

En este mismo sentido, durante el año 2004 la política distrital en consonancia con la nacional, implementó los subsidios parciales<sup>27</sup> como estrategia para ampliar cobertura del Régimen Subsidiado buscando llegar a personas del área urbana pertenecientes a los niveles 2 y 3 del SISBEN, comenzando por el nivel 2 y otorgando unos beneficios claramente definidos<sup>28</sup> y estableciendo igualmente que las atenciones no contempladas en el mismo deben ser suministrados por el ente territorial con recursos destinados para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, es decir la población participante vinculada. Es así como para diciembre de 2005 Bogotá contaba con 116.262 beneficiarios de subsidios parciales<sup>29</sup>.

Sin embargo el aumento en la cobertura se ha visto afectado por diferentes circunstancias. Según datos de la Secretaría Distrital de Salud, a diciembre de 2002, Bogotá contaba con 1.292.259 personas beneficiarias del Régimen Subsidiado, sin embargo este órgano de control estableció que por lo menos el 10%<sup>30</sup> de los beneficiarios presentaban algún tipo de irregularidad, encontrando por ejemplo, multiafiliaciones al interior del Régimen Subsidiado, ya fuera en la misma Administradora de Régimen Subsidiado -ARS o entre ellas, multiafiliaciones con el Régimen Contributivo y beneficiarios ya fallecidos los cuales hacían parte de las cifras oficiales de cobertura, las cuales según los resultados de las auditorías realizadas en ese momento, debían ser por lo menos un 10% inferior.

Igualmente es importante mencionar que las cifras oficiales de aseguramiento están dadas sobre datos de afiliados, sin embargo las personas que no se encuentran efectivamente carnetizadas por las Administradoras de Régimen<sup>31</sup> Subsidiado, no pueden acceder a la prestación de los servicios de salud, población que para diciembre de 2005 ascendía a más de 109<sup>32</sup> mil personas, sumándose por tanto a la población mencionada anteriormente, la cual no tiene derecho y que en conjunto afectan la cobertura real de la política y el avance hacia la universalización.

Adicional a las **dudas frente a la real cobertura del régimen en Bogotá**, se suma la preocupación por el manejo de los recursos del mismo, el cual se ha venido soportando en datos poco confiables y generándose sin un sistema de información que permita controlar y garantizar transparencia en el manejo de los mismos, a cambio del cual los cuantiosos recursos de la salud de los bogotanos, se han venido manejando a través de una base de datos con información muy poco confiable.

<sup>27</sup> Según el acuerdo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud número 267 de 2004, se entiende por subsidio parcial una proporción del valor de la unidad de pago por capitación subsidiada UPC-S, destinada a cofinanciar algunos contenidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POS-S.

<sup>28</sup> Artículo 6 del Acuerdo 267 de 2004 emanado del CNSSS

<sup>29</sup> Según información suministrada por la Secretaría de Salud de Bogotá. Estadísticas del Régimen Subsidiado en el Distrito Capital- Dirección de Aseguramiento.-Grupo de Sistemas de Información.

<sup>30</sup> Contraloría de Bogotá, Control de advertencia "Proceso de administración de la base de datos del Régimen Subsidiado en salud y los contratos de administración de recursos del Régimen Subsidiado celebrados por la Secretaría Distrital de Salud -Fondo Financiero Distrital de Salud con las Administradoras del Régimen Subsidiado en salud". Oficio 33000-8885 de julio 1 de 2003.

<sup>31</sup> Es importante recordar que el ente territorial gira los recursos a las Administradoras de Régimen Subsidiado sobre personas efectivamente carnetizadas.

<sup>32</sup> Según información suministrada por la Secretaría de Salud tomada del maestro de afiliados al Régimen Subsidiado. Población subsidiada y carnetización con estado de afiliación activo.

Por lo anterior se han encontrado beneficiarios del Régimen Subsidiado con capacidad de pago, ya que estaban afiliados a Administradoras de Riesgos Profesionales-ARP y Administradoras de Fondos de Pensiones-AFP, beneficiarios del Régimen Subsidiado respecto de los cuales no se surtió el proceso de aplicación de encuesta SISBEN, indispensable para la asignación de subsidios, beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud, fallecidos, inclusive antes de ser carnetizados, con cédulas de ciudadanía inexistentes o canceladas, o con doble identificación, entre otras, generando no sólo **perdida de recursos** cuantificados en las diferentes auditorías en una suma superior a los **\$39.000 millones**, para los contratos celebrados en el período 2000 al 2003, sino también quitando la posibilidad de acceder al beneficio a aquellas personas que realmente son merecedoras del mismo, según los criterios establecidos en las normas.

Como alternativa de mejora para la confiabilidad de la información y un manejo transparente de los recursos, el gobierno distrital inició un proceso de depuración de la base de datos y de actualización de información de los beneficiarios.

Desde ese momento a través del ejercicio de control fiscal se ha venido realizando seguimiento al proceso de depuración de la base de datos del Régimen Subsidiado, incluyendo la actual vigencia contractual<sup>33</sup>.

En virtud de ello, se solicitó al Ministerio de Hacienda y Crédito Público un cruce entre la base de datos de pagos realizados a las Administradoras de Régimen Subsidiado – ARS<sup>34</sup>, con la base de datos del Registro Único de Aportantes - RUA<sup>35</sup>, tomando como muestra los meses de abril y mayo del año 2004 y de febrero a mayo de 2005; es decir, evaluando una muestra del 24% de la base de datos de la actual vigencia contractual.

Teniendo como criterio lo establecido en la norma<sup>36</sup> frente a que cada persona solamente puede estar afiliada a uno de los dos Regímenes<sup>37</sup> del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que las personas con capacidad de pago o empleados no pueden estar incluidos en la base de datos del Régimen Subsidiado, se observó, como resultado del cruce, la permanencia en la base de datos actual de personas afiliadas a Administradoras de Riesgos Profesionales, a Administradoras de Fondos de Pensiones y a Empresas Promotoras de Salud-EPS en calidad de cotizantes y de beneficiarios.

Igualmente, se registraron casos en los cuales la misma persona se encuentra aportando tanto a riesgos profesionales como a fondos de pensiones y/o a Empresas Promotoras de Salud; es decir, estas personas no podrían estar como beneficiarios del Régimen Subsidiado.

El resultado del cruce muestra los diferentes casos de multifiliación con régimen contributivo y la presencia de afiliados a pensiones y a riesgos profesionales, así:

---

33 La cual inició en abril de 2004 y finalizará en septiembre de 2006

34 Información reportada por la Secretaría Distrital de Salud.

35 Base de datos en la cual se encuentran las personas con capacidad de pago del Sistema General de Seguridad Social es decir aquellas pertenecientes al Régimen Contributivo, a las Administradoras de Riesgos Profesionales y a las Administradoras de Fondos de Pensiones.

36 Acuerdo 131 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y Circular Conjunta número 4 del Ministerio de Salud y número 56 de la Superintendencia Nacional de Salud, numeral 2.4

37 Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado.

**CUADRO 6**  
**RESULTADO DEL CRUCE ENTRE LA BASE DE DATOS DEL**  
**RÉGIMEN SUBSIDIADO Y LA BASE DE DATOS DEL**  
**REGISTRO ÚNICO DE APORTANTES-RUA**

PERIODO EVALUADO	Número de personas beneficiarias del Régimen Subsidiado que a su vez aparecen como:			
	Afiliadas a Administradoras de Riesgos Profesionales-ARP	Afiliadas a Administradoras de Fondos de Pensiones-AFP	Cotizantes en Régimen Contributivo EPS	Beneficiarios en Régimen Contributivo EPS
Abril 2004	30.355	20.457	32.829	24.741
May-04	33.448	22.427	36.621	27.165
Feb-05	51.356	37.534	53.749	35.223
Mar-05	50.171	38.468	56.725	37.688
Abr-05	53.027	41.142	58.656	39.371
May-05	55.898	43.182	60.719	40.739
<b>TOTALES</b>	<b>274.255</b>	<b>203.210</b>	<b>299.299</b>	<b>204.927</b>

Fuente: Cruce Ministerio de Hacienda, Registro Único de Aportantes- RUA sobre Información reportada por la Secretaría de Salud de Bogotá.

En la muestra evaluada se estableció el pago de más de **\$5.555** millones por parte de la Secretaría Distrital de Salud a las ARS por personas que posiblemente se encuentran multifiliadas con el Régimen Contributivo y/o personas que se encontrarían aportando a Riesgos Profesionales y a Fondos de Pensiones, así:

**CUADRO 7**  
**VALORES PAGADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD**  
**DURANTE EL PERIODO EVALUADO-**  
**UNIDADES DE PAGO POR CAPITACIÓN<sup>38</sup> –UPC GIRADAS**

PERIODO EVALUADO	No. Registros únicos de cotizantes y beneficiarios	Valor Total Girado
Abril 2004	50.718	\$ 760.968.529
May-04	55.203	\$ 846.079.693
Feb-05	75.409	\$ 1.186.035.882
Mar-05	78.053	\$ 1.231.643.275
Abr-05	82.050	\$ 691.760.525
May-05	53.168	\$ 838.609.853
<b>TOTAL</b>	<b>394601</b>	<b>\$ 5.555.097.757</b>

Fuente: Cruce Ministerio de Hacienda, Registro Único de Aportantes- RUA sobre Información Reportada por la Secretaría de Salud de Bogotá.

Teniendo en cuenta lo anterior, y promediando el número de cotizantes y beneficiarios únicos mensuales de la muestra evaluada, es posible inferir que las irregularidades en promedio mensualmente ascenderían a 65.767 personas sobre las que actualmente se estaría pagando la UPC Subsidiada, poniendo en riesgo recursos aproximados por más de \$925 millones mensuales, que para la actual vigencia contractual<sup>39</sup> representarían más de **\$24 mil millones**.

<sup>38</sup> Valor de la Unidad de Pago por Capitación-UPC Subsidiada para el año 2004: \$192.300; para el año 2005: \$203.800  
<sup>39</sup> 26 meses, desde abril de 2004.

Así las cosas, se puede afirmar que a pesar de las advertencias hechas por este órgano de control fiscal, la administración distrital, a la fecha no ha logrado superar las irregularidades señaladas, que continúan aún hoy, causando un alto detrimento patrimonial a la ciudad e impactando de manera negativa en la política, ya que la permanencia de personas que no tienen derecho a este subsidio le resta posibilidad a quienes efectivamente tienen una necesidad apremiante en salud y no cuentan con recursos para suplirla de otra manera.

De igual forma, conviene anotar que estos hechos, constituyen un alto riesgo a la moralidad administrativa y a la transparencia de la gestión fiscal de los recursos públicos.

Si bien es cierto que el ente territorial está adelantando algunas actividades, tales como el proceso de reemplazos, el proceso de actualización de información de los afiliados al Régimen Subsidiado, al cual nos referiremos más adelante y la planeación para los procesos de libre elección y traslados entre ARS<sup>40</sup>, encuentra este órgano de control la permanencia de irregularidades en la base de datos sobre la cual el distrito está girando actualmente las Unidades de Pago por Capitación- UPC, **sin que exista aún un sistema de información** con controles tecnológicos efectivos, ni metodologías o procedimientos formalmente establecidos para eliminarlos oportunamente de la base de datos sobre la cual se continúan generando los pagos, aumentando así la pérdida de recursos, que se ha venido consolidando a través de la historia del Régimen Subsidiado en Bogotá.

Pero Bogotá no solo estaría perdiendo recursos del Régimen Subsidiado por las deficiencias mencionadas anteriormente, sino también por que para el giro de los recursos por parte del FOSYGA, se establecieron nuevos términos y procedimientos, por parte del Ministerio de la Protección Social, mediante la resolución No.000 778 de MARZO 2006, por tanto, si el distrito no logra validar adecuadamente la Base de Datos Única de Afiliados- BDUA, está en riesgo de dejar de percibir oportunamente cuantiosos recursos.

Es así como, según información suministrada por el FOSYGA<sup>41</sup>, *“hasta la fecha se ha girado respecto de BDUA sobre el 100% de los afiliados reportados.... A partir del 1 de octubre de 2006 se continúa con la fase 2 que establece los giros basados en el número de registros que pasaron estructura técnica, y a partir del 1 de abril de 2007 finaliza con la incorporación de la fase 3 que corresponde a giros basados en registros cargados exitosamente a la BDUA- Régimen subsidiado”,* los cuales a la fecha corresponden al 44.2% del total de afiliados reportados.

El último reporte de afiliados por parte de la Secretaría Distrital de Salud fue el 28 de febrero de 2006<sup>42</sup> por un número de **1.680.537** estando al 30 de junio de 2006 solamente cargados exitosamente a la BDUA- Régimen Subsidiado **743.416** afiliados, lo que significa que la SDS no ha cumplido con la meta<sup>43</sup> de garantizar a **1.669.970** afiliados al régimen subsidiado el derecho a la atención en salud.

---

40 Según información reportada por la Secretaría de salud mediante oficio 64390 de junio 12 de 2006

41 Acta de visita Admva – Fiscal 07-04-06 –Dirección Subcuenta de solidaridad

42 Resolución 1149 de 2006, art. 4. “El reporte de novedades debe hacerse dentro de los primeros días hábiles de cada mes”

43 Ficha EBI Proyecto 385 “Universalización de la atención integral en Salud”

Teniendo en cuenta la situación expuesta en los párrafos precedentes, si la norma se estuviera aplicando en la actualidad, Bogotá habría recibido tan sólo **\$41.084.8 millones** de un total de **\$91.952.1 millones**, situación que se puede materializar a futuro de no mejorarse la confiabilidad en la información y el proceso en si mismo.

Los hechos antes señalados aumentan aún más la preocupación, si se tiene en cuenta que la Secretaría se encuentra a tres meses de realizar una nueva contratación y a pocos días de realizar el proceso de libre elección, sobre una base de datos en la cual aún persisten las irregularidades mencionadas, situación que pone en riesgo los recursos públicos destinados a la financiación del régimen.

Para subsanar parte de las irregularidades, la SDS viene adelantando un proceso de actualización de datos de los beneficiarios del régimen, incorporando como elemento innovador para minimizar el riesgo de fraude, la captura de la huella digital como dato adicional de control. Para el desarrollo de tal actividad ha propuesto un cronograma de actividades por localidad, el cual se tiene previsto finalizar en el mes de marzo de 2007. El proceso inicia con la convocatoria previa y por escrito a los beneficiarios para que estos acudan a realizar la actualización de los datos en los lugares señalados por la Secretaría de Salud.

Analizado el desarrollo de la actualización de datos, se observa que para el período abril a junio de 2006, el distrito tenía previsto actualizar cerca de 197.695 afiliados en las localidades de Sumapaz, Usaquén y Suba y solo ha logrado actualizar 29.2% es decir 57.812 actualizaciones en total, traduciéndose en un proceso lento y de poca efectividad para la magnitud de la problemática.

### 3.2 FINANCIAMIENTO DEL RÉGIMEN EN BOGOTÁ Y FLUJO DE RECURSOS.

Analizado el período 2000-2005, se observa que la asignación y ejecución de recursos que financian la salud de la población más pobre y vulnerable de la capital presenta una variación disímil importante, que señala su mayor incremento en el flujo de recursos en el año 2001 con respecto a 2000 y su menor crecimiento en la vigencia 2002, (4.1%) al pasar de \$243.084.7 a \$279.262.6 millones<sup>44</sup>, para continuar con una recuperación en los recursos asignados en la vigencia 2003, periodo en el cual presenta un nivel de ejecución superior a lo asignado, situación generada en la disposición de recursos que en la vigencia anterior no fueron ejecutados y pasaron a ser parte de la nueva vigencia.

Sin embargo al realizar un ejercicio contrastando fuentes de información del valor de los recursos financiados por el FOSYGA, se observan diferencias para cada una de las vigencias, entre el reporte de la Secretaría y el entregado por el consorcio FIDUFOSYGA, lo cual además de generar incertidumbre sobre el valor real de los recursos destinados por el FOSYGA para financiar el Régimen, muestra serias fallas en los sistemas de información del mismo.

---

<sup>44</sup> Actualizados a pesos constantes de 2005

**CUADRO 8**  
**DIFERENCIA EN VALORES GIRADOS REPORTADOS**  
**POR FOSYGA Y LO RECAUDADO POR EL FFDS**

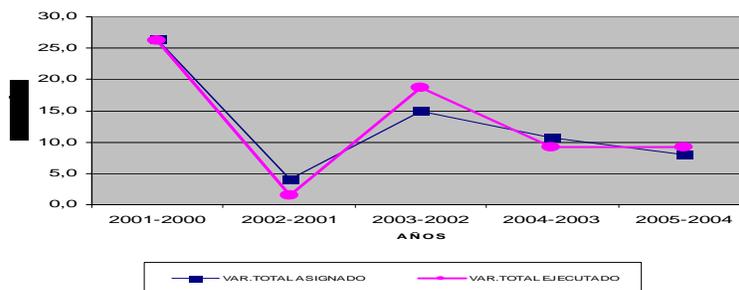
Cifras en millones de pesos

AÑO	VALOR REPORTE FOSYGA-FIDUFODYGA	VALOR RECAUDADO POR FFDS	DIFERENCIA
2000	22,279.3	22,279.5	-0.2
2001	51,654.2	51,674.4	-20.2
2002	54,930.2	54,909.9	20.3
2003	48,343.9	66,541.5	-18,197.6
2004	71,431.5	82,712.1	-11,280.6
2005	87,729.8	73,852.7	13,877.1

Fuente: información reportada por vigenica, FOSYGA y SDS-FFDS

Para los años 2002 y 2005 el FFDS reporta un menor valor recaudado frente a lo reportado por FOSYGA, en tanto para las vigenias 2000, 2001, 2003 y 2004 el FFDS recaudó valores superiores a los girados por el Consorcio Fiduciario FOSYGA.

**GRÁFICO 5**  
**FLUCTUACIÓN RECURSOS ASIGNADOS Y EJECUTADOS**  
**RÉGIMEN SUBSIDIADO**  
**PERIODO 2000-2005**



Fuente: Cifras suministradas por la Secretaría Distrital de Salud.  
Cálculos realizados por la Subdirección de Análisis Sectorial Salud y Bienestar Social- Contraloría de Bogotá

Es así como inicia el flujo de recursos del régimen, pasando de la nación al ente territorial<sup>45</sup>, el cual posteriormente y con los recursos disponibles suscribe los contratos con las **ARS- Administradoras del régimen subsidiado** para que a través de las mismas se realice la afiliación efectiva al sistema.

Por tanto las ARS juegan un papel importante dentro del sistema, no sólo como un actor más del mismo o como el administrador de los recursos del régimen, sino también como

<sup>45</sup> Ley 100 de 1993, art. 215 Administración del Régimen Subsidiado: Faculta a los entes territoriales para la suscripción de contratos de administración del subsidio con las ARS.

el administrador del riesgo de enfermedad de las personas, el cual bajo el modelo de aseguramiento debe garantizar unas acciones claras y concretas para evitarlo, minimizarlo o manejarlo, las cuales se deben materializar en acciones que van desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como pilares del enfoque preventivo del aseguramiento, hasta acciones curativas y de rehabilitación. Sin embargo, el enfoque de este capítulo se orientará a su papel como administrador de recursos del régimen.

El número de Administradoras del Régimen Subsidiado con las cuales la SDS ha contratado el aseguramiento del Plan de beneficios a la población del régimen subsidiado se ha concentrado desde 2003 en adelante en 17 ARS, en las cuales se ha distribuido la población como se muestra en el siguiente cuadro:

**CUADRO 9**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL**  
**RÉGIMEN SUBSIDIADO POR ARS 2003- 2005**

ARS	2003	2004	2005
CAFAM	155,809	167,774	183,086
CAJA SALUD	118,919	122,229	
CAJACOPI		242	17,191
CAPRECOM	51,598	52,213	52,965
COLSUBSIDIO			136,150
COMFENALCO	116,420	122,897	
COMPARTA	20,868	25,911	37,231
COOSALUD	47,514	95,468	97,879
ECOOPSOS	52,474	54,444	58,359
HUMANA VIVIR	319,209	335,174	375,367
4MUTUALSER	90,828	93,340	117,587
PIJAOS	4,227	4,373	4,774
SALUDCONDOR	28,760	39,694	42,985
SALUDTOTAL	245,247	264,419	298,770
SALUDVIDA	32,279	39,909	1,160
SOLSALUD	88,286	134,117	154,046
UNICAJAS	0	0	130,591
TOTAL	1,372,438	1,552,204	1,708,141

Fuente: Dirección de Aseguramiento SDS- Grupo Sistemas de Información

Se observa que durante las tres vigencias analizadas, la preferencia de afiliación, basada en el principio de libre elección, se concentró en las ARS Humana Vivir y Salud Total, las que agruparon el 41,1%, de la población afiliada total al régimen, es decir 564.456 , 599.593 y 672.137 usuarios respectivamente.

Es así como, con el fin de garantizar la accesibilidad de los afiliados a los servicios de salud, **las ARS deben contratar** con Instituciones Prestadores de Servicios de Salud-**IPS**<sup>46</sup> públicas y privadas, pero **prioritariamente con la red pública del ente departamental** en donde se encuentre ubicado el afiliado, en este escenario para el caso de Bogotá, esta contratación se realiza con las 22 Empresas Sociales del Estado-ESE

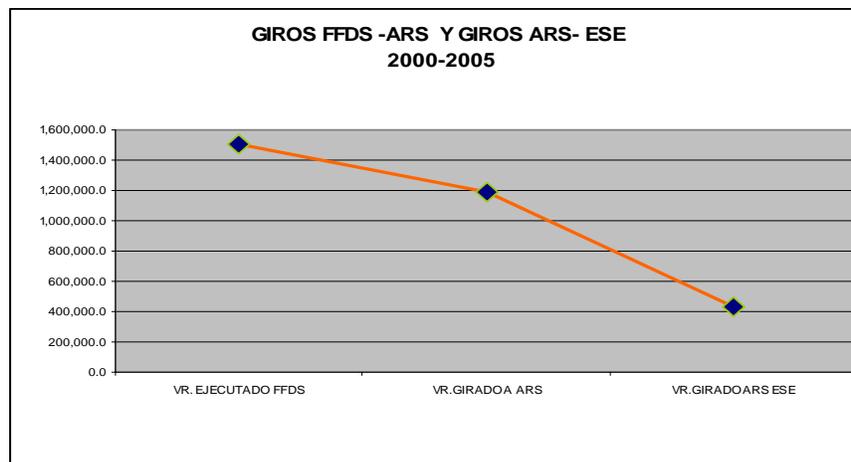
<sup>46</sup> Las cuales según el artículo 185 de la ley 100 de 1993, tienen la función de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la ley.

Que conforman la red distrital y con las demás del nivel departamental y nacional ubicadas en la ciudad.

En este contexto se realiza entonces un proceso de contratación entre las ARS y las ESE, que como se define en el artículo 194 de la ley 100 de 1993, son las empresas a través de las cuales el estado presta los servicios de salud en forma directa, es decir, es en este punto donde los recursos que inicialmente salieron del estado para la prestación de los servicios, retornan a él para cumplir con esta función, pasando por un punto intermedio representado en la ARS.

Es entonces, cuando surge la inquietud por conocer el valor de los recursos que finalmente retornan a las empresas, que en representación del Estado, deben brindar servicios de salud a la población pobre de la ciudad, encontrándonos que durante el período 2000-2005 Bogotá contó con un total de \$1.505.494.6 millones<sup>47</sup>, monto del cual giró a las ARS el 79.3%, es decir \$1.193.967.6 millones<sup>48</sup> a las ARS, quienes a su vez giraron a las ESE adscritas a la Secretaría de Salud de Bogotá, tan sólo el 36.2% del total recibido por las ARS. Es decir sólo \$431.919.5 millones<sup>49</sup> retornaron al Estado, a través de su red pública.

**GRÁFICO 6**



Fuente: Flujo de Financiación y Giros efectuados a las ARS- Información reportada por la SDS-FFDS  
Giros efectuados ARS a las ESE: Información reportada por las ESE.

Se observa entonces, como a pesar de la diversidad de fuentes de recursos con que cuenta el sector y alto volumen de los mismos, la participación de las ESE en estos aparece bastante minimizada, encontrando explicación, en aspectos tales como el aumento de la oferta hospitalaria propia tanto de las ARS, quienes prefieren contratar con sus propias instituciones que con el sector público, argumentando entre otros, factores de calidad de servicios, de infraestructura y de condiciones de la tecnología biomédica.

A pesar de que la Ley 100 consagra el principio de la libre escogencia, según el cual son los usuarios quienes finalmente deben escoger en donde desean ser atendidos, en la práctica lo que ocurre es que a los usuarios sólo se les ofrece como red primaria de atención, la que la misma ARS ha contratado, generando y facilitando un

<sup>47</sup> Actualizados a pesos constantes del año 2005.

<sup>48</sup> Actualizados a pesos constantes del año 2005.

<sup>49</sup> Actualizados a pesos constantes del año 2005.

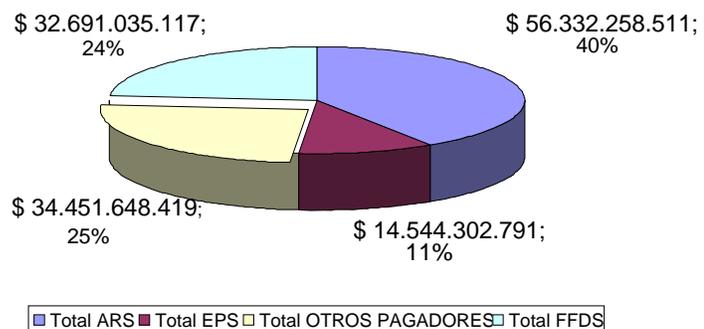
direccionamiento a la demanda de servicios de salud en su red propia, formando un círculo vicioso en el cual cada vez las ESE pueden acceder a menos contratos rentables, reduciendo sus ingresos y consecuentemente sus inversiones en calidad de atención, sin la cual cada vez será más difícil entrar en la competencia, de manera que la actual estrategia de las Entidades administradoras de planes de beneficios va deteriorando cada vez más a las ESE.

Pero las ARS no solamente intervienen en el flujo de los recursos del régimen a través de la contratación, definitivamente han incidido notablemente en la gestión de la prestación del servicio de salud de las ESE, en razón a que no se entregan con oportunidad los recursos financieros correspondientes a los reembolsos que se deben efectuar como consecuencia de la facturación y su consiguiente cuenta de cobro por la venta de servicios contratados con los hospitales ante las administradoras de los recursos.

Es así como al realizar un análisis de tendencia del período comprendido entre el año 2000 y el 2002 de la cartera total de las 22 Empresas Sociales del Estado-ESE adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, se observó que la misma aumentó en un 38,7% al pasar de \$80.182 a \$111.107 millones<sup>50</sup>, aumentando a su vez en el período de 2002 a Diciembre de 2004 en un 25%, alcanzando una cifra de \$138.019 millones.

El análisis por tipo de pagador, revela que las principales deudoras de las ESE para el año 2004 eran las Administradoras de Régimen Subsidiado-ARS-, las cuales participaban en un 40% del total de la cartera<sup>51</sup>, seguido por el rubro Otros<sup>52</sup> con un 25%<sup>53</sup>, Fondo Financiero Distrital de Salud -FFDS- con el 24%<sup>54</sup> y por último las Entidades Promotoras de Salud -EPS- con un 11%<sup>55</sup>.

**GRÁFICO 7**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA CARTERA DE LAS ESE POR TIPO DE PAGADOR**  
**PARA EL AÑO**



**2004**

<sup>50</sup> Cifras ajustadas a precios constantes del 2004.

<sup>51</sup> Con un valor de \$ 56.332 millones

<sup>52</sup> Dentro del rubro Otros se incluyen las cuentas por cobrar de entidades territoriales, Empresas Sociales del Estado, FISALUD, personas naturales, atención en accidentes de tránsito (compañías aseguradoras), cuotas de recuperación, IPS públicas y privadas, ECAT, ARP y otros pagadores.

<sup>53</sup> Con un valor de \$34.451 millones

<sup>54</sup> Con un valor de \$32.691 millones.

<sup>55</sup> Con un valor superior a los \$14.544 millones.

En este sentido continúa siendo preocupante que a marzo de 2006 el valor total de la cartera reportada tanto de las ARS en funcionamiento como las que están en proceso de liquidación, ascendió a \$61.738.6 millones de pesos, siendo la cartera mayor a 360 días la más alta, con \$27.704.4 millones (Anexo 3), seguida de la cartera con antigüedad entre 181-360 días con \$ 17.697.9 millones de pesos. De este total \$50.704.3 millones corresponden a cartera que deben las actuales ARS con las que contrata la Secretaría Distrital de Salud y un valor no menos importante lo representan las ARS en liquidación \$11.034.3 millones de pesos, las que se muestran en el cuadro siguiente.

**CUADRO 11**  
**CARTERA ARS EN LIQUIDACIÓN**

Millones de pesos corrientes

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL DEUDOR	VR. SALDO DE DEUDORES A 31 DE DICIEMBRE 2005**	TOTAL CARTERA DE MAYOR A 360 DIAS	TOTAL DE CARTERA
ASFAMILIAS	4,570.9	4,996.2	4,995.1
AMUANDES	110.6	110.9	110.6
COMCAJA	187.8	207.5	207.5
COOESPERANZA	81.9	73.4	73.4
COOPDESA	427.6	464.7	464.7
COOPSOLSA	146.5	146.5	146.5
ECOOPSALS	296.2	147.0	147.0
FONDO SOLIDARIO DE LOTEROS	533.2	535.7	535.9
SALUD NORTE	1,215.0	1,215.0	1,215.0
SALUDCOOP	1,263.8	1,230.0	1,230.0
UNIMEC	1,044.5	1,036.0	1,035.3
OTRAS	52.4	1,229.9	873.4
<b>TOTAL</b>	<b>9,877.9</b>	<b>11,392.7</b>	<b>11,034.3</b>

Fuente: Información reportada por las ESE-Consolidada por SAS Salud y Bienestar Social Contraloría de Bogotá, extractada del Anexo 3.

Del valor total de la cartera que éstas ARS adeudan, el mayor valor se concentra en las ESE de nivel III, con \$ 8.227.7 millones, seguido del nivel I con \$ 1.766.7 millones y por último las de nivel II con \$1.039.8 millones. Así mismo se destaca que Asfamilies es la ARS que mayor deuda tiene con la red pública distrital cifra que asciende a \$ 4.995.1 millones, es decir el 45% de la deuda total, siendo las ESE del nivel III las más afectadas con \$3.277.1 millones (Anexo 4).

La anterior situación evidencia por una parte, una gestión inadecuada de las mismas ESE, al no adelantar acciones efectivas dirigidas a recuperar dichos recursos y por otro lado una conducta inapropiada por parte de las ARS como administradoras de recursos públicos al afectar el buen funcionamiento en la prestación del servicio a la población subsidiada.

Sin embargo, varios de los procesos de recuperación de la cartera con ARS en liquidación han sido fallidos, dando como resultado una efectiva pérdida de recursos para las Empresas Sociales del Estado.

Para mencionar algunos casos, cabe citar el relacionado con el **Hospital Occidente de Kennedy** III Nivel de Atención, entidad que eliminó partidas producto del saneamiento contable, correspondientes a la cartera adeudada al hospital por las ARS y EPS liquidadas. Es así como este órgano de control, en auditoría practicada a la mencionada entidad, evidenció partidas que disminuyeron el patrimonio de la institución por valor de **\$1.168.6 millones**, ocasionados por la no presentación oportuna de los créditos adeudados por los servicios médicos prestados dentro de los términos exigidos por los agentes liquidadores; tampoco interpusieron los recursos de reposición dentro de los términos estipulados en el Código Contencioso Administrativo y los valores que fueron reclamados no fueron reconocidos por falta de soporte documental.

Idéntica situación se presentó en el **Hospital de Tunjuelito** II Nivel, entidad que tampoco adelantó oportunamente acciones de cobro o recaudo de cartera, ni presentó las reclamaciones de sus créditos dentro del término legal otorgado por los agentes liquidadores de las ARS, generando una pérdida de recursos de más de **\$600 millones** adeudados por empresas como ASFAMILIAS, UNIMEC, COOPDESA, SALUDCOOP, entre otras.

También por falta de gestión oportuna de cobro los Hospitales **del Sur y de Usaquén** I Nivel, perdieron más de **\$278 millones y \$139 millones** respectivamente, al no reclamar a tiempo las cuentas por prestación de servicios médicos asistenciales a afiliados a empresas como SALUD NORTE E.S.S, COOPSOLSA E.S.S, UNIMEC, COMCAJA, AMUANDES, UNIMEC entre otras.

Lo anterior demuestra que además de todos los actores por los cuales pasan los recursos, de la intermediación realizada por las ARS, de los mecanismos empleados por las Administradoras de Régimen Subsidiado para glosar cuentas y de alguna manera retener recursos de los prestadores, se suma la falta de gestión y desorden de los hospitales para reclamar de manera efectiva las cuentas a su favor por servicios de salud prestados a beneficiarios del régimen subsidiado.

### 3.3 LA VIGILANCIA Y EL CONTROL SOBRE EL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN BOGOTÁ.

La ley 100 de 1993 en su artículo 156 estableció como función del Gobierno Nacional, entre otras, el control y la vigilancia del servicio público de salud, por tanto en el nivel territorial corresponde al gobierno distrital o municipal la vigilancia y el control del mismo, el cual en Bogotá está en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud.

Para desarrollar esta función la Secretaría cuenta con algunas herramientas, entre las que encontramos la interventoría, la cual según documentos del anterior Ministerio de Salud puede ser interna o externa. La decisión de una u otra modalidad surge de la evaluación de las condiciones técnicas, logísticas y económicas realizadas por la entidad territorial. Bogotá ha optado por la modalidad de interventoría externa durante el mayor lapso de tiempo en que se ha desarrollado el régimen en el Distrito Capital.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, mediante acuerdo 142 del derogó el artículo 4º. del Acuerdo 114 que permitía a las entidades territoriales destinar hasta el uno por ciento (1%) del valor total de las UPC o unidades de pago por Capitalización Subsidiada que correspondieran a la contratación del Régimen en su respectivo territorio, para financiar la auditoría e interventoría externa de los Contratos del Régimen Subsidiado, autorización que ya había sido suspendida por el mismo CNCSSS mediante el Acuerdo 133 pero que quedó eliminada definitivamente con la expedición del Acuerdo 142/99 al derogar también el acuerdo 133.

Por tanto, los contratos de interventoría externa son financiados, desde entonces, y de manera exclusiva, **con recursos endógenos del Distrito**, con cargo al presupuesto de la entidad territorial contratante, los cuales han ascendido a una suma superior a los \$7.166.1 millones

**CUADRO 12**  
**CONTRATACIÓN INTERVENTORÍAS REGIMEN**  
**SUBSIDIADO EN SALUD**

Millones de pesos corrientes

VIGENCIA	FIRMA INTERVENTORA	VALOR*
Julio 1 de 1997- Junio 30 de 1998	U.T.BDO Salud AGE_BDO Audit AGE	742.8
Julio 1 de 1997 - Junio 30 de 1998	AGS Colombia Ltda.	771.2
Octubre 9 de 1998 - Julio 31 de 1999	U:T:BDO Salud AGE-BDO Audit AGE	749.0
Septiembre 30 de 1998 – Julio 31 de 1999	AGS Colombia Ltda.	749.0
Octubre 25 de 1999 - Noviembre 20 de 2000	AGS Colombia Ltda.	661.2
Octubre 4 de 1999 – Noviembre 18 de 2000	U:T:BDO Salud AGE-BDO Audit AGE	693.6
Agosto 21 de 2001 - Octubre 20 de 2002	BDO AUDIT AGE	490.0
Agosto 21 de 2001 - Octubre 20 de 2002	AGS Colombia Ltda.	490.0
Noviembre 1 de 2002 - Abril 30 de 2004	AUDITAR SALUD UT	927.0
Noviembre 2 de 2004 - Mayo 1 de 2006	CONSORCIO HAGGEN AUDIT-CONSULCONTAF	892.3

Fuente: Información remitida por la Dirección Aseguramiento SDS consolidada por SAS Salud y Bienestar Social Contraloría de Bogotá

Partiendo de la premisa, de que la interventoría es una herramienta de gestión otorgada a la administración, en la medida en que se identifiquen riesgos, se generen acciones que minimicen o eviten la permanencia de los mismos para que a través de ella el estado logre el cumplimiento de los fines propuestos, en el presente caso, una adecuada administración de los recursos del Régimen Subsidiado para una eficiente prestación de los servicios de salud a sus beneficiarios.

En este sentido y con ocasión de la contratación adelantada para la administración del Régimen Subsidiado, surgen obligaciones para las partes intervinientes, es decir tanto para el contratante (FFDS) así como para el Contratista (ARS), cuyo cumplimiento de acuerdo con las funciones de interventoría deben ser por ella verificadas.

Veamos a continuación, a manera de ejemplo las obligaciones pactadas en uno de los contratos suscritos, que se consagra en la mayoría de ellos, es así como dentro de las obligaciones estipuladas se destacan para el contratante entre otras las siguientes:<sup>56</sup> “1)

<sup>56</sup> Contrato 0436/04 FFDS – ARS CAJACOPI

velar por la ejecución y cumplimiento del contrato de Administración del Régimen Subsidiado de Salud...2) Garantizar la aplicación del 100% de los recursos del Régimen subsidiado de Salud... .....5) Evitar el múltiple pago de UPC de subsidios parciales por un mismo afiliado o cualquier pago indebido de UPC de subsidios parciales dentro del Sistema General de Seguridad Social en SALUD, y no reconocer UPC de subsidios parciales de personas que estén siendo compensadas en el Régimen Contributivo y/o aparezcan multiafiliadas en el Régimen Subsidiado, y/o estén atendidas por regímenes excepcionados, tal y como lo establece el inciso 3 del artículo 22 del decreto 50 de 2003. 6) Entregar a EL CONTRATISTA, la base de datos de afiliados al régimen subsidiado de salud mediante subsidios parciales que hacen parte del presente contrato, depurada y actualizada en cumplimiento de los requerimientos del sistema de información.....7) pagar a EL CONTRATISTA, en forma anticipada y por bimestres, a través del Fondo Local de Salud, las UPC de subsidios parciales correspondientes a los afiliados contratados, dentro de los diez días siguientes al inicio del respectivo bimestre... 8) Calcular las UPC de subsidios parciales a pagar, teniendo en cuenta las bases de datos de cada ARS, sin perjuicio de los ajustes que por novedades son pertinentes. 9) Exigir a el contratista dentro de los tres días siguientes a la suscripción del presente contrato: a) La información correspondiente a los afiliados de continuidad, los afiliados recibidos por traslados, y la entrega de listados o bases de datos correspondientes, identificando en ellos los afiliados en continuidad, y los nuevos afiliados para efectos de su verificación.

Surgen igualmente obligaciones para el contratista – ARS; dentro de las cuales se destacan las siguientes:” 1) Disponer y mantener un sistema de información que permita obtener datos separados con relación al número de personas afiliadas, con su correspondiente documento de identidad de conformidad con lo establecido en las resoluciones 890 y 1375 de 2002... 2) Carnetizar los afiliados, al momento de su afiliación, en cumplimiento de lo descrito por el artículo 18 del acuerdo 244 del CNSSS, o la norma que lo aclare o modifique aplicable al presente contrato, como requisito indispensable para el reconocimiento de las UPCS de subsidios parciales. 3) Entregar dentro de los tres días siguientes a la suscripción del presente contrato de aseguramiento, a la red prestadora de servicios, los listados o bases de datos de los afiliados... 5) Entregar mensualmente al contratante el archivo de novedades de los afiliados contratados dentro de los diez días calendario del mes....”

Dentro del mismo contrato se establece en la cláusula Séptima su valor así: “el valor del presente contrato corresponde el valor obtenido de multiplicar el valor de la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado de subsidios parciales, por el número de afiliados de la base de datos que forman parte del presente contrato. El valor de la unidad de pago por capitación será el vigente al momento de la celebración del contrato o el que determine durante su ejecución el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ...”

La transcripción anterior, permite a esta Contraloría cuestionar igualmente el papel desempeñado por las firmas interventoras en desarrollo de la obligación contractual, como por la SDS ya que las mismas han avalado los pagos efectuados a las ARS sobre bases de datos con información no confiable.

En este sentido, se explican igualmente las falencias existentes en el manejo de los recursos pertenecientes al Régimen Subsidiado, que en su oportunidad debieron ser evidenciadas por la interventoría, evitando la generación de pagos y la recepción de los mismos, por multiafiliados, o por personas que pertenecen al Régimen Contributivo, tal y como se demostró con el cruce de bases de datos efectuado con el RUA y en otros procesos auditores realizados por este órgano de control.

De la misma manera, llama la atención la forma de calcular el valor del contrato con las ARS sobre una base de datos que al parecer no es cierta, situación que igualmente conllevaría a realizar pagos que no corresponden, y reitera las deficiencias existentes en la interventoría y supervisión al cumplimiento de los contratos, quien desde que inicia su ejecución debe velar porque se cumpla entre otras con la obligación por parte de las ARS, de carnetizar a todos sus afiliados para verificar que los pagos realizados se

efectúen por quienes realmente se encuentran afiliados, pagos que igualmente deben ser certificados por ella como firma interventora y a la fecha al parecer, continúan siendo equivocados.

No hay que olvidar que los mencionados contratos, igualmente consagran un objeto específico cual es<sup>57</sup>: “ejercer la interventoría técnica, administrativa, financiera y contable sobre los contratos de Administración del Régimen Subsidiado”, existiendo igualmente obligaciones específicas dentro de las cuales se destacan: “...6) Velar por el cabal cumplimiento de las obligaciones señaladas en los contratos objeto de interventoría. 7) Participar en el desarrollo de las actividades que la Secretaría Distrital de Salud realice en materia de seguimiento y evaluación de los contratos objeto de interventoría. 8) **Certificar para efectos del pago a las Administradoras del Régimen Subsidiado, cuyos contratos son objeto de interventoría, el cumplimiento o no de las obligaciones contractuales...**”

De otro lado, para complementar la función de vigilancia, la entidad es decir la SDS a través de la oficina responsable de ejercer la supervisión, en este caso la Dirección de Aseguramiento debe hacer una verificación y seguimiento a las observaciones realizadas por las firmas Interventoras, sin embargo a la fecha no se han mostrado resultados concretos y contundentes de la interventoría, en el sentido de que se siguen realizando pagos que no corresponden, cuando se ha realizado una erogación superior a los \$7.166.1 millones para contratar la interventoría con firmas privadas.

Pese a que los recursos destinados para la supervisión no son recursos del Régimen Subsidiado sino recursos propios del Distrito, preocupa el monto de la inversión que aumentó a \$8.779.4 millones al contratar con la Universidad Nacional desde 2004 hasta la fecha por valor de \$1.613.3 millones, con el fin de realizar una auditoria externa a la base de datos de administración de Aseguramiento del Régimen Subsidiado que maneja la SDS, sobre la cual la interventoría ya había dado el respectivo aval para pagos, sin que hasta el momento se muestren los resultados de tan significativa inversión, por cuanto las irregularidades aún persisten, dejando de lado la finalidad de la contratación estatal que precisamente busca el cumplimiento de los fines del estado, así como la continua y eficiente prestación de los servicios públicos y la efectividad de los derechos e intereses de los administrados que colaboran con ellas en la consecución de dichos fines.

Lo anterior, permite concluir que debe realizarse una revisión cuidadosa al modelo de control que requiere el Régimen, ya que el mismo ha sido inefectivo contribuyendo a aumentar las debilidades en el aseguramiento.

---

<sup>57</sup> Contrato 0307 de 2004 – FFDS- Consorcio HAGGEN AUDIT

## 5. CONCLUSIONES

No obstante las reformas realizadas y transcurridos más de 10 años de implementación del SGSSS, aún persisten situaciones relacionadas con la incapacidad del Estado para cumplir con los principios de universalidad y equidad del sistema, generando por el contrario mayor incremento de aquella población vinculada denominada desde entonces como transitoria, reflejando de fondo una situación estructural de desempleo en el país.

Uno de los elementos angulares en que se sustenta la existencia del Sistema de Información SISBEN, es la determinación de la población en situación de pobreza, sin embargo, de acuerdo con estudios realizados al sistema es precisamente este elemento una de las deficiencias importantes ya que a través de las variables que lo conforman, no se logra determinar plenamente esta condición, requisito sine-quantum para dirigir la focalización de gasto público en cumplimiento de la función social a cargo del estado.

Frente a la real cobertura del Régimen Subsidiado en Bogotá, se suma la preocupación por el manejo de los recursos del mismo, el cual se ha venido soportando en una base de datos poco confiable, por tanto, se requiere un sistema de información que permita controlar y garantizar transparencia en el manejo de los recursos.

Es así como Bogotá no solo estaría perdiendo recursos del Régimen Subsidiado por las deficiencias mencionadas en este estudio, sino también porque para el giro de los recursos por parte del FOSYGA, se establecieron nuevos términos y procedimientos, por parte del Ministerio de la Protección Social, mediante la resolución No.000 778 de MARZO 2006, por tanto, si el distrito no logra validar adecuadamente la Base de Datos Única de Afiliados- BDUA, está en riesgo de dejar de percibir oportunamente cuantiosos recursos.

Así las cosas, se puede afirmar que a pesar de las advertencias hechas por este órgano de control fiscal, la administración distrital, a la fecha no ha logrado superar las irregularidades señaladas, que continúan aún hoy, causando un alto detrimento patrimonial a la ciudad, poniendo en riesgo recursos aproximados por más de \$925 millones mensuales, que para la actual vigencia contractual representarían más de **\$24 mil millones**. De igual manera, conviene anotar que estos hechos, constituyen un alto riesgo a la moralidad administrativa y a la transparencia de la gestión fiscal de los recursos públicos.

Aunado a lo anterior, se evidencia una gestión inadecuada en el manejo de la cartera, tanto de las mismas ESE como de la SDS, al no adelantar acciones efectivas dirigidas a recuperar significativos recursos adeudados por las ARS, especialmente de aquellas que se encuentran en proceso de liquidación, con el riesgo inminente de pérdida de los mismos, y la sostenibilidad financiera de la red pública distrital.

Dados los problemas de fondo que presenta la base de datos de afiliados al régimen subsidiado en la ciudad, se pone en tela de juicio la efectividad de las interventorias como

herramienta de gestión que debe soportar la toma de decisiones y la ejecución de acciones definitivas de mejora, a la fecha no se muestran resultados efectivos pese a la contratación (\$8.779.4 millones) que se adelantó para tal fin, por cuanto las irregularidades persisten, al continuar realizando los pagos sobre una base de datos poco confiable; situación que permite concluir sobre la necesidad de realizar una revisión cuidadosa al modelo de control que aplica la Secretaría Distrital de Salud y que requiere el Régimen.

Ante el panorama no muy alentador que presenta actualmente el Régimen Subsidiado de Salud de los Bogotanos, y ante el reciente hundimiento del proyecto de ley 052 de 2004, se hace importante que desde el Gobierno Nacional y Distrital se insista en la importancia de hacer efectiva una reforma sustancial al vigente Sistema de Seguridad Social en salud, donde en primera instancia se unan esfuerzos para lograr la tan deseada cobertura universal.

Lo anterior implicaría un esfuerzo importante en el incremento de recursos para el financiamiento del sistema; así mismo se requiere con urgencia fortalecer el control y vigilancia a nivel territorial, tanto de los recursos asignados para verificar su efectiva y adecuada ejecución como la implementación de un sistema único de información que permita mantener actualizadas bases de datos de cada uno de los regímenes para mantener liberados los cupos y asignárselos a la población que realmente lo necesita.

**. ANEXOS**

## ANEXO 1

### FINANCIACIÓN RÉGIMEN SUBSIDIADO EN BOGOTÁ 2000-2005

Millones de pesos Constantes 2005

Años	Fosyga	Fosyga Ejecut	Recursos de capital	Recursos de capital Ejecut	Rentas Cedidas	Rentas cedidas Ejecut	SGP	SGP Ejecut.	Partic Ingresos Corrientes de la Nación	Partic Ingresos Corrientes Ejecut	Situado Fiscal	Situado Fiscal Ejecut	Aporte Ordinario	Aporte		Total Ejecut
														Ordinario Ejecut	Total asignado	
2000	30.850.5	28.854.7	13.838.3	13.838.3	26.211.0	26.177.7	0.0	0.0	63,413.2	56,976.0	39,440.2	39,434.8	11,038.7	11,035.4	184,792.0	176,316.9
2001	63,407.1	59,442.4	4,232.1	3,430.9	55,826.2	54,125.6	0.0	0.0	46,042.2	43,272.4	54,081.9	52,446.0	10,033.4	9,929.1	233,622.8	222,646.5
2002	58,943.8	64,566.8	19,049.9	3,071.4	8,575.6	3,520.3	156,515.3	154,805.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	243,084.7	225,963.5
2003	82,762.6	78,687.8	14,919.0	9,717.5	10,999.2	9,193.3	170,581.9	170,544.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	279,262.6	268,143.1
2004	94,162.6	92,424.2	24,868.1	13,177.5	7,427.5	6,116.5	177,164.0	176,866.5	0.0	0.0	0.0	0.0	5,617.7	4,206.4	309,239.9	292,791.2
2005	102,732.4	98,939.2	26,674.6	20,559.8	6,885.7	3,344.8	188,609.0	187,906.9	0.0	0.0	0.0	0.0	8,924.5	8,882.7	333,826.2	319,633.4
<b>TOTAL</b>	<b>432,859.0</b>	<b>422,915.1</b>	<b>103,582.0</b>	<b>63,795.5</b>	<b>115,925.2</b>	<b>102,478.2</b>	<b>692,870.2</b>	<b>690,122.9</b>	<b>109,455.4</b>	<b>100,248.4</b>	<b>93,522.1</b>	<b>91,880.8</b>	<b>35,614.2</b>	<b>34,053.6</b>	<b>1,583,828.2</b>	<b>1,505,494.6</b>

Fuente: Dirección Aseguramiento-Área de Presupuesto SDS-consolidación SAS Salud y Bienestar Social Contraloría de Bogotá

**ANEXO 1**  
**CARTERA DE LAS ARS A LA RED PÚBLICA DISTRITAL POR EDADES**  
**A DICIEMBRE 31 DE 2005**

Millones de pesos corrientes

TIPO	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL DEUDOR	VR. SALDO DE DEUDORES A 31 DE DICIEMBRE 2005**	VR. DEUDORES CON COMPROMISO DE PAGO VIGENTE	TOTAL CARTERA DE 31 A 60 DIAS	TOTAL CARTERA DE 61 A 90 DIAS	TOTAL CARTERA DE 91 A 180 DIAS	TOTAL CARTERA DE 181 A 360 DIAS	TOTAL CARTERA DE MAYOR A 360 DIAS	TOTAL DE CARTERA	CARTERA RECONOCIDA**	CARTERA NO RECONOCIDA**
ARS EN FUNCIONAMIENTO	ASMET SALUD	73,8	2,5	118,80	2,06	33,73	7,15	4,26	52,80	13,85	39,72
	ASOCIA-MUTUAL SER	992,8	237,9	384,43	46,08	72,84	84,15	281,70	1.663,50	905,07	219,60
	CAFAM	2.346,8	365,1	1.232,30	429,17	839,70	1.427,03	1.501,11	4.658,73	2.924,48	1.387,92
	CAFESALUD	194,4	120,8	3,76	1,21	1,24	2,54	208,76	219,04	167,67	26,69
	CAJA SALUD	1.941,7	0,0	18,35	13,96	4,98	8,44	219,27	265,42	220,23	47,74
	CAJACOPI	135,2	16,1	289,82	79,96	87,15	16,89	21,97	575,81	405,01	27,93
	CAPRECOM	3.720,4	298,9	348,42	198,39	680,49	1.321,41	2.165,87	5.123,08	4.137,46	835,09
	CAPRESOCA	169,9	0,4	224,83	54,43	69,90	41,94	31,43	223,09	223,03	0,03
	COLSUBSIDIO	887,8	130,0	504,98	93,03	265,17	157,34	48,93	1.621,88	1.009,75	216,36
	COMFENALCO	1.271,8	23,4	105,64	57,31	221,04	191,13	414,17	975,21	580,17	332,57
	COMPARTA	853,9	102,0	647,31	124,78	263,96	36,20	364,74	1.672,23	1.179,90	262,60
	CONVIDA	120,3	10,5	18,38	6,89	14,03	7,95	65,82	143,40	86,09	18,47
	COOMEVA	38,0	19,4	0,00	0,00	0,00	0,00	38,00	38,00	22,23	15,73
	COOSALUD	2.151,2	803,6	573,76	312,53	611,88	856,24	997,34	3.868,08	2.616,07	346,41
	ECOOPSOS	1.558,1	81,6	715,73	77,55	207,27	191,40	529,06	1.944,79	1.000,25	579,72
	EMDISALUD	293,8	103,6	38,68	9,05	7,04	87,11	190,56	334,08	174,04	157,63
	HUMANA VIVIR	6.923,9	599,8	639,19	300,38	984,20	1.724,39	2.497,73	6.895,30	3.938,80	2.194,77
	PIJACS SALUD	191,9	20,9	27,74	9,54	91,61	14,56	74,73	245,86	221,04	17,94
	SALUD CONDOR	1.823,6	444,5	170,25	202,09	381,83	350,90	1.292,56	2.368,56	1.482,41	528,67
	SALUDTOTAL	2.242,2	425,3	1.003,77	304,65	353,30	498,19	181,44	3.216,37	1.983,56	769,97
	SALUDVIDA	1.065,6	65,7	103,43	128,95	284,77	317,96	546,60	1.449,29	948,66	220,32
	SOLSALUD	2.837,6	782,7	1.032,63	315,55	614,76	9.284,92	1.367,84	4.891,47	3.425,40	777,52
	UNICAJAS COMFACUNDI	1.093,9	161,2	167,86	201,52	265,71	333,80	643,28	1.958,96	486,82	613,22
OTRAS ARS	1.090,1	30,0	1.753,29	353,49	732,16	736,33	2.624,58	6.299,39	3.811,53	2.269,53	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>34.018,8</b>	<b>4.845,9</b>	<b>10.123,34</b>	<b>3.322,56</b>	<b>7.088,76</b>	<b>17.697,99</b>	<b>16.311,75</b>	<b>50.704,35</b>	<b>31.963,53</b>	<b>11.906,16</b>	
ARS EN LIQUIDACION	ASFAMILIAS	4.570,9	639,9	0,00	0,00	0,00	0,00	4.996,16	4.995,09	2.591,33	1.999,43
	AMUJANDES	110,6	2,0	0,00	0,00	0,00	0,00	110,95	110,58	78,67	32,64
	COMCAJA	187,8	6,5	0,00	0,00	0,00	0,00	207,46	207,46	44,76	138,10
	COOESPERANZA	81,9	71,3	0,00	0,00	0,00	0,00	73,39	73,39	71,59	0,19
	COOPDESA	427,6	26,8	0,00	0,00	0,00	0,00	464,69	464,69	275,89	188,80
	COOPSOLSA	146,5	18,3	0,00	0,00	0,00	0,00	146,49	146,49	127,20	19,29
	ECOOPSALS	296,2	167,5	0,00	0,00	0,00	0,00	147,01	147,01	20,62	126,39
	FONDO SOLIDARIO DE LOTEROS	533,2	62,2	0,00	0,00	0,00	0,00	535,74	535,94	220,98	314,97
	SALUD NORTE	1.215,0	36,5	0,00	0,00	0,00	0,00	1.214,97	1.214,97	93,58	1.121,39
	SALUDCOOP	1.263,8	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	1.229,98	1.229,98	65,17	1.160,00
	UNIMEC	1.044,5	74,8	0,00	0,00	0,00	0,00	1.036,00	1.035,33	172,30	837,37
OTRAS ARS	52,4	3,3	0,00	0,00	0,00	0,00	1.229,86	873,39	842,30	28,08	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>9.877,9</b>	<b>1.109,1</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>11.392,69</b>	<b>11.034,30</b>	<b>4.604,41</b>	<b>5.966,66</b>	
<b>TOTAL CARTERA REGIMEN</b>	<b>43.896,8</b>	<b>5.955,0</b>	<b>10.123,34</b>	<b>3.322,56</b>	<b>7.088,76</b>	<b>17.697,99</b>	<b>27.704,45</b>	<b>61.738,65</b>	<b>36.567,94</b>	<b>17.872,81</b>	

\*Este total no incluye información de las ESE: Nazareth, Vista Hermosa, Bosa, Santa Clara, Kenney y Suba, Chapinero, Usme y Usaquén

\*\*No incluye información de las ESE: Santa Clara, Usme, Suba, Vista Hermosa, Bosa

ANEXO 4  
CARTERA ARS ESE III NIVEL

TIPO	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL DEUDOR	VR. SALDO DE DEUDORES A 31 DE DICIEMBRE 2005**	VR. DEUDORES CON COMPROMISO DE PAGO VIGENTE	TOTAL CARTERA DE 31 A 60 DIAS	TOTAL CARTERA DE 61 A 90 DIAS	TOTAL CARTERA DE 91 A 180 DIAS	TOTAL CARTERA DE 181 A 360 DIAS	TOTAL CARTERA DE MAYOR A 360 DIAS	TOTAL DE CARTERA	CARTERA RECONOCIDA*	CARTERA NO RECONOCIDA*	TOTAL	
ARS EN FUNCIONAMIENTO	ASMET SALUD	71.9	2.5	118.7	2.0	32.9	6.6	4.2	49.6	11.9	39.0	339.2	
	ASOCIA-MUTUAL SER	570.1	144.9	236.0	28.7	39.6	51.1	249.5	1,057.3	551.2	102.5	3,030.8	
	CAFAM	569.9	100.3	864.6	205.5	562.3	859.6	1,056.1	2,312.3	1,857.1	465.5	8,853.2	
	CAFESALUD	155.7	120.5	3.4	0.1	0.8	1.7	157.3	164.1	161.0	1.6	766.2	
	CAJA SALUD	1,940.3		0.08	11.2	1.1	0.4	177.0	189.9	189.8	0.0	2,509.8	
	CAJACOPI	43.3		252.0	48.6	23.8	3.9	22.0	377.0	275.8	1.2	1,047.5	
	CAPRECOM	2,546.5	93.0	230.7	96.9	357.3	987.3	1,634.9	3,317.0	2,760.8	425.6	12,450.0	
	CAPRESOCA	168.7	0.4	224.4	54.2	69.9	41.9	30.9	221.1	221.1		1,032.5	
	COLSUBSIDIO	657.5	56.4	435.8	76.9	152.5	116.0		1,240.8	744.8	130.8	3,611.6	
	COMFENALCO	1,075.7	6.8	2.8	44.8	204.7	164.1	281.2	665.2	455.9	209.2	3,110.4	
	COMPARTA	721.0	40.7	601.3	113.7	254.9	33.1	358.5	1,441.5	1,000.7	232.3	4,797.7	
	CONVIDA	105.2	4.9	12.1	3.8	5.9	3.32	58.5	104.0	63.1	12.0	372.8	
	COOMEVA	19.4	19.4					19.4	19.4	19.4		97.0	
	COOSALUD	1,398.8	564.8	334.1	193.9	396.3	697.4	895.6	2,649.8	1,766.1	227.3	9,124.1	
	ECOOPSOS	1,313.3	8.0	663.1	46.5	106.5	180.0	443.2	1,523.3	779.4	493.0	5,556.3	
	EMDISALUD	292.3	103.5	38.174	7.7	6.9	86.9	188.5	328.9	170.6	157.6	1,381.1	
	HUMANA VIVIR	3,190.6	398.1	470.2	174.5	314.6	922.9	1,473.3	3,519.1	2,562.2	705.7	13,731.2	
	PIJAOS SALUD	164.4	2.5	13.3	4.2	86.32	13.3	72.5	193.5	170.0	15.2	735.2	
	SALUD CONDOR	1,249.6	397.4	111.0	172.6	305.7	209.9	993.1	1,573.0	1,047.5	285.5	6,345.3	
	SALUDTOTAL	1,168.3	43.6	419.0	134.4	82.4	202.2	37.6	902.1	389.2	318.2	3,697.0	
	SALUDVIDA	811.4	47.6	76.9	115.3	212.9	253.7	458.4	1,165.8	742.1	179.8	4,063.9	
	SOLSALUD	1,509.6	634.0	853.9	206.0	402.4	8,813.8	906.8	3,039.4	2,500.2	294.8	19,160.9	
	UNICAJAS COMFACUNDI	362.5	100.9	126.3	112.2	168.2	155.6	377.3	1,090.5	245.5	229.5	2,968.6	
	OTRAS ARS	890.2	15.0	1,734.0	351.7	704.0	715.0	2,551.5	6,137.7	3,694.2	2,232.0	19,025.3	
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>SUBTOTAL</b>	<b>20,996.2</b>	<b>2,905.2</b>	<b>7,821.8</b>	<b>2,205.5</b>	<b>4,491.9</b>	<b>14,519.5</b>	<b>12,447.2</b>	<b>33,282.3</b>	<b>22,379.6</b>	<b>6,758.5</b>	<b>127,807.7</b>
	ARS EN LIQUIDACION	ASFAMILIAS	3,000.3	639.9					3,277.1	3,277.1	1,434.8	1,565.5	13,194.7
AMUANDES		2.0	2.0					2.0	2.0	2.0		10.0	
COMCAJA		139.6	6.5					160.6	160.6	6.5	129.5	603.3	
COOESPERANZ		81.4	71.3					72.9	72.9	71.3		369.8	
COOPDESA		245.8	26.8					245.8	245.8	141.4	104.4	1,010.0	
COOPSOLSA		57.7	18.3					57.7	57.7	51.8	5.9	249.1	
ECOOPSALS		262.4	167.5					113.2	113.2		113.2	769.5	
FONDO SOLIDARIO DE LOTEROS		273.1	62.2					273.1	273.1	62.2	210.9		
SALUD NORTE		1,141.3	36.5					1,141.3	1,141.3	36.5	1,104.8	4,601.7	
SALUDCOOP		1,189.8						1,160.0	1,160.0		1,160.0	4,669.8	
UNIMEC		863.8	74.8					854.6	854.6	47.8	779.8	3,475.4	
OTRAS ARS	48,403	3.3	0.0	0.0	0.0	0.0	869.4	869.4	839.8	26.6	2,656.9		
<b>SUBTOTAL</b>	<b>TOTAL</b>	<b>7,305.6</b>	<b>1,109.1</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>8,227.7</b>	<b>8,227.7</b>	<b>2,694.1</b>	<b>5,200.6</b>	<b>32,764.8</b>	
TOTAL CARTERA REGIMEN SUBSIDIADO		28,301.8	4,014.3	7,821.8	2,205.5	4,491.9	14,519.5	20,674.9	41,510.0	25,073.7	11,959.1	160,572.5	

\*Sin información ESE Santa Clara y\*\* Kennedy

Fuente: Información reportada por las ESE consolidada por SAS Salud y Bienestar Social Contraloría de Bogotá

ANEXO 4  
CARTERA ARS CON LAS ESE NIVEL II NIVEL

TIPO	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL DEUDOR	VR. SALDO DE DEUDORES A 31 DE DICIEMBRE 2005**	VR. DEUDORES CON COMPROMISO DE PAGO VIGENTE	TOTAL CARTERA DE 31 A 60 DIAS	TOTAL CARTERA DE 61 A 90 DIAS	TOTAL CARTERA DE 91 A 180 DIAS	TOTAL CARTERA DE 181 A 360 DIAS	TOTAL CARTERA DE MAYOR A 360 DIAS	TOTAL DE CARTERA	CARTERA RECONOCIDA*	CARTERA NO RECONOCIDA*	TOTAL
ARS EN FUNCIONAMIENTO	ASMET SALUD	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.6	0.1	0.0	1.1
	ASOCIA-MUTUAL SER	154.7	26.4	34.9	9.7	22.0	26.8	24.4	373.3	182.7	15.1	715.3
	CAFAM	424.4	25.2	129.5	69.6	98.7	243.1	206.2	865.7	421.4	138.7	2,198.1
	CAFESALUD	2.8	0.0	0.1	1.1	0.0	0.5	3.1	5.0	2.8	0.1	12.7
	CAJA SALUD	1.4	0.0	18.3	2.8	3.9	8.1	42.3	75.5	30.4	47.7	228.9
	CAJACOI	8.3	1.8	16.9	16.0	16.1	1.2	0.0	67.1	32.3	0.8	152.2
	CAPRECOM	278.9	82.4	33.7	3.3	90.9	97.6	178.7	539.0	425.8	129.9	1,581.2
	CAPRESOCA	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.7	0.0	1.9
	COLSUBSIDIO	18.5	7.3	32.8	4.2	6.7	13.6	0.0	73.1	55.7	7.0	200.5
	COMPENALCO	17.5	0.0	52.0	3.2	7.3	7.7	76.3	148.2	39.7	32.2	366.5
	COMPARTA	54.5	46.3	29.7	0.7	3.5	0.3	4.3	150.4	114.6	6.3	356.1
	CONVIDA	2.5	4.2	1.2	0.9	4.2	3.9	3.7	19.5	8.7	4.7	51.1
	COOMEVA	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
	COOSALUD	329.0	83.7	213.1	92.5	97.3	56.0	33.5	733.2	443.3	49.3	1,801.9
	ECCOOPSOS	117.6	2.2	41.1	19.5	18.1	12.7	23.9	124.5	124.3	22.6	388.9
	ENDISALUD	0.6	0.1	0.1	0.1	0.2	0.0	0.0	0.8	1.9	0.0	3.2
	HUMANA VIVIR	701.5	30.1	57.2	76.8	169.6	389.1	381.0	1,228.1	810.3	66.3	3,208.5
	PUJASO SALUD	17.1	15.1	6.9	1.8	1.4	0.1	0.9	29.5	34.6	0.0	90.4
	SALUD CONDOR	123.1	14.9	13.6	14.4	29.6	35.6	138.6	331.6	183.3	37.6	799.4
	SALUDTOTAL	225.6	149.5	339.9	152.0	42.1	92.5	45.9	1,158.6	816.9	106.3	2,903.7
	SALUDVIDA	76.2	0.6	0.6	3.3	31.4	34.6	41.8	112.3	78.6	18.0	321.3
	SOLSALUD	421.5	39.6	90.2	18.5	50.2	278.7	233.6	817.8	501.6	97.8	2,127.9
	UNICAJAS COMFACUNDI	79.6	22.1	14.7	12.2	25.1	54.5	144.6	356.6	70.5	32.8	733.1
OTRAS ARS	99.4	0.1	0.5	0.0	5.7	2.9	38.1	47.8	46.1	0.0	141.1	
SUBTOTAL	SUBTOTAL	3,155.8	551.6	1,127.0	502.6	723.8	1,359.9	1,621.4	7,258.9	4,426.4	813.3	18,385.0
ARS EN LIQUIDACION	ASFAMILIAS	23.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	171.9	680.0	24.5	18.8	895.1
	AMUANDES	27.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	28.3	27.9	28.3	0.4	84.8
	COMCAJA	25.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.4	25.4	25.4	0.0	76.1
	COOESPERANZ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	COOPDESA	63.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.6	100.6	63.5	37.1	301.8
	COOPSOLSA	55.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	55.3	55.3	55.3	0.0	165.9
	ECCOOPSALS	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	0.8	0.8	0.0	2.5
	FONDO SOLIDARIO DE LOTEROS	6.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.9	8.9	6.3	2.6	26.6
	SALUD NORTE	32.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	32.2	32.2	32.2	0.0	96.6
	SALLIDCOOP	23.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	15.0	70.0	15.0	0.0	99.9
	UNIMEC	38.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	39.2	38.5	39.2	0.7	117.5
OTRAS ARS	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3	0.3	0.0	0.8	
SUBTOTAL	TOTAL	297.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	477.7	1,039.8	290.7	59.5	1,867.7
TOTAL CARTERA REGIMEN SUBSIDIADO		3,453.2	551.6	1,127.0	502.6	723.8	1,359.9	2,099.2	8,298.7	4,717.1	872.8	20,252.7

Fuente: Información reportada por las ESE consolidada por SAS Salud y Bienestar Social Contraloría de Bogotá

ANEXO 4  
CARTERA ARS CON LAS ESE DE I NIVEL

TIPO	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL DEUDOR	VR. SALDO DE DEUDORES A 31 DE DICIEMBRE 2005	VR. DEUDORES CON COMPROMISO DE PAGO VIGENTE	TOTAL CARTERA DE 31 A 60 DIAS	TOTAL CARTERA DE 61 A 90 DIAS	TOTAL CARTERA DE 91 A 180 DIAS	TOTAL CARTERA DE 181 A 360 DIAS	TOTAL CARTERA DE MAYOR A 360 DIAS	TOTAL DE CARTERA	CARTERA RECONOCIDA*	CARTERA NO RECONOCIDA*	TOTAL
ARS EN FUNCIONAMIENTO	ASMET SALUD	1.33	0.03	0.11	0.06	0.83	0.22	0.09	2.52	1.85	0.68	7.6
	ASOCIA-MUTUAL SER	102.26	20.22	58.03	5.86	5.04	3.26	1.98	114.12	52.38	54.99	416.2
	CAFAM	1,223.03	221.18	218.07	134.69	175.99	285.02	225.77	1,367.69	532.89	767.34	4,925.9
	CAFESALUD	35.92	0.30	0.35	0.07	0.44	0.37	48.34	49.95	3.80	24.91	116.1
	CAJA SALUD	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.0
	CAJACOPI	82.97	14.11	20.78	15.40	47.29	11.86	0.00	131.42	96.68	25.50	446.0
	CAPRECOM	872.36	120.25	81.86	95.95	227.25	233.15	349.59	1,248.20	932.04	275.69	4,086.8
	CAPRESOCA	0.57	0.00	0.45	0.23	0.00	0.00	0.01	1.31	1.28	0.03	3.9
	COLSUBSIDIO	211.78	66.30	36.35	11.87	105.97	27.69	48.93	307.95	209.30	78.48	1,055.7
	COMPENALCO	99.82	0.00	40.21	0.00	3.18	11.80	41.82	97.00	19.76	77.24	349.0
	COMPARTIA	55.79	11.00	14.32	7.11	5.49	2.74	1.93	70.96	55.25	10.75	233.4
	CONVIDA	12.31	1.37	4.71	2.15	3.96	0.74	3.58	19.58	13.94	1.80	60.6
	COOMEVA	18.56	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	18.56	18.56	2.83	15.73	55.7
	COOSALUD	346.79	152.90	23.95	22.06	88.47	87.74	60.66	423.74	345.31	54.53	1,545.5
	ECOOPSOS	115.94	70.67	9.90	9.36	81.46	-1.70	60.68	289.64	89.12	60.19	724.6
	EMDISALUD	0.87	0.00	0.38	1.22	0.00	0.23	2.06	4.39	1.53	0.00	8.6
	HUMANA VIVIR	2,875.81	123.97	102.86	42.19	477.13	378.40	632.21	2,016.54	434.65	1,398.37	7,849.9
	PIJAO SALUD	10.39	3.31	7.60	3.49	3.84	1.13	1.35	22.84	16.48	2.69	71.8
	SALUD CONDOR	372.76	23.37	28.37	14.26	32.93	82.17	155.02	394.52	182.10	196.86	1,327.3
	SALUDTOTAL	791.88	216.23	244.00	16.71	225.13	193.07	97.99	1,123.29	745.05	321.43	3,876.8
SALUDVIDA	125.94	2.06	9.47	5.32	38.83	22.72	40.56	119.75	76.59	21.89	422.6	
SOLSALUD	877.51	101.78	84.40	90.16	154.22	190.95	227.48	1,012.53	401.83	377.67	3,291.0	
UNICAJAS COMFACUNDI	557.45	15.81	22.33	74.69	66.79	108.16	90.21	430.28	89.20	338.27	1,703.0	
OTRAS ARS	100.19	14.44	18.78	1.81	22.41	18.46	35.04	113.53	70.89	37.56	398.1	
SUBTOTAL	SUBTOTAL	8,892.26	1,179.28	1,027.27	554.66	1,766.65	1,658.20	2,143.87	9,380.34	4,374.73	4,142.59	32,976.0
ARS EN LIQUIDACION	ASFAMILIAS	1,037.92	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,037.92	1,037.92	622.75	415.17	3,113.8
	AMUANDES	80.68	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	80.68	80.68	48.41	32.27	242.0
	COMCAJA	22.85	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	21.49	21.49	12.90	8.60	65.8
	COOESPERANZ	0.49	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.49	0.49	0.29	0.19	1.5
	COOPDESA	118.28	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	118.28	118.28	70.97	47.31	354.8
	COOPSOLSA	33.48	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	33.48	33.48	20.09	13.39	100.4
	ECOOPSALS	32.97	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	32.97	32.97	19.78	13.19	98.9
	FONDO SOLIDARIO DE LOTEROS	253.76	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	253.76	253.97	152.46	101.51	761.7
	SALUD NORTE	41.47	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	41.47	41.47	24.88	16.59	124.4
	SALUDCOOP	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.0
UNIMEC	142.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	142.25	142.25	85.35	56.90	426.7	
OTRAS ARS	3.71	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	360.18	3.71	2.23	1.48	11.1	
SUBTOTAL	TOTAL	1,767.86	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,122.98	1,766.71	1,060.10	706.60	5,301.3
TOTAL CARTERA REGIMEN SUBSIDIADO		10,660.12	1,179.28	1,027.27	554.66	1,766.65	1,658.20	4,266.86	11,147.05	5,434.84	4,849.19	38,277.3

Fuente: Información reportada por las ESE consolidada por SAS Salud y Bienestar Social Contraloría de Bogotá

## BIBLIOGRAFÍA

Cendex, Fundación Corona. Entorno, Aseguramiento y Acceso en el Régimen Subsidiado en Colombia. JAVEGRAF.1999

Concejo de Bogotá Discusión proposiciones 533 y 534 de 2005 - Actualización Sisbén, entre otros. Bogotá, 2005.

Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud. "Acuerdo 007 de 1994"  
Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud. "Acuerdo 23 de 1995"  
Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud. "Acuerdo 24 de 1996"  
Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud. "Acuerdo 50 de 1997"  
Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud. "Acuerdo 84 de 1997"  
Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud. "Acuerdo 1619 de 2000"  
Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud. "Acuerdo 234 de 2002"  
Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud. "Acuerdo 241 de 2002"  
Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud. "Acuerdo 259 de 2004"  
Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud. "Acuerdo 282 de 2004"  
Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud "Acuerdo 322 de 2005"  
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud .Acuerdo 306 de 2005

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud .informe anual de las comisiones séptimas de senado de la república y cámara de representantes-2004 - 2005

CONPES Social 055 noviembre 2001 y art. 94 de la Ley 715 de diciembre 21 de 2001.

De Correa-Lugo Victor, El derecho a la salud en Colombia "Diez años de frustraciones" Ediciones Antropos Ltda..2003.

Pontificia Universidad Javeriana-CENDEX."Propuestas de ajuste a la Política del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia" Bogotá, CEJA, 2002.

Congreso de la República, Comisión VII del Senado "Proyecto de ley 052", Bogota. 2004

Ignacio Irrarrázaval- Documento Internet "Sistemas Únicos de Información sobre Beneficiarios en América Latina". Octubre 2004.

Contraloría de Bogotá, Subdirección de Análisis Sectorial. Informe Sectorial de Aseguramiento en Salud en Bogota. 2002

Secretaría Distrital de Salud."Estadísticas del Régimen Subsidiado Distrito Capital".2005

Secretaría de Hacienda Distrital."Desarrollo Social de Bogota, D.C Dirección de Estudios Económicos."Número 1, 2004.

Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993

Sistema General de participaciones. Ley 715 de 2001

Universidad Javeriana " Oscar Fresneda Bautista "La focalización en el régimen subsidiado de Salud", Revista Gerencia y Políticas de Salud No. 5, diciembre 2003.