

**UNA MIRADA GERENCIAL AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
DE COLOMBIA, PERIODO 1993 - 2013**

**NÉSTOR GERMAN SÁNCHEZ PÉREZ
NÉSTOR RAÚL TARQUINO GALVIS
ALEXANDER ZAPATA VÉLEZ**

**UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES
ESPECIALIZACIÓN ALTA GERENCIA
PEREIRA
2016**

**UNA MIRADA GERENCIAL AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
DE COLOMBIA, PERIODO 1993 - 2013**

**NÉSTOR GERMAN SÁNCHEZ PÉREZ
NÉSTOR RAÚL TARQUINO GALVIS
ALEXANDER ZAPATA VÉLEZ**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Especialista en Alta Gerencia**

Asesores

**JHONIER CARDONA SALAZAR
PhD en Economía**

**WALTER IVAN GARCIA MORALES
Especialista Negocios Internacionales**

**UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES
ESPECIALIZACIÓN ALTA GERENCIA
PEREIRA
2016**

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Pereira, 08 de Junio de 2016

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
LISTA DE TABLAS	7
LISTA DE GRÁFICAS	8
LISTA DE FIGURAS	9
LISTA DE ANEXOS	10
INTRODUCCIÓN	11
1. IDENTIFICACIÓN DE LAS ZONAS GRISES DEL POS	20
1.1 REFERENCIA HISTÓRICA DEL POS	20
1.1.1 Análisis ley 100	20
1.1.2 Referencia histórica	21
1.1.3 Mecanismos que forman el sistema de salud	22
1.1.4 Comisión de regulación de la salud	23
1.1.5 La súper intendencia nacional de salud	23
1.1.6 Unidades garantes	24
1.1.7 Instituciones prestadoras de servicios	25
1.1.8 Niveles de complejidad	25
1.1.9 Atención de enfermedad común y accidentes no laborales	26
1.1.10 Subcuenta ECAT	26
1.1.11 Subcuenta compensación	27
1.1.12 Una unidad de pago por capitación (UPC)	27
1.1.13 Subcuenta solidaridad	27
1.1.14 Subcuenta promoción	27
1.1.15 Atención de enfermedad y accidentes laborales	28
1.1.16 Planes de beneficios	28
1.1.17 Plan obligatorio de salud (POS)	29
1.2 IDENTIFICACIÓN DE LAS ZONAS GRISES DEL POS	36

1.2.1 Primera zona gris	38
1.2.2 Segunda zona gris	39
1.2.3 Tercera zona gris	41
1.2.4 Cuarta zona gris	42
1.3 NORMATIVIDAD DEL POS	42
1.4 VACÍOS DE LA NORMATIVIDAD Y EL RECOBRO	44
1.5 ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS REALIZADAS	45
1.5.1 Entrevista estructurada EPS Salud Total	45
1.5.2 Entrevista estructurada EPS Coomeva	46
1.5.3 Entrevista estructurada EPS SURA	48
1.5.4 Entrevista estructurada EPS SOS	49
1.5.5 Entrevista estructurada EPS CAFESALUD	50
1.5.6 Entrevista estructurada EPS SALUDCOOP	51
1.5.7 Entrevista estructurada EPS NUEVA EPS	53
1.5.8 Entrevista estructurada EPS COOMEVA	54
1.5.9 Entrevista estructurada EPS SALUD TOTAL	55
1.5.10 Entrevista estructurada EPS CAFESALUD	56
1.5.11 Consolidación resultados de la entrevistas	57
2. EXAMEN DEL ESQUEMA DE INTEGRACION VERTICAL EPS	60
3. EVALUACIÓN DEL CÁLCULO DE LA UPC	66
3.1 ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO DEL SGSSS	69
3.2 FINANCIAMIENTO DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	69
3.3 FINANCIAMIENTO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	71
4. ANALISIS DEL PAPEL ASEGURADOR DE LAS EPS	74
4.1 ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN COLOMBIA	75
4.2 AVANCES EN LA COBERTURA DE SALUD	78

4.3 DESCENTRALIZACIÓN EN EL SECTOR SALUD	79
4.4 COMPOSICIÓN DEL GASTO EN SALUD Y COMPARACIONES INTERNACIONALES	81
5. CONCLUSIONES	85
6. RECOMENDACIONES	88
BIBLIOGRAFÍA	90
ANEXOS	92

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Ventajas y desventajas de la integracion vertical entre EPS e IPS	65

LISTA DE GRÁFICAS

	pág.
Gráfico 1. Recursos de transferencia territorial	80
Gráfico 2. Gasto en salud en Colombia	82

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Estructura del sistema de seguridad social integral	21

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Entrevista estructurada	92

INTRODUCCIÓN

En el año de 1.993 con la Ley 100, se estableció un modelo de salud público-privado en donde se determina y define la participación de múltiples agentes para operar y gestionar la salud de los Colombianos, conformando lo que se conoce como el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que hoy 21 años después presenta una crisis que lleva por lo menos 3 o 4 años haciendo pensar a unos y otros que el “sistema colapsó” y que por tanto el modelo debe ser revaluado, revisado, modificado o incluso cambiado.

Desde la nueva Constitución de 1.991 hasta la fecha, el concepto de salud ha evolucionado jurídicamente, hasta convertirse en un derecho fundamental, lo que deja en evidencia que esa crisis de la que se habla, toca con un asunto de gran relevancia para todos los Colombianos, y que obliga a que se encuentren pronto, vías de solución, preferiblemente innovadoras y que solucionen de raíz los problemas.

Ejercer el derecho de opinión sobre el sector de la salud, máxime cuando el individuo tiene la autoridad que le concede el trabajar con agentes del sistema, o ser un profesional de la salud, contribuye al análisis y la búsqueda de soluciones, puesto que un problema que afecta a 44 millones de habitantes (población cubierta) es básicamente un contrato social, lo que en esencia significa que se debe co-crear entre todos, el contrato que desea se regule en materia tan importante como la salud.

Motivados por esta razón y como personas involucradas dentro del sector desde diferentes frentes, se manifiesta la opinión sobre unos temas específicos que se seleccionaron por su impacto, y que desde una óptica gerencial se abordaron, y propusieron o se suman a algunas soluciones posibles.

Nadie dentro del sistema debe hacer “oídos sordos” sobre las opiniones de otros, ya que como en todo contrato social hay que llegar a consensos, entendiendo que ante la gran multitud de intereses en conflicto, el prisma a través del cual tiene que “ver” toda propuesta es “la salud del paciente” y reconociendo en éste a un “ser humano” en un estado de debilidad, que requiere de todo el apoyo, comprensión y asistencia de todos los actores del sistema.

Este documento entonces debería ser de interés para todos los colombianos cubiertos por el sistema de salud, pero de cara a que los temas no son de dominio común y requieren un grado de entendimiento y de conocimiento del mismo, Se segmenta la población interesada a un subconjunto de personas cuya función es la de ejercer como administradores dentro del sistema (Gerentes), aseguradores o actuarios, profesionales de la salud, y en general toda persona dentro del nivel Estratégico del sistema e incluso muchos otros dentro del nivel táctico.

La utilidad de este documento es la de participar en la co-creación del contrato social en materia de salud. Se cree que la ley 100 de 1.993 fue un avance y que Colombia presenta hoy un sistema de salud que de muchas partes vienen a conocer para emular, se reconoce también que por factores de rectoría o gerencia del sistema muchas cosas se han salido de su cauce, y son conscientes de la urgencia de introducir correctivos ajustados y precisos antes de que sea tarde. Cambiar completamente el modelo es perder 20 años de experiencia, pretender que la salud sea solamente pública, es retroceder en lo ganado, además de generar un incentivo perverso para aumentar el gasto en salud, cuando la sostenibilidad del sistema debe ser efectivamente la gestión del riesgo, y ya hay actores que lo han entendido y otros tienen claro que es en esa gestión del riesgo que está la esencia del negocio y adicionalmente, la única forma de disminuir el gasto de recursos dentro del sistema, sin dejar de atender adecuadamente al paciente.

MARCO TEÓRICO

El pago que reciben las EPS por su labor dentro del SGSSS se denomina (UPC) Unidad de Pago por Capitación y 20 años después de la creación del sistema, no se define aún con la máxima claridad, si esos dineros deben considerarse como ingresos propios de las EPS o si por el contrario los mismos son públicos y parafiscales es decir con un carácter de destinación específica.

De igual manera debe definirse lo de los rendimientos de estos dineros y de su utilidad obtenida, ya que la discusión es exactamente la misma.

Al final debe también resolverse una pregunta: ¿Y qué pasa con esos mismos dineros cuando pasan a las IPS?

Ley 1438 de 2011 artículo 25: “El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios...”

De acuerdo a este mandato dicha revisión debería hacerse de manera efectiva como lo indica la ley, pero la realidad es completamente contraria, desde sus inicios el UPC no considero el costo real del POS. Este valor se ha ajustado principalmente en función de las disponibilidades de recursos, desconociendo el crecimiento real de los costos en salud los cuales están influenciados por múltiples factores, como: los cambios en los patrones de morbilidad y uso de servicios y su costo, el aumento en las coberturas sin el correspondiente respaldo en el ajuste de la UPC, los costos de financiación y administración de los servicios no POS entre otras variables.

Esto ha dado como resultado que el valor real de la UPC del régimen contributivo se ha reducido en los últimos 18 años en un 15%. Lo anterior significa que la UPC en dicho régimen ha perdido capacidad adquisitiva lo que va en detrimento de la cantidad y calidad de los servicios que está soportando. El debate de la suficiencia de la UPC debe pasar necesariamente por la decisión de la sociedad de cuál es el POS que se quiere y cuál el que se puede pagar. No es sano que se pretenda decir que el sistema otorga beneficios ilimitados si no se destinan los recursos suficientes para cumplir esa promesa.

La integración vertical como concepto puro hace referencia a la combinación de tareas o actividades entre dos o más organizaciones que comparten el mismo dueño, el objetivo de la integración vertical es el de generar economías de escala. Para el caso de la salud la integración vertical se presenta entre el aseguramiento (EPS) y la prestación del servicio (IPS), dadas las limitaciones en materia de oferta de infraestructura hospitalaria y en general de prestación de servicios algunas EPS optaron por realizar integración vertical (incluso algunas en áreas no necesariamente de prestación del servicio de salud) lo cual a la luz de algunas normas regulatorias del SGSSS y de entes de control ha sido perjudicial para el sistema debido a que le resta competitividad y estaría en contra de las normas del libre comercio. La intención en este documento es analizar críticamente los efectos de la integración vertical.

La rectoría del SGSSS no se esforzó en establecer una legislación clara que estableciera con precisión el papel de las EPS y evitara las confusiones y las interpretaciones de las normas vigentes en donde unos y otros defienden sus posiciones contradictorias: Que las EPS tienen un rol de aseguradores o que las EPS son solo administradoras de los recursos públicos.

Se concluyen dos cosas de lo anterior; en primer lugar que las reglas de juego no son lo suficientemente claras y en segundo lugar que las dos posturas tienen

implicaciones económicas diferentes.

Definitivamente la Ley 100 de 1.993 dividió la historia de la salud en Colombia en dos, y hoy se habla de “antes y después de la ley 100”. Pretendió en primera instancia atender a un proceso de descentralización del Estado que quería otorgar un papel relevante a las entidades territoriales, adicionalmente otorgar vida propia a los hospitales y convertirlos de consumidores de recursos financieros del Estado a gestores de sus propios recursos, por lo cual los insertó dentro del sistema con un papel preponderante, aunque había conciencia clara de que pasar de una situación de subsidio estatal permanente a que garantizaran su sobrevivencia generando sus propios recursos, significaba una tarea mayúscula puesto que lo primero que tenía que suceder era un cambio de mentalidad en quienes estaban dentro de estas instituciones, y esto último toma tiempo. En segundo lugar se pretendía acabar con el monopolio del aseguramiento en entidades del Estado, como el Seguro Social y la Caja Nacional de Previsión, que se convertían en fortines políticos y en carteles de la corrupción que dilapidaban recursos del Estado de manera sistemática y enriquecían a particulares sin que logran cumplir adecuadamente con el objeto “perse” de las mismas que debía ser la salud de los colombianos, pero sí convirtiéndose en generadores de sobrecostos que fueron evidenciando que el sistema se dirigía a un fracaso financiero y por ende a un fracaso del Estado en la atención de la salud de sus ciudadanos.

Nadie puede negar la complejidad de un sistema de salud, y más difícil aún, la dinámica que debe tomar para entrelazar las diferentes funciones, lo que involucra la necesidad de “gerencia” del más alto rango.

Más difícil aún, es poner de acuerdo a tantos intereses en conflicto: los médicos, las asociaciones científicas, las EPS, las diferentes IPS, etc., y todo ello sin tener en cuenta al paciente que en última instancia es el centro o foco principal de la existencia de todo el sistema.

Todo sistema de salud debe abordar dinámicas exitosas en 4 áreas básicas, que permiten simplificar el problema y agrupar en torno a cada una de ellas, las necesidades que debe suplir:

El primer pilar básico de la arquitectura del sistema es la “rectoría” del sistema. El máximo rector debe definir la visión y el direccionamiento del sistema y esto implica el establecimiento de una regulación adecuada, que puede terminar en letra muerta o en un saludo a la bandera, sino se logra establecer un sistema de vigilancia permanente que tenga “dientes” para poder poner en “cintura” a quienes ensayan pasar por encima de las regulaciones para obtener beneficios propios.

Debe garantizar también un sistema de evaluación, con un tablero de indicadores que permita conocer si se están logrando los objetivos o que ajustes se deben hacer para alcanzarlos y todo esto lleva implícito también la organización de la información como materia prima para la confiabilidad de los indicadores, pero además, la difusión de la misma, para dar claridad al sistema y a sus actores, y evitar los sesgos y privilegios de quienes la poseen. Se requiere con urgencia de plataformas tecnológicas por donde corra toda esta información validada y que pueda ser difundida y usada en los procesos de toma de decisiones de sus diferentes componentes.

El segundo pilar básico del sistema es el “financiamiento”. Esta función tiene varios componentes que se constituyen en subsistemas del mismo y que requiere de una función de planeación adecuada y eficiente que garantice en primer lugar el “recaudo de los ingresos del sistema”, en segundo lugar la “redistribución del ingreso” que debe estar orientada a lograr la equidad dentro del sistema, y en tercer lugar “la contratación o compra de los servicios” que garantice las mejores condiciones de compra pero además que busque la equidad de acceso a los diferentes usuarios, para evitar el contubernio y el privilegio de proveedores con compradores para la obtención de beneficios propios o de creación de

“sociedades” de mutuos elogios pero de beneficios a repartir.

El tercer pilar del sistema es la “provisión de recursos” que no debe confundirse con la generación de los recursos financieros que serían parte del segundo pilar, y que comprende el lograr los recursos de infraestructura y del talento humano dentro del sistema, para poder asegurar la prestación de los servicios de manera eficiente y que los mismos sean de calidad.

El cuarto y último pilar es la “prestación de los servicios de salud” que debe garantizar que estos servicios se presten cumpliendo requisitos de oportunidad, idoneidad, de manera simplificada y amable, y de condiciones adecuadas de calidad y de eficacia.

Como son abundantes los problemas del SSSGS y abordarlos todos constituiría una investigación y análisis que tomaría un tiempo largo, se han enfocado en 4 principales que se definen en el marco teórico y cuya relación con los pilares básicos antes mencionados sería:

En cuanto a la Rectoría del sistema (Primer pilar), está a cargo el buscar la definición jurídica y su alcance para dos asuntos de vital importancia: La parafiscalidad de los dineros de la salud y el aseguramiento.

En cuanto al pilar del financiamiento, se quiere centrar en los Recobros y la UPC. En cuanto al pilar de la provisión de recursos, se revisó el asunto de la integración vertical.

Teniendo en cuenta lo expuesto se realizó una investigación con base en los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

Realizar una mirada Gerencial al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia 1993-2013

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar zonas grises del POS
- Examinar el esquema de integración vertical de las EPS
- Evaluar el calcula la UPC y el modelo de recobros al FOSYGA
- Analizar el papel asegurador de las EPS en Colombia

Para el desarrollo de los objetivos anteriores se tuvo en cuenta la siguiente estrategia metodológica:

- TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo Causal

- METODO DE INVESTIGACION

Análisis y Síntesis

- INFORMACIÓN SECUNDARIA

Ley 100

Decretos Reglamentarios

Normatividad Vigente

Publicaciones Acemi

Fedesarrollo

- INFORMACION PRIMARIA

Entrevista Estructurada

- POBLACION Y MUESTRA

EPS del Sistema

LIMITANTES

Las limitaciones a las que se enfrentan en la realización de este trabajo fueron;

- Poca información, si bien en la red y en general en la literatura del país se encuentra información del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia esta es poca y a la vez difusa generando en el desarrollo del trabajo reprocesos e incluso pérdida de tiempo y recursos asignados a la investigación.
- Gran parte de la información necesaria para la realización del trabajo está en poder de las EPS, dada la sensibilidad y criticidad de esta fue muy difícil acceder a fuentes primarias para efectos de alimentar el trabajo.
- Se enfrenta a la limitante de tener que validar la fiabilidad y veracidad de la información que se recolecta para la elaboración del trabajo.

1. IDENTIFICACIÓN DE LAS ZONAS GRISES DEL POS

1.1 REFERENCIA HISTÓRICA DEL POS

1.1.1 Análisis ley 100. Organización del Sistema. El sistema de salud en Colombia forma parte del Sistema de Seguridad Social, regulado por el gobierno nacional por intermedio del Ministerio de Salud y Protección Social, bajo mandato constitucional y delegado en parte al sector privado¹.

A su vez el régimen general de seguridad social integral vigente, está regulado por la Ley 100, expedida en 1993. La Ley 00 de 1993, norma primordial del Sistema de seguridad social integral, ha tenido modificaciones mediante leyes expedidas por el congreso de la república y en su componente de salud han sido las siguientes.

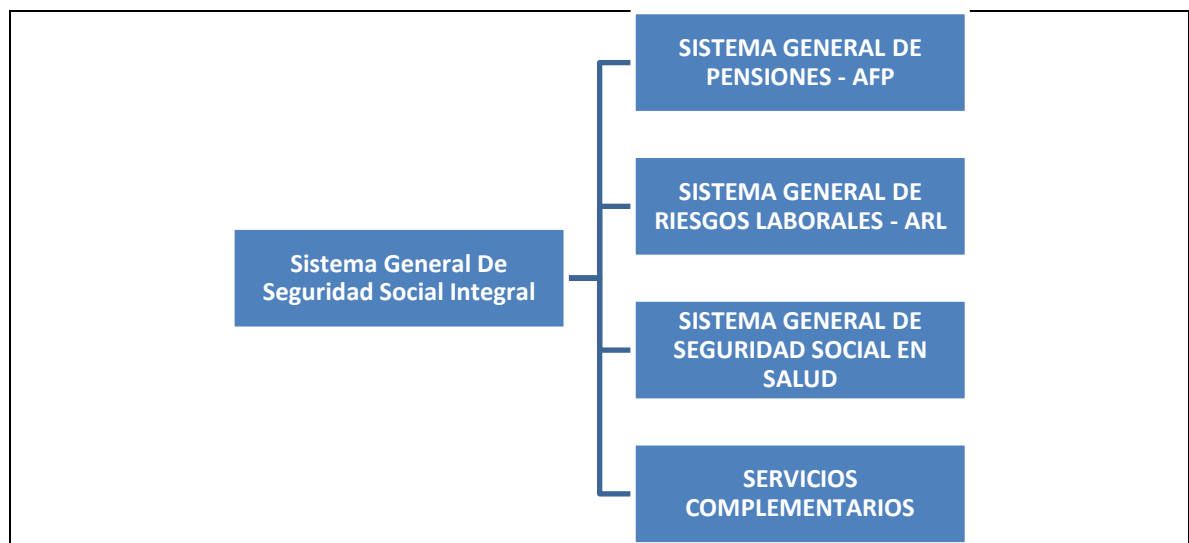
- “Ley 1122 de 2007: su objetivo según se señala en su artículo primero fue realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia, control, organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud”.
- “Ley 1438 de 2011, según lo señala su artículo primero, tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un

¹ WIKIPEDIA - https://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_de_salud_en_Colombia (Citado Mayo 2015)

ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera”.

- “Ley 1562 de 2012, por la cual se modifica el Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional. En la actualidad se encuentran en curso dos proyectos de ley para la reforma al SGSSS, un proyecto de ley estatutaria y un proyecto de ley ordinaria (proyecto de ley 210 de 2013). Este último es el que el gobierno nacional le está dando prioridad y está siendo analizado por los gremios del sector salud, político y la academia”.

Figura 1. Estructura del sistema de seguridad social integral



Fuente: Elaboración Propia

1.1.2 Referencia histórica. A grandes rasgos el sistema de salud en Colombia que precedió al actual se puede distribuir en tres etapas;

- La primera de ellas vio sus inicios tras la promulgación de la Constitución de 1886, hasta mediados de la década de 1950 y en donde prevaleció lo que se ha denominado un modelo higienista. Bajo este modelo, las acciones de salubridad pública se limitaban a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud venía a ser financiadas por los usuarios y por algunas instituciones de caridad. En 1950, se crea la Caja Nacional de Previsión que se encargaba de atender la salud de los empleados públicos y en ese mismo año se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales luego Instituto de Seguros Sociales que atendía a los empleados del sector privado con empleo formal.
- La segunda etapa, que inicio en la década de 1970 hasta 1989, se desarrolla bajo la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de subsidios a la oferta. Bajo este régimen los recursos del gobierno central para salud eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos del país, sin embargo, este sistema no era suficiente para proporcionar una atención integral en salud a la población de bajos recursos.
- La tercera y última etapa se inicia en 1990, con la expedición de la Ley 100. Este periodo se prorrogó hasta 1993 con la expedición de la Ley 100 de 1993, bajo los principios de la Constitución Política de 1991.

1.1.3 Mecanismos que forman el sistema de salud.

- El Estado: actúa como ente de coordinación, dirección y control. Sus organismos son, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud que vigila y controla a los actores del sistema.
- Los aseguradores: Son entidades privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado (Unidad de Pago por Capitación (UPC)), son las entidades promotoras de

Salud (EPS) y las administradoras de riesgos laborales (ARL).

- Los Proveedores: son las Instituciones Prestadoras de salud (IPS), son los hospitales, clínicas, laboratorios, que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad, los profesionales independientes de salud médicos, enfermeras, y los transportadores especializados de pacientes (ambulancias).

1.1.4 Comisión de regulación de la salud. “Este organismo, creado mediante la Ley 1122 de 2007, sustituyó al CNSSS como organismo de dirección del sistema de salud, era una unidad administrativa especial adscrita al Ministerio de la Protección Social compuesta por el Ministro de la Protección Social y el Ministro de Hacienda y Crédito Público o su viceministro y por cinco comisionados expertos elegidos por el presidente de la república, esta Comisión fue liquidada en diciembre de 2012 y sus funciones y competencias fueron asumidas por el Ministerio de Salud y protección Social”².

1.1.5 La súper intendencia nacional de salud. Es el organismo que formula, dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del sector salud y del sistema general de seguridad social en salud, además liquida y recauda la tasa que corresponde sufragar a las entidades sometidas a su vigilancia, autoriza la constitución o habilitación de EPS e IPS.

Para poder acceder a los beneficios de la seguridad social colombiana es obligatorio vincularse a una empresa aseguradora de servicios de salud (EPS), de accidentes profesionales (ARP) y voluntariamente un fondo de pensiones (AFP) por medio de una afiliación.

² WIKIPEDIA, COMISION DE REGULACION Citado Mayo 2015
https://es.wikipedia.org/wiki/Comisi%C3%B3n_de_Regulaci%C3%B3n_en_Salud

1.1.6 Unidades garantes. En el Sistema general de Seguridad Social en Salud, las entidades responsables de administrar los riesgos relacionados con salud por enfermedad general o por enfermedad y accidentes laborales son:

- Entidades Promotoras de Salud, EPS, su función es organizar y garantizar, la prestación de los servicios de salud que se encuentran en el POS, Plan Obligatorio de Salud, y son las responsables de la gestión de riesgos derivados de la enfermedad general o no ocupacional. Es posible vincularse a salud por medio de dos modelos de aseguramiento, mediante el sistema del Régimen Contributivo y el de régimen subsidiado, en el primero están vinculados todos los empleados y empleadores con capacidad de pago quienes hacen un aporte mensual para salud y pensión y el régimen subsidiado cubre a todas las personas pobres y vulnerables en donde los servicios de salud están amparados con los recaudos de solidaridad de los demás entes participantes en el sistema. La EPS contributiva o la EPS subsidiada son las responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de sus aportes. Las EPS contratan la prestación de los servicios de salud con las IPS hospitales, clínicas, laboratorios, la Superintendencia de Salud define cuales organizaciones privadas califican como empresas promotoras de salud EPS, basándose en la infraestructura, capital, número de usuarios afiliados, funcionalidad y cubrimiento. Las EPS deben garantizar a sus afiliados el POS y para cumplir con esa obligación deben conformar una red de servicios con sus propias instituciones de salud o contratando servicios con otras empresas prestadoras de salud o IPS.
- Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), son las responsables de cubrir los eventos derivados de riesgos ocupacionales o de trabajo y todo empleador tiene la obligación de afiliar a sus empleados a una ARL. El valor total del aporte le corresponde al empleador. Con esa afiliación se cubren todos los gastos de salud que ocasionen los accidentes o enfermedades laborales, así como el pago de los días de incapacidad. La atención de los accidentes o enfermedades será realizada

por la EPS a la que se encuentre afiliado quien cobrará los gastos ocasionados a la ARL.

1.1.7 Instituciones prestadoras de servicios. Las Instituciones Prestadoras de Salud, (IPS) son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, que prestan el servicio de salud. Pueden ser públicas o privadas. Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acreditan, es decir su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar. Según estudio del Ministerio de la Protección Social, de las IPS reportantes, el 84,3% corresponden al primer nivel de atención, el 13,4% al segundo nivel y el 2,3% al tercer nivel de atención según sus características.

1.1.8 Niveles de complejidad. Baja complejidad:

Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

Mediana complejidad:

Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.

Alta complejidad:

Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.

1.1.9 Atención de enfermedad común y accidentes no laborales. Para atención de lo relacionado con enfermedad general y con riesgos no laborales el gobierno destina los recursos en salud los cuales son manejados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) creado a partir del artículo 218 de la ley 100 de 1993 y el artículo 1 del Decreto 1283 del 23 de julio de 1996 como una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social manejada por encargo fiduciario y quien es la encargada de realizar una distribución a cada una de sus subcuentas para cubrir todos los frentes del sistema de seguridad social. A continuación se hace referencia a cada una de las subcuentas que tiene el FOSYGA.

1.1.10 Subcuenta ECAT. Esta subcuenta subsana el costo de las atenciones de las víctimas de accidentes de tránsito a través del SOAT y las víctimas de eventos catastróficos y terroristas. El SOAT cubre, la atención integral de hospitalización, suministro de medicamentos, pago de procedimientos, servicios diagnósticos y rehabilitación que requiere el paciente hasta completar un monto de 800 salarios mínimos legales vigentes, si la atención del paciente sobrepasa éste monto el sobrecosto estará a cargo de la EPS a la cual se encuentre afiliado el usuario. El médico tratante en el servicio de urgencias debe diligenciar un formulario para éste tipo de accidentes el cual debe anexarse junto con la copia del SOAT para el

respectivo cobro al Fosyga³.

1.1.11 Subcuenta compensación. Recauda el valor de la compensación en el régimen contributivo, entendiéndose como compensación el descuento de las cotizaciones recaudadas por las EPS, y demás entidades obligadas a compensar derivadas de los descuentos en salud y pensión que se realizan a los empleados y empleadores. La subcuenta de compensación financia el régimen contributivo mediante el pago de UPC Unidad de pago por capitación, es decir el Ministerio de Salud y Protección Social, coloca una tarifa fija para la UPC la cual se reconoce por un usuario afiliado, de ésta forma el Fosyga con recursos de ésta cuenta gira a cada una de las EPS el valor de UPC proporcional a la cantidad de afiliados independientemente si éstos utilizan los servicios o no.

1.1.12 Una unidad de pago por capitación (UPC). Es un valor per cápita que reconoce el sistema a las EPS, por cada afiliado por concepto de organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el POS. Esta unidad se establece En función de la edad, sexo y lugar de residencia de la población.

1.1.13 Subcuenta solidaridad. Recauda los recursos aportados por todos los actores del sistema con destino al régimen subsidiado (una parte es aportada por las personas afiliadas al régimen contributivo que tengan un ingreso mayor a 4 salarios mínimos). Los recursos que administra la subcuenta tienen por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable a éste régimen mediante un subsidio a la demanda consistente en el pago de la prima o UPC a las EPS del Régimen subsidiado. Entre más recursos obtenga ésta cuenta se abren más cupos para ser ocupados por las personas del régimen subsidiado.

1.1.14 Subcuenta promoción. Financia las actividades de educación, información

³ WIKIPEDIA, SUBCUENTA ECAP https://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_de_salud_en_Colombia (Citado Mayo 2015)

y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad, las cuales se encuentran en el Plan de Atención Básica (PAB).

En los regímenes exceptuados del Sistema General como son los de las Fuerzas Armadas, Fondo Nacional del Magisterio, Ecopetrol y universidades, la financiación no es provista por el Fosyga sino por fondos específicos de cada régimen exceptuado, aunque estos deben aportar recursos para la subcuenta de solidaridad con que se financia el Régimen Subsidiado del Sistema General.

1.1.15 Atención de enfermedad y accidentes laborales. Para atención de riesgos laborales y de eventos, accidentes o enfermedades de origen ocupacional los recursos provienen del Fondo de Riesgos Laborales, alimentado con aportes patronales según la clasificación del riesgo de cada empresa. Este fondo es administrado por el Ministerio de Trabajo.

1.1.16 Planes de beneficios.

- Plan de Atención Básica, denominado posteriormente Plan Nacional de Salud Pública configurado por acciones gratuitas y primordialmente colectivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y en algunos casos acciones individuales de diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades de interés en salud pública, provistas por la red pública de prestadores y administrado por las entidades territoriales.
- Plan Obligatorio de Salud: del régimen contributivo y del régimen subsidiado, compuesto principalmente por acciones individuales de prevención primaria, secundaria y terciaria. Están a cargo de las EPS.
- Planes Adicionales de Salud, financiados voluntariamente por los usuarios que deben complementar en el POS con prestaciones suntuarias o de mayor tecnología. Son los planes de medicina prepagada, planes complementarios y

pólizas de hospitalización y cirugía, provistos por empresas registradas para ese propósito.

- Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito, SOAT, Cubre eventos de origen en accidentes de tránsito hasta un monto determinado y en forma complementaria al POS. Provistos por compañías de seguros autorizadas hasta un monto definido después del cual son financiados por la subcuenta específica de atención de Eventos Catastróficos y Accidentes de tránsito – (ECAT) del Fosyga.
- Cobertura de riesgos laborales, Cubre todo evento o enfermedad de origen ocupacional sin los límites del POS. Son garantizados por las Administradoras de Riesgos Laborales, ARL.
- Atención de eventos catastróficos, cubre eventos definidos como catastróficos (inundaciones, terremotos, etc.) con recursos específicos para tal fin y en forma complementaria al POS. Son financiados por el Fosyga mediante la subcuenta ECAT.
- Otros planes de cobertura provistos a la población víctima de desplazamiento forzado y la población internada en establecimientos carcelarios que usualmente son suplementarios al POS. Aquí también se deben considerar las acciones de atención con tecnología en salud no cubierta por el POS y la atención de personas no afiliadas a un régimen de seguridad social en salud, que son provistas en la red pública a cargo de las entidades territoriales (distritos, departamentos y municipios) y financiadas con los denominados recursos de subsidio a la demanda.

1.1.17 Plan obligatorio de salud (POS). El Plan Obligatorio de Salud, es el conjunto de servicios de atención en salud a los que tiene derecho un usuario, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de

enfermedades, incluye el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar junto al reconocimiento de indemnizaciones en caso de incapacidad por enfermedad y maternidad. La definición del POS estaba a cargo de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) hasta diciembre de 2012 cuando dicha entidad fue liquidada y sus funciones fueron asumidas por el Ministerio de Salud y Protección Social⁴.

- Plan Básico:

También denominado Plan Nacional de Salud Pública. La Ley 100, a diferencia de la anterior legislación, contempla un cambio de visión en salud, en donde, atendiendo a la política mundial de Atención Primaria enfoca el manejo de las comunidades desde una perspectiva preventiva y se crea el Plan de Atención básica (PAB) como la política de Salud Pública que reúne un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad el cual se encuentra consignado mediante la resolución 4288 de noviembre de 1996. Este conjunto de actividades se realizan para toda la población de manera gratuita y no está sujeto a ningún tipo de afiliación en salud.

Las actividades de vigilancia en salud pública van encaminadas a la prevención de enfermedades de interés en salud pública como VIH, meningitis bacteriana, tuberculosis, cólera, rabia, hepatitis B,C y D, fiebre reumática, lepra y enfermedades de transmisión sexual, investigación y control de brotes, control de la calidad sanitaria del agua para el consumo humano, de los procesos de producción, transporte y expendio de alimentos para consumo humano, de los establecimientos públicos que impliquen alto riesgo sanitario y de los puertos

⁴ PREZZI, POS -<https://prezi.com/easoedjqzfe/salud-publica-en-colombia/> Citado Mayo 2015, Elaborado por Gina Galván López

fluviales, marítimos, aéreos y terrestres.

Acciones de prevención, vacunación según el esquema único nacional del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), control del crecimiento y desarrollo en niños y niñas menores de 10 años, fluorización, aplicación de sellantes y detartraje en población de 5 a 14 años, planificación familiar, control prenatal, parto limpio y seguro, citología cérvicouterina. Este plan, por medio el Decreto número 3039 del 10 de agosto de 2007, fue estructurado por el Ministerio de la Protección Social y actualmente se denomina Plan Nacional de Salud Pública y al Gobierno Nacional, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 20075, le corresponde definir cada cuatro años este Plan”.

El Plan tiene la función de proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren las condiciones de salud de la población, incluyendo las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.

Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

- Afiliación al Sistema

Existen dos formas de afiliación al sistema, mediante el régimen contributivo y el régimen subsidiado.

- Régimen contributivo:

El régimen contributivo es el sistema de salud mediante el cual todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud pagando directamente a las EPS lo correspondiente según la ley para que a su vez éstas contraten los servicios de salud con las IPS o los presten directamente a todas y cada una de las personas afiliadas y sus beneficiarios. Según la ley 100 de 1993 todos los empleados, trabajadores independientes con ingresos totales mensuales a un salario mínimo, y los pensionados, deben estar afiliados al Régimen Contributivo. La responsabilidad de la afiliación del empleado es del empleador y del pensionado es del Fondo de Pensiones.

El aporte a salud debe ser el 12,5% del salario base de cotización, porcentaje que asume en su totalidad los trabajadores independientes, y en caso de los empleados éste asume el 4% y el empleador el 8,5%. El empleado, escoge la EPS que prefiere y se lo comunica al empleador junto con los datos de su familia. El pensionado, como viene de ser empleado, seguramente se encontrará ya afiliado a una EPS, tal y como debe hacerlo todo empleado; al pasar de empleado a pensionado su afiliación no se verá afectada. En ese caso lo que se hace es informar al Fondo de Pensiones cuál es la EPS a la que éste deberá entregar su cotización, que podrá ser la misma a la que venía afiliado o bien en caso de que haya decidido cambiarse.

Si por alguna eventualidad al momento de empezar a recibir la pensión no se encuentra afiliado a una EPS, para afiliarse no importa cuál fue el motivo de su pensión, escoge la EPS que prefiera y se lo comunica al Fondo de Pensiones al que se encuentre afiliado junto con los datos de su familia así el Fondo lo afilia y el pensionado y su familia adquieren el derecho a recibir los beneficios del Plan

Obligatorio de Salud (POS) y el respectivo carné. Los Fondos de Pensiones están obligados a afiliar a los pensionados y a sus familias y son responsables de pagar el valor de la cotización mensual a las EPS que los pensionados escojan.

- Beneficios en el régimen contributivo:

Al afiliarse al régimen contributivo el afiliado (cotizante) y sus beneficiarios tienen derecho a recibir:

- Los beneficios del (POS)
- Un subsidio en dinero en caso de incapacidad por enfermedad.
- Un subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad.

- Régimen subsidiado:

En este régimen el Estado subsidia la afiliación a la población sin empleo, contrato de trabajo o ingresos económicos, es decir considerada pobre y vulnerable, quien no tiene capacidad de pago que le permita cotizar al sistema (ingreso menor a dos salarios mínimos legales vigentes) por lo tanto quienes ingresan a él reciben subsidios totales o parciales, los cuales se financian con dos recursos fundamentales las transferencias de la nación a los departamentos y municipios y el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, que a su vez se nutre con una contribución uno punto cinco puntos (1.5) de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta uno punto cinco (1.5) puntos de la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo, y de aportes de la nación.

Las personas que ingresan al régimen subsidiado son escogidas por cada uno de los municipios o distritos, teniendo en cuenta unos criterios de priorización, así:

- Recién nacidos.

- Menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- La población del área rural y del área urbana de bajos recursos.
- Población indígena.

La selección y asignación de subsidios, la hacen las entidades ejecutoras de programas sociales del Estado a partir de la información de la base consolidada y certificada por el Departamento Nacional de planeación (DNP) y los otros instrumentos de focalización que utiliza el respectivo programa.

Cada municipio identifica la población potencial mediante la aplicación de la encuesta sisbén o Sistema de Selección de Beneficiarios de programas sociales (SISBEN), mediante el listado censal de las comunidades indígenas, mediante la certificación de la población infantil abandonada expedida por el ICBF, o mediante la identificación de la población indigente en los formatos establecidos o en los instrumentos que hagan sus veces.

- Beneficios en el régimen subsidiado

Al afiliarse al régimen subsidiado el usuario tiene derecho a recibir, los beneficios del POS que a partir del 1 de julio de 2012 son los mismos que en el Régimen Contributivo. Extensión de copagos si está clasificado en el nivel I del Sisbén.

- Población Vinculada

Se encuentran bajo la denominación de vinculados o población pobre no asegurada PPNA, aquellas personas que no tienen afiliación alguna al Sistema de Salud en alguno de los dos regímenes subsidiado o contributivo, estas personas pueden o no estar identificadas por el SISBEN y su atención médica se realiza a través de contratos de prestación de servicios entre los entes territoriales y las

Empresas Sociales del Estado E.S.E. que pueden ser de baja, mediana y alta complejidad.

- Principios Contenidos en la Ley 100 Que Rige El SGSSS
- Universalidad: Este principio consiste en el derecho fundamental de todos a la salud.
- Solidaridad: Este principio se basa, principalmente en el compromiso que tienen las personas con capacidad de pago, el estado y las instituciones de carácter privado; con la salud de las personas de escasos recursos. Equidad: Con este principio se busca que todos los colombianos reciban una misma atención, sin ninguna distinción.
- Progreso: El progreso básicamente se establece, para crear un compromiso de parte del estado, el cual debe estar enfocado en la mejora continua en la calidad del servicio de salud.
- SISBEN

El Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de programas sociales, (SISBEN) es una herramienta que clasifica a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular. Si una persona ha sido identificada como potencial beneficiario de los programas sociales, es decir que el nivel está entre 1 y 3, podrá acceder a los subsidios que otorga el Estado a través de los diferentes programas, de acuerdo con la reglamentación de cada uno de ellos como:

- Salud: mediante el subsidio a la demanda o afiliación al régimen subsidiado o

mediante subsidios a la oferta es decir atención en la red pública de servicios para aquellas personas sin afiliación a un régimen de seguridad social.

- Subsidios Empleo
- Adulto Mayor
- Vivienda
- Subsidios condicionados
- Créditos Educativos
- Desayunos Infantiles
- Regímenes de excepción:

Son los definidos por la Ley 100 de 1993, régimen de seguridad social de las fuerzas militares y de la policía, de los afiliados al Fondo Nacional de prestaciones Sociales del magisterio, de servidores públicos de Ecopetrol, así como los servidores públicos de universidades públicas, todos los cuales tiene sus propios regímenes de seguridad social en salud y pensiones que solo participan en el Sistema General mediante aportes de recursos a la subcuenta de solidaridad del Fosyga.

1.2 IDENTIFICACIÓN DE LAS ZONAS GRISES DEL POS

Para entender con mayor claridad en qué lugar del Plan Obligatorio De Salud en Colombia ocupa relevancia la idea de “zonas grises” es necesario inicialmente dejar claro que es aquello que significa o quiere decir el POS Plan Obligatorio de Salud.

El POS es el eje central del SGSSS corresponde, según el ministerio de salud y protección social, a un paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria o prestaciones económicas (pago de incapacidades por enfermedad

general y/o licencias de maternidad).

Es decir que el POS es una estrategia aseguradora de cobertura y de prestación de ciertos servicios respecto de la salud para la población colombiana, este plan es una garantía para la población colombiana de que en efecto a la hora de participar de un acontecimiento de enfermedad o de debilidad en la salud, serán cubiertos y atendidos por las entidades que el estado ha legitimado como competentes para la recuperación de la salud.

Una vez es clara la definición del Plan Obligatorio de Salud en el sistema general de seguridad social en salud en Colombia es necesario comprender que es aquello a lo que específicamente se refiere la expresión de “zonas grises” este término es un elemento orientador del discurso al que se desea analizar, se logró usar la expresión de metáfora orientadora, dado que la definición que ha sido acuñada para zonas grises, permitirá tener una visión más cercana y general del problema en el sistema general de seguridad social en salud.

Se logró definir el concepto de zona gris como el vacío o falta de claridad que genera una norma o ley versus la realidad operativa del sector económico que debe cumplir la norma o ley que corresponda.

De igual forma se pudo citar la definición dada por el Doctor Luis Alberto Martínez, (Director de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia -AESA-), quien uso la expresión como “el arte de negar servicios”.

A primera vista parece ser una afirmación que no consigue pasar la esfera de la opinión que se encuentra cargada de emotividad y que más bien carece de alguna clase de objetividad, sin embargo los argumentos que subyacen a esta afirmación, prueban que en efecto esta definición de la zona gris como un arte para negar servicios fundamentales como el de la salud a los ciudadanos colombianos si bien

no es oficial, consigue evidenciar que la situación por parte de las entidades que se encargan de ofrecer la salud más que ofrecer un servicio de calidad como es la consideración de la resolución 1479 del 6 de mayo del 2015 por parte del ministerio de salud y de protección social que dice:

- “... Que las entidades territoriales de conformidad con la ley 715 de 2001, tienen la obligación de gestionar los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad.
- Que las entidades promotoras de salud son responsables de los contenidos y coberturas del plan obligatorio de salud para la población afiliada al régimen subsidiado, así como de la integralidad en la prestación de los servicios de salud.
- Que de acuerdo con la sentencia T-760 de 2008 y, en especial, el AUTO 263 de 2012, este ministerio debía definir entre otros, un procedimiento claro, preciso y ágil en la verificación, control y pago de las solicitudes de recobro...”

Ofrecen una atención a medias y lejana de la consideración hacia los pacientes que propone el discurso legislativo por parte del estado y de tener claro el rumbo hacia el efectivo mejoramiento de la salud del paciente.

1.2.1 Primera zona gris. La primera zona gris sobre la que es necesario hablar se encuentra en el régimen subsidiado. En este régimen busca, como dice el ministerio de salud y protección social, lograr la afiliación de la población pobre y vulnerable del pueblo colombiano al Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS. El Estado Colombiano ha definido al Régimen Subsidiado en Salud como su vía de acceso efectiva al ejercicio del Derecho fundamental de la Salud, por tanto hay que entender que se trata del grupo con mayor población de colombianos y por tanto una de las zonas grises que con mayor inmediatez debe aclararse y resolverse.

Consiste en la discusión sobre qué actividades, medicamentos y procedimientos competen ser garantizados por las EPS subsidiadas o por los entes territoriales encargados de la salud, a primera vista es evidente que el mero hecho de una discusión sobre la clase de procedimientos que requiere necesariamente el paciente por ejemplo un caso como el de la diabetes que implican formulación de medicamentos y un citatorio para efectuar controles sobre la enfermedad, imposibilitaría un óptimo tratamiento sobre la enfermedad, el eje central de la discusión se trata de si se dan o no se dan de manera gratuita los medicamentos necesarios para la enfermedad que aqueja al paciente o si se permite o no el procedimiento médico de manera gratuita, aquí se encontró una contradicción con las consideraciones que establece la resolución 1479 del 6 de mayo del 2015 donde se afirma que las entidades de salud tienen la obligación de gestionar los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad.

Se encontró una contradicción entre los fundamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, desde su eje central que no es otro que el POS, representada en la discusión sobre qué clase de medicamentos son gratuitos o no, cuando la consideración de la resolución dice que es obligación gestionar los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad, está diciendo que sobre cualquier situación en donde el paciente no tenga como cubrir los costos de su enfermedad prevalece su derecho fundamental a la salud y por tanto debe ser atendido de la mejor manera posible para garantizar su mismo derecho y mantener optima su salud.

1.2.2 Segunda zona gris. La segunda zona gris que en este caso es objeto de análisis afecta directamente al régimen contributivo, el régimen contributivo es constitutivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, es un mecanismo de afiliación para aquella población de colombianos que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias. En otras palabras

quienes componen este régimen son todas las personas que a diferencia del régimen subsidiario poseen capacidad de pago sobre los servicios de salud.

Aquí la discusión sobre si los procedimientos o medicamentos son gratuitos o no obtiene un matiz mucho más grave, dado que el argumento esgrimido aquí por parte de las entidades de salud se torna una costumbre “amañada” en la medida en que la consideración sobre los procedimientos y medicamentos para la atención de los pacientes está fundamentada en una confusión sobre si esos procedimientos o medicamentos *se encuentran efectivamente cubiertos por el plan obligatorio de salud* y si por consiguiente es obligación por parte del estado y de las instituciones de salud ofrecer los respectivos procedimientos de manera gratuita para los pacientes.

Lo que resulta de esta confusión sobre si los procedimientos médicos o los medicamentos son cubiertos por el plan obligatorio de salud, es la falta de claridad sobre el alcance del POS generando inconvenientes en la prestación del servicio.

Esta zona gris genera un desgaste en el sistema de salud y en el sistema jurídico del país toda vez que habitualmente se resuelve (caso por caso) a través de una acción de tutela.

Esta zona gris debe analizarse a fondo y de ponerse en evidencia como un problema a resolver dado el impacto que genera en la prestación del servicio al usuario, el desgaste del aparato judicial del país y por supuesto el desgaste que genera a todo el sistema. A fin de aclarar el impacto en el sistema se aclaran los efectos de esta zona gris;

- Usuario/Paciente, es el más afectado ya que se atrasa el tratamiento médico que deba seguir para atender su salud. Por otro lado se ve obligado a iniciar acciones jurídicas a fin de acceder al servicio.

- Aparato Judicial, los juzgados del país reciben todos los días un sin número de acciones de tutela relacionadas con temas de salud (casi que existen proformas para la redacción de la acción de tutela, por parte del juzgado (en algunos) cuentan con proforma para emitir el fallo de la tutela) generando un desbordamiento en su capacidad instalada lo cual ocasiona que se dejen de atender otros temas jurídicos.
- EPS, incurren en gastos administrativos altos al tener que contratar equipos de abogados que estén “defendiendo” a la entidad frente a las tutelas desatendiendo la labor para la cual fueron creadas, de igual forma genera riesgos financieros por el pago de servicios no incluidos en el POS pero que se otorgan vía tutela.
- Fosyga, debe administrar los famosos recobros por servicios prestado que se encuentran en la zona gris del POS.
- El sistema como un todo se afecta debido al riesgo financiero que genera la prestación de servicios no incluidos o no la no prestación de servicios que si están incluidos.

1.2.3 Tercera zona gris. Dado que no en todas las poblaciones del país se cuenta con la misma tecnología médica, profesionales en áreas médicas en especialidades básicas y de alta complejidad ni prestadores de alta calidad muchos usuarios requieren desplazarse a ciudades principales generando una creciente asignación de prestaciones no médicas (transporte, alimentación y alojamiento para acompañantes). Este tipo de prestaciones no están contempladas en el POS generando; 1. Que los usuarios accedan a ellas a través de la acción de tutela (como se explicó en el punto anterior esta situación genera desgaste en el aparato judicial). 2. Riesgo financiero para las EPS ya que asignan recursos económicos para el pago de estas estas prestaciones fuera del alcance

del POS. Deben iniciar proceso de recobro al Fosyga.

1.2.4 Cuarta zona gris. Los avances tecnológicos que cada vez con más rapidez se dan en el mundo en materia de medicamentos, procedimientos o tecnologías médicas generan una brecha entre el alcance del POS y estos. En este caso, como en los anteriores, la forma en la que acceden los usuarios a este tipo de nuevas alternativas es a través de la tutela ocasionando los problemas que ya se indicaron en los casos anteriores.

1.3 NORMATIVIDAD DEL POS

La Ley 100/1993 en su artículo 162 define y establece el “Plan de salud obligatorio”, conocido como POS⁵.

El Acuerdo 8/1994 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estableció las primeras precisiones del POS, como lo había ordenado el artículo 162 de la Ley 100/93. Este acuerdo se encuentra hoy derogado pero fue el primer intento de establecer precisiones y términos del POS.

Posterior a ese Acuerdo, el Ministerio de Salud expidió el Decreto 806/1998, que reglamentó el Plan Obligatorio de Salud POS y que fue expedido con la siguiente motivación en su encabezamiento: “Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional”.

Se necesitaron bastantes años, para que una norma regulara, recopilara, estableciera y precisara de manera mucho más específica, todo lo relacionado con

⁵ Paramédicos sin Fronteras. POS.

<http://www.paramedicossinfronteras.edu.co/images/biblioteca/LEGISLACION%20DE%20SALUD%20COLOMBIA%20PSF.pdf> (Citado Agosto 2015)

el POS. Esa norma fue la Resolución 5521/2013 (27 dic 2013) emanada del Ministerio de Salud y Protección Social que en su encabezamiento lleva la siguiente motivación: “Por la cual se define, aclara y actualiza íntegramente el Plan Obligatorio de Salud POS”.

Todo el que quiera conocer detalles del POS y todo su marco regulatorio, obligatoriamente debe acudir a esta norma.

La Resolución 5521/2013 citada anteriormente, contenía un anexo con el “Listado General de Medicamentos”, que fue modificado con la Resolución 5926/2014 con vigencia a partir del 1 de enero del 2015.

A manera de resumen, las normas o marco regulatorio del POS se encontró en:

- 1) Ley 100/1993 Congreso de la República
- 2) Decreto 806/1998 Ministerio de Salud
- 3) Resolución 5521/2013 Ministerio de Salud y Protección Social
- 4) Resolución 5926/2014 Ministerio de Salud y Protección Social

Hay otra serie de normas que tocan tangencialmente el POS o que modifican o reglamentan un aspecto del mismo como por ejemplo:

El Decreto 1070/1995 (Art. 4) que trata sobre la cobertura temporal a los independientes.

La Ley 972/2005 que establece normas para mejorar la atención de enfermedades ruinosas o catastróficas.

El Acuerdo 287/2005 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que habla del manejo de las enfermedades de alto costo y del coeficiente CIRCi, para

compensar las EPS en lo que tiene que ver con la insuficiencia renal crónica.

El Decreto 1618/2013, que establece los derechos de las personas con discapacidad.

1.4 VACÍOS DE LA NORMATIVIDAD Y EL RECOBRO

Dado que se han tocado, en los puntos anteriores, los vacíos del POS en cuanto a su normatividad y al tiempo el recobro se decidió realizar una encuesta estructurada que se aplicara a las EPS más importantes, a continuación se detallan las preguntas a realizar;

- 1) Cree Usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de una legislación muy general o confusa?

- 2) Cree usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de que las EPS quisieron negarse a prestar algunos servicios de salud y por tanto concertaron un plan para lograrlo?

- 3) Cree usted que se hicieron cobros al FOSYGA por servicios establecidos en el POS? Y que por tanto fueron cobrados dos veces? (FOSYGA Y UPC?)

- 4) Considera Usted que hubo falta de vigilancia del Ministerio de Salud sobre este asunto? Y que por tanto el gobierno coadyuvó con la crisis del sistema?

- 5) Puede darse un ejemplo de un medicamento, servicio o tecnología que usted conozca, y que fue parte de las “zonas grises”?

Dada la delicadeza del tema y la sensibilidad de la información recolectada el nombre de las personas que participaron en las entrevistas no serán divulgados.

Se realizan 10 entrevistas a Gerentes y Directores Médicos de EPS como; Saludcoop, Cafesalud, Coomeva, Salud Total, SOS entre otras, a continuación se relacionan las respuestas obtenidas.

1.5 ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS REALIZADAS

1.5.1 Entrevista estructurada EPS Salud Total. Entrevista realizada a Ejecutivo de la Regional Eje Cafetero de EPS Salud Total.

Todas las respuestas deben ubicarse dentro del contexto de tiempo de 1993 a 2013.

Por favor responda inicialmente SI o NO y luego exprese su argumento.

1) Cree Usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de una legislación muy general o confusa?.

Si creo. Porque en algunos aspectos no se definió exactamente la cobertura y quedó a libre interpretación.

2) Cree usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de que las EPS quisieron negarse a prestar algunos servicios de salud y por tanto concertaron un plan para lograrlo?.

Considero que más bien aprovecharon que no estaba bien delimitado para no cubrir los servicios.

3) Cree usted que se hicieron recobros al FOSYGA por servicios establecidos en el POS? Y que por tanto fueron cobrados dos veces? (FOSYGA Y UPC?)

Si, considero que debido a esa inconsistencia se pagaron dos veces algunos servicios tanto el Fosyga y también las EPS asumieron servicios que no debían asumir por falta de claridad.

4) Considera Usted que hubo falta de vigilancia del Ministerio de Salud sobre este asunto? Y que por tanto el gobierno coadyuvó con la crisis del sistema?.

Si, ya que los ajustes grandes se hacen cada dos años. Las consultas que se hacen no son oportunas y cuando se hacen de una vez no son aplicadas al resto de las EPS.

5) Puede darse un ejemplo de un medicamento, servicio o tecnología que usted conozca, y que fue parte de las “zonas grises”?.

Ej: pagadas por las EPS sin ser pos: los procedimientos post bariátricos. Solo hasta la nota externa del 10 de nov se aclaró, antes de ese tiempo estuvieron y fueron cubiertas por las Dos con cargo a la UPC. Procedimientos Pos que no fue en cubiertos por las EPS: insumos para cirugías artroscopias. Las Dos lo consideraban última tecnología y que era sustituible por lo tanto los insumos que eran para la misma cirugía se cobraban como no pos.

1.5.2 Entrevista estructurada EPS Coomeva. Entrevista realizada a Ejecutivo de la Regional Eje Cafetero de EPS Coomeva.

Todas las respuestas deben ubicarse dentro del contexto de tiempo de 1993 a 2013.

Por favor responda inicialmente SI o NO y luego exprese su argumento

1) Cree Usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de una

legislación muy general o confusa?.

Si, pienso que fue una legislación muy general que no específico medicamentos o procedimientos.

2) Cree usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de que las EPS quisieron negarse a prestar algunos servicios de salud y por tanto concertaron un plan para lograrlo?.

No., pienso que la norma dejo vacío que pudieron generar estas zonas grises los cuales fueron ajustado al acomodo de cada EPS.

3) Cree usted que se hicieron cobros al FOSYGA por servicios establecidos en el POS? Y que por tanto fueron cobrados dos veces? (FOSYGA Y UPC?).

Creo que sí pudieron haberse realizado cobros al FOSYGA de servicios que no se fijaron en la norma anterior y que fueron reglamentados posteriormente a los cobros.

4) Considera Usted que hubo falta de vigilancia del Ministerio de Salud sobre este asunto? Y que por tanto el gobierno coadyuvó con la crisis del sistema?.

Posiblemente si ya que se tenían vacíos en la norma y posterior a la aplicación de la misma no se hizo el seguimiento correspondiente.

5) Puede darse un ejemplo de un medicamento, servicio o tecnología que usted conozca, y que fue parte de las “zonas grises”?.

Medicamentos que tienen zonas grises, por ejemplo del Avacavir 300 Mg o el Lamivudina 600 Mg.

1.5.3 Entrevista estructurada EPS SURA. Entrevista realizada a Ejecutivo de la Regional Eje Cafetero de EPS Sura.

Todas las respuestas deben ubicarse dentro del contexto de tiempo de 1993 a 2013.

Por favor responda inicialmente SI o NO y luego exprese su argumento.

1) Cree Usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de una legislación muy general o confusa?

Si, definitivamente no fueron claros los alcances de la norma lo que contribuyó a un desmejoramiento en la atención.

2) Cree usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de que las EPS quisieron negarse a prestar algunos servicios de salud y por tanto concertaron un plan para lograrlo?

No, creo que fue más por falta de información que se generaron las grandes dificultades en la implementación del sistema.

3) Cree usted que se hicieron cobros al FOSYGA por servicios establecidos en el POS? Y que por tanto fueron cobrados dos veces? (FOSYGA Y UPC?)

Sí, es posible que debido a la mala interpretación de la norma y la falta de claridad en los servicios incluidos y la falta de control se hayan generado cobros adicionales.

4) Considera Usted que hubo falta de vigilancia del Ministerio de Salud sobre este asunto? Y que por tanto el gobierno coadyuvó con la crisis del sistema?

Si, definitivamente falto mucho control de los recursos.

5) Puede darse un ejemplo de un medicamento, servicio o tecnología que usted conozca, y que fue parte de las “zonas grises”?

Tratamiento para patologías de alto costo (Hemofilia, Cáncer, VIH, Enfermedad Renal, Enfermedades de depósito Lisosomal, entre otras enfermedades huérfanas.

1.5.4 Entrevista estructurada EPS SOS. Entrevista realizada a Ejecutivo de la Regional Eje Cafetero de EPS SOS.

Todas las respuestas deben ubicarse dentro del contexto de tiempo de 1993 a 2013.

Por favor responda inicialmente SI o NO y luego exprese su argumento.

1) Cree Usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de una legislación muy general o confusa?.

Si, considero que tuvo grandes vacíos especialmente en temas normativos y regulatorios.

2) Cree usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de que las EPS quisieron negarse a prestar algunos servicios de salud y por tanto concertaron un plan para lograrlo?.

No, creo que fueron resultado de la falta de control de los entes encargados y la falta de transparencia en el aseguramiento y de algunos actores del sistema que influyeron de manera importante en el incremento del gasto.

3) Cree usted que se hicieron cobros al FOSYGA por servicios establecidos en el POS? Y que por tanto fueron cobrados dos veces? (FOSYGA Y UPC?).

Si, cuando se afirma que hubo beneficios de salud incluidos en el POS los cuales fueron negados y posteriormente autorizados por CTC para ser luego recobrados, es posible que en muchos casos se hayan presentado cobros irregulares.

4) Considera Usted que hubo falta de vigilancia del Ministerio de Salud sobre este asunto? Y que por tanto el gobierno coadyuvó con la crisis del sistema?.

Sí, no hay duda que faltó mucho control pero también hay otros responsables como aquellos aseguradores que identificaron la forma de evadir responsabilidades y de convertir la salud de los colombianos en un negocio que buscaban que fuera rentable.

5) Puede darse un ejemplo de un medicamento, servicio o tecnología que usted conozca, y que fue parte de las “zonas grises”?.

Las insulinas análogas hasta varios meses después de ser incluidas en el POS, aun requerían CTC para su formulación.

1.5.5 Entrevista estructurada EPS CAFESALUD. Entrevista realizada a Ejecutivo de la Regional Eje Cafetero de EPS Cafesalud.

Por favor responda inicialmente SI o NO y luego exprese su argumento.

1) Cree Usted que las llamadas zonas gr. ses del POS, fueron el resultado de una legislación muy general o confusa?

Si, fundamentalmente en los servicios incluidos.

2) Cree usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de que las EPS quisieron negarse a prestar algunos servicios de salud y por tanto concertaron un plan para lograrlo?.

No, creo que fueron resultado de una norma muy global lo que contribuyó al caos generado con el paso del tiempo.

3) Cree usted que se hicieron cobros al FOSYGA por servicios establecidos en el POS? Y que por tanto fueron cobrados dos veces? (FOSYGA Y UPC?).

Sí, Definitivamente este fue un gran problema ya que debido a las diferencias en los conceptos se pudo haber generado cobros injustificados.

4) Considera Usted que hubo falta de vigilancia del Ministerio de Salud sobre este asunto? Y que por tanto el gobierno coadyuvó con la crisis del sistema?.

Sí, es claro que las EPS se aprovecharon de esa situación y utilizaron los recursos con otros fines.

5) Puede darse un ejemplo de un medicamento, servicio o tecnología que usted conozca, y que fue parte de las “zonas grises”?.

Los insumos para manejo de terapias de presión negativa y la gran mayoría de sistemas en innovación a nivel quirúrgico.

1.5.6 Entrevista estructurada EPS SALUDCOOP. Entrevista realizada a Ejecutivo de la Regional Eje Cafetero de EPS Saludcoop.

Por favor responda inicialmente SI o NO y luego exprese su argumento.

1) Cree Usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de una legislación muy general o confusa?.

Si, Por que el principio de universalidad y calidad del servicio generada ambigüedades que conllevaron a tener tantas dificultades con el servicio y la atención.

2) Cree usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de que las EPS quisieron negarse a prestar algunos servicios de salud y por tanto concertaron un plan para lograrlo?.

No, Yo no diría que quisieron aprovechar y negar los servicios, lo que paso fue que al llegar nuevos medicamentos y nuevas tecnologías que no estaban incluidas en el pos se vieron obligados a prestar servicios sin tener la certeza de estar incluidos.

3) Cree usted que se hicieron recobros al FOSYGA por servicios establecidos en el POS? Y que por tanto fueron cobrados dos veces? (FOSYGA Y UPC?).

Es muy probable que debido al desconocimiento y falta de control esta situación se haya podido presentar.

4) Considera Usted que hubo falta de vigilancia del Ministerio de Salud sobre este asunto? Y que por tanto el gobierno coadyuvó con la crisis del sistema?.

Si, ese es el gran problema de la ley la falta de control y vigilancia.

5) Puede darse un ejemplo de un medicamento, servicio o tecnología que usted conozca, y que fue parte de las “zonas grises”?.

Si, los stent coronarios y prótesis para ortopedia.

1.5.7 Entrevista estructurada EPS NUEVA EPS. Entrevista realizada a Ejecutivo de la Regional Eje Cafetero de EPS Nueva EPS.

Por favor responda inicialmente SI o NO y luego exprese su argumento.

1) Cree Usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de una legislación muy general o confusa?.

Si, el concepto general de la ley genero muchos vacíos.

2) Cree usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de que las EPS quisieron negarse a prestar algunos servicios de salud y por tanto concertaron un plan para lograrlo?.

No, pero la falta de claridad contribuyo a muchas interpretaciones que ocasionaron negación de muchos servicios y tratamientos.

3) Cree usted que se hicieron cobros al FOSYGA por servicios establecidos en el POS? Y que por tanto fueron cobrados dos veces? (FOSYGA Y UPC?).

Es una situación que pudo haber sucedido, no tengo conocimiento pero la falta de control genera esas dificultades.

4) Considera Usted que hubo falta de vigilancia del Ministerio de Salud sobre este asunto? Y que por tanto el gobierno coadyuvó con la crisis del sistema?.

Si, definitivamente es el gran problema.

5) Puede darse un ejemplo de un medicamento, servicio o tecnología que usted conozca, y que fue parte de las “zonas grises”?

Si, las inmunoglobulinas etc.

1.5.8 Entrevista estructurada EPS COOMEVA. Entrevista realizada a Ejecutivo de la Regional Eje Cafetero de EPS Coomeva.

Por favor responda inicialmente SI o NO y luego exprese su argumento.

1) Cree Usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de una legislación muy general o confusa?.

Si, totalmente de acuerdo, falta claridad y asesoramiento de las asociaciones de salud.

2) Cree usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de que las EPS quisieron negarse a prestar algunos servicios de salud y por tanto concertaron un plan para lograrlo?.

No, pienso que fue más desconocimiento y regulación de las normas.

3) Cree usted que se hicieron recobros al FOSYGA por servicios establecidos en el POS? Y que por tanto fueron cobrados dos veces? (FOSYGA Y UPC?).

Probablemente se puede presentar doble cobro por servicios prestados una sola vez.

4) Considera Usted que hubo falta de vigilancia del Ministerio de Salud sobre este asunto? Y que por tanto el gobierno coadyuvó con la crisis del sistema?.

Si, ese es uno de los grandes problemas de la ley. La falta de control.

5) Puede darse un ejemplo de un medicamento, servicio o tecnología que usted conozca, y que fue parte de las “zonas grises”?

Si las reconstrucciones mamarias posteriores a cirugía de mama por cáncer.

1.5.9 Entrevista estructurada EPS SALUD TOTAL. Entrevista realizada a Ejecutivo de la Regional Eje Cafetero de EPS Salud Total.

Por favor responda inicialmente SI o NO y luego exprese su argumento.

1) Cree Usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de una legislación muy general o confusa?.

Si, en resumidas cuentas ese fue el gran problema.

2) Cree usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de que las EPS quisieron negarse a prestar algunos servicios de salud y por tanto concertaron un plan para lograrlo?.

Si, las aseguradoras aprovecharon los vacíos de las normas para generar cobros injustificados.

3) Cree usted que se hicieron recobros al FOSYGA por servicios establecidos en el POS? Y que por tanto fueron cobrados dos veces? (FOSYGA Y UPC?).

Si considero que las EPS son grandes responsables del mal manejo de los recursos y cobros indebidos.

4) Considera Usted que hubo falta de vigilancia del Ministerio de Salud sobre este asunto? Y que por tanto el gobierno coadyuvó con la crisis del sistema?.

Si, y las EPS aprovecharon la situación para lucrarse injustificadamente.

5) Puede darse un ejemplo de un medicamento, servicio o tecnología que usted conozca, y que fue parte de las “zonas grises”?.

Si, Medicamentos para las enfermedades Huérfanas.

1.5.10 Entrevista estructurada EPS CAFESALUD. Entrevista realizada a Ejecutivo de la Regional Eje Cafetero de EPS Cafesalud.

Por favor responda inicialmente SI o NO y luego exprese su argumento.

1) Cree Usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de una legislación muy general o confusa?.

Si, el sistema de salud probablemente es el más normado del mundo sin embargo una mayor cantidad de normas no ha garantizado la eficiencia del sistema, entre otras razones debido a la falta de claridad sobre que norma aplicar en determinados casos en los cuales pueden coincidir 2 o 3 disposiciones.

2) Cree usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de que las EPS quisieron negarse a prestar algunos servicios de salud y por tanto concertaron un plan para lograrlo?.

No, creo que en general las aseguradoras se han enfrentado a la decisión de cómo manejar los vacíos dejados por la normatividad sin encontrar una salida que satisfaga las necesidades de los usuarios y al tiempo sus propias necesidades

(por ejemplo garantizar eficiencia financiera).

3) Cree usted que se hicieron cobros al FOSYGA por servicios establecidos en el POS? Y que por tanto fueron cobrados dos veces? (FOSYGA Y UPC?).

Si, posiblemente se presentaron casos en los cuales algunos servicios que, por efectos de la normatividad, no estaba claro si estaban o no cubiertos por el POS se cobraron vía recobro y por supuesto vía compensación de la UPC.

4) Considera Usted que hubo falta de vigilancia del Ministerio de Salud sobre este asunto? Y que por tanto el gobierno coadyuvó con la crisis del sistema?

Si, las entidades de control del sistema han brillado por su ausencia permitiendo que diferentes actores de este hayan aprovechado vacíos en la reglamentación para sacar partido de este, para citar un ejemplo se pudo hablar de las empresas farmacéuticas que se volvieron millonarias cobrando en Colombia precios más altos que en otros lugares del mundo.

5) Puede darse un ejemplo de un medicamento, servicio o tecnología que usted conozca, y que fue parte de las “zonas grises”?

Si, los servicios de transporte, alojamiento y/o alimentación que se asigna a los usuarios que deben trasladarse a otra ciudad para recibir tratamiento o para simplemente realizarse exámenes, habitualmente los usuarios deben interponer acciones de tutela para acceder a esos servicios.

1.5.11 Consolidación resultados de la entrevistas. De acuerdo a las respuestas obtenidas en la entrevistas se lograron realizar las siguientes conclusiones de cada pregunta;

- Pregunta No. 1. Todos los entrevistados coincidieron en afirmar que las zonas grises que se presentaron en el SGSSS, más específicamente en el POS, se debieron a la coincidencia de una legislación amplia, contradictoria y confusa que ha generado ineficiencias en relación con la administración de los recursos financieros disponibles del sistema más los efectos en reprocesos, mala atención e incluso (en algunos casos) el deterioro de la salud de los usuarios del sistema.
- Pregunta No. 2. 9 de los 10 entrevistados afirman que las EPS no tuvieron que ver en la generación de las zonas grises, en sus respuestas afirman que las zonas grises se presentaron por una coyuntura entre una regulación muy amplia pero de poca claridad con la falta de control por parte de las entidades que tienen esa responsabilidad. Solo un entrevistado respondió que las EPS jugaron un papel determinante en la generación de las zonas grises del POS.
- Pregunta No. 3. Con referencia a esta pregunta todos los entrevistados afirmaron que probablemente las EPS realizaron recobros al Fosyga por servicios que estaban cubiertos en el POS (por lo tanto estaban incluidos en la compensación de la UPC, de ser así cobraron dos veces servicios, medicamentos y/o procedimientos).
- Pregunta No. 4. Nuevamente en esta pregunta todos los entrevistados coincidieron en responder afirmativamente, en este caso indicando que se presentaron fallas de control por parte de las entidades del control del sistema lo que coadyuvó a que el Sistema de Seguridad Social en Salud del país entrara en crisis de resultados y por supuesto de caja.
- Pregunta No. 5. En esta pregunta los entrevistados indicaron que eventualmente se presentaron dobles cobros, por parte de las EPS, en; Procedimientos (Ejemplo: Tratamiento para patologías de alto costo (Hemofilia, Cáncer, VIH, Enfermedad Renal, Enfermedades de depósito Lisosomal, entre

otras enfermedades huérfanas. Stent coronarios y prótesis para ortopedia. Reconstrucciones mamarias posteriores a cirugía de mama por cáncer). Medicamentos (Ejemplo: Avacavir 300 Mg o el Lamivudina 600 Mg). Insumos (Ejemplo: insumos para manejo de terapias de presión negativa y la gran mayoría de sistemas en innovación a nivel quirúrgico). Otros (Ejemplo: Servicios de Transporte, Alimentación y Alojamiento).

2. EXAMEN DEL ESQUEMA DE INTEGRACION VERTICAL EPS

La integración vertical como concepto puro hace referencia a la combinación de tareas o actividades entre dos o más organizaciones que comparten el mismo dueño, el objetivo de la integración vertical es el de generar economías de escala. Para el caso de la salud la integración vertical se presenta entre al aseguramiento (EPS) y la prestación del servicio (IPS), dadas las limitaciones en materia de oferta de infraestructura hospitalaria y en general de prestación de servicios algunas EPS optaron por realizar integración vertical (incluso algunas en áreas no necesariamente de prestación del servicio de salud) lo cual a la luz de algunas normas regulatorias del SGSSS y de entes de control ha sido perjudicial para el sistema debido a que le resta competitividad y estaría en contra de las normas del libre comercio. La intención en este documento es analizar críticamente los efectos de la integración vertical⁶.

Ciertamente es necesario para comprender los efectos de la integración vertical, entender cuáles son las causas, cual es el origen y que es la integración vertical en el sistema de salud colombiano. Se denomina como integración vertical de servicios en cualquier industria el momento en que una empresa decide integrar a su negocio o a su sistema de producción algunos de los elementos necesarios para el mecanismo de producción, por ejemplo, una compañía que distribuye café, decide en vez de comprar a distribuidores el café, sembrar cultivos de donde pueda obtener el café para su posterior tratamiento y producción, se trata entonces de articular a una cadena de producción los elementos requeridos para fabricar el producto que se oferta en vez de comprar los insumos necesarios a distribuidores, de esta manera cuando se trata de una estrategia de integración vertical en el sistema de salud significa que una empresa (EPS) instaure su propia red de atención constituida por: centros de diagnóstico, clínicas y laboratorios.

⁶ WIKIPEDIA, INTEGRACION VERTICAL. https://es.wikipedia.org/wiki/Integraci%C3%B3n_vertical (Citado Septiembre 2015)

Este modelo de integración vertical en el sistema de salud colombiano se encuentra vigente desde la implementación de la ley 100, dicha ley permite una estrategia de integración vertical con una cobertura de hasta el 100 % lo que tiene como implicación que la EPS tenga una red de atención exclusiva e independiente de las demás para ofrecer los servicios a los usuarios, sin embargo la ley 1122 del 2007 en un intento por controlar los mecanismos limitó esta cobertura al 30%.

La integración vertical se encuentra principalmente presente como eje articulador entre EPS (Entidades Promotoras de Salud) e IPS (Institución Prestadora de Salud) de manera que el análisis que puede efectuarse sobre la integración vertical de ambas firmas parte de considerar la dirección de la cadena vertical en la que participan ambas firmas respecto de sus cadenas de producción. A diferencia de la práctica común la integración vertical no responde a requerimientos técnicos, como la adquisición de insumo físico o la entrega de productos al consumidor, más bien responde a que se generan flujos financieros para pagar los servicios, dado que el seguro reúne los recursos de los afiliados y reconoce la prestación de los servicios ofrecidos según el plan de beneficios correspondiente a la afiliación del usuario al seguro. Esta relación entre EPS e IPS representa un inconveniente a la hora de efectuar un análisis más profundo sobre la integración vertical entre ambos elementos, dado que implica una relación entre dos cadenas de producción que pueden marchar de manera diferente en este caso el seguro y las prestaciones médicas, implicando como consecuencia una falta de claridad respecto de cuál es el producto, cuáles son los insumos y cuáles son los canales de distribución para definir la integración entre el seguro y los servicios. Si se remite al caso colombiano dado que la función principal de las EPS es la de garantizar la prestación de servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS) como producto final, se da por supuesto que esta firma (la EPS) tiene la posibilidad de decidir si presta directamente los servicios o si ocurre mediante transacciones de mercado, de manera que la EPS puede integrarse hacia adelante con una IPS y controlar así directamente la atención de los afiliados.

El espectro de la integración entre EPS e IPS puede observarse de dos maneras, es decir la forma en que ambos operan en conjunto según los lineamientos establecidos por la estrategia de la integración vertical, puede hacerse tangible desde dos puntos de vista, el primero se trata de observar la relación en términos de la gama de servicios que establece el Plan Obligatorio de Salud (POS) y que la EPS entrega directamente, en otras palabras aquellos servicios que la EPS puede ofrecer sin necesidad de intervención de otra entidad para la salud ajena a esta o con otra firma y el segundo consiste en observar la relación en términos de la población que recibe el servicio como proporción total de afiliados, para hacer más clara la relación es necesario entender que el grado de integración vertical entre EPS e IPS consiste en el porcentaje de gastos en servicios de salud que la EPS presta a través de su propia IPS.

Anteriormente se ha dicho que fue hasta que se establece la ley 100 sobre la salud que se hace posible implementar una estrategia de competitividad como la integración vertical, dicha ley permitía una posibilidad de implementar la integración vertical hasta el 100% esto implicaría que cada EPS tuviera la posibilidad de poseer su propia red de atención, lo que como consecuencia última implica que el usuario no tenga otra clase de alternativa o de elección respecto de infraestructura para ser atendido. Posteriormente la ley 1122 del 2007 busco evitar este problema de “acaparamiento de los servicios” y redujo el alcance de las estrategias de integración vertical a un 30% intentando evitar este inconveniente, sin embargo, comentarios como los del médico oncólogo Luis Guillermo Ángel permiten obtener una mirada más precisa del problema que implica este 30% de proliferación para la integración vertical, es necesario comprender que la integración vertical es una estrategia para estimular la competitividad entre las diferentes entidades e instituciones que constituyen el sistema de salud, de esta manera la competitividad a pesar de ser formulada como una estrategia de mejoramiento, funciona finalmente en este caso como una estrategia para que algunas entidades pertenecientes al sector de la salud, consigan una expansión

más amplia que las otras partes y que por lo tanto los servicios sean acaparadas por estas instituciones de la salud que consiguieron su expansión desde la integración vertical. En la revista el colombiano, la periodista Laura Victoria Botero consigue unas palabras ofrecidas por el médico oncólogo Luis Guillermo Ángel, quien opina sobre la estrategia de integración vertical lo siguiente:

"Me preocupa inmensamente la sostenibilidad de los hospitales públicos. Qué pasaría con el hospital de un municipio pequeño si una EPS construye una clínica. Los usuarios de esa entidad serían atendidos en la nueva clínica y el único hospital público de ese municipio no tendría ingresos para sostenerse", dijo.

El especialista advirtió que de cara a los usuarios este esquema también representa limitaciones. "Si una ciudad tiene ocho centros de excelencia en la atención al cáncer, pero uno de ellos es propiedad de la EPS y esta entidad remite a sus usuarios solo al de su propiedad, eso significa que el usuario se queda sin opciones", dijo.

Y los recursos ¿de dónde?

Idris Londoño Restrepo, presidente del Colegio Médico de Antioquia, es un fuerte crítico de este esquema pues asegura que se convierte en una práctica irregular.

"Supone una competencia desleal entre las instituciones prestadoras. Las aseguradoras ponen precios con base a sus costos y eso afecta a los demás prestadores. Además, esas EPS le pagan al médico a los dos meses y establece salarios a los profesionales en muchos casos, inferiores a lo establecido".

Para Londoño, otro factor que no queda claro es el de los recursos "Hay que ver cuántas clínicas tiene Saludcoop en Medellín y cuánto se invirtió en la construcción de ellas. Yo me pregunto de dónde sale esa plata, si son

cooperativas, si son intermediarios sin ánimo de lucro", expresó Londoño.

Se hizo referencia a lo expresado por la Dra. Para permitir visibilizar problemas derivados de la integración vertical, en su práctica, en su puesta en funcionamiento, pues una mirada de la teoría de la integración vertical resulta como un mecanismo tentativo pero al momento de su puesta en funcionamiento se implican una serie de inconvenientes que terminan por afectar la calidad del servicio de la salud. En primer lugar es acertado el ejemplo que ofrece el médico oncólogo Luis Guillermo Ángel, sobre como la integración vertical de una EPS puede afectar la sostenibilidad de un hospital público, la manera en que afecta la sostenibilidad de un hospital o una entidad de la salud de carácter pública es de la forma en que, al poseer la EPS la capacidad de tener sus propias clínicas y centros de atención, el usuario perteneciente a esta EPS, será remitido a las mismas clínicas que conforman la red de atención de la EPS, excluyendo por completo la utilidad de entidades de salud públicas.

En segundo lugar como consecuencia derivada de la posibilidad de la EPS de contar con su propia red de atención, es evidente, que para el usuario a pesar de que la integración vertical supone la posibilidad de elegir libremente entre las entidades de salud de su preferencia, que este quedara sin opciones a elegir, dado que la EPS siempre remitirá su necesidad de atención a uno de los centros especializados de atención de su dominio y no otro que se encuentre fuera de este.

Por último, se quiere exponer en el siguiente cuadro las ventajas y desventajas que genera la estrategia de integración vertical al sistema de salud colombiano, este ha sido tomado de estudio realizado por la Dra. Sandra Milena Restrepo y por el Dr. John Fernando Lopera en el documento titulado La Integración Vertical En El Sistema De Salud Colombiano

Tabla 1. Ventajas y desventajas de la integración vertical entre EPS e IPS

Ventajas y desventajas de la integración vertical entre EPS e IPS	
Ventajas	Desventajas
Reduce los conflictos entre aseguradores y prestadores en las relaciones contractuales	Pérdida de beneficios de la competencia, pues se anquilosa un eslabón integrado a otro, perdiendo productividad, eficiencia y calidad. La institución prestadora contiene los costos, realiza procedimientos mínimos o inferiores al mínimo permisible, y utiliza reactivos e insumos más baratos y medicamentos malos
Reduce las asimetrías de información en los procesos de producción a cargo del prestador	Afecta al usuario, pues queda atrapado en una red en la que no puede elegir, aunque cuando elige la EPS elige la red de su preferencia
Gestión del riesgo	Lleva al desequilibrio en la oferta de instituciones prestadoras debido a que las aseguradoras construyen nuevas clínicas
Control o contención del gasto médico	Las EPS sólo desean prestar los servicios más rentables o cuya demanda permite reducir costos y hacer ahorros que no se lograrían si se contratan a terceros
Ventajas económicas para los aseguradores	Limita el acceso de los usuarios a los servicios; a veces estimula la adquisición de seguros alternativos para satisfacer el deseo o la necesidad de elegir libremente al prestador
Reduce ineficiencias cuando las prestadoras ignoran los costos de prestación o no tienen políticas de mejora de calidad y optimización de procesos	Posición dominante en la relación contractual
	Elimina el profesionalismo médico por imposición del interés corporativo. El riesgo ético de interferir en el libre y correcto ejercicio de la profesión ha aumentado notoriamente con la privatización del aseguramiento

Fuente: Asemi, Revista Conexión No. 4

3. EVALUACIÓN DEL CÁLCULO DE LA UPC

La sigla UPC (Unidad de Pago por Capitación) pareciera ser compleja, analizada desde el complejo léxico que recubre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para acercarse a ella y poderla entender es necesario indicar que es y que función cumple dentro del mecanismo de prestación de servicios para la salud, a continuación se define el significado de la sigla y tipo de UPC que existen (tomado de página del Ministerio de Salud y Protección Social del país).

- **La UPC-S**

La Unidad de pago por capitación (UPC) es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado. La UPC-Subsidiada, UPC-S, es el valor reconocido para cubrir el POS subsidiado y también es referida como UPC plena o subsidio pleno. Ese valor es definido actualmente por la Ministerio de Salud y Protección Social y hoy en día, el Acuerdo N° 19 de 2010 es el acuerdo vigente en esta materia.

- **La UPC Adicional**

La UPC-Adicional es una prima o valor adicional reconocido por la Ministerio de Salud y Protección Social a diversas zonas geográficas por concepto de dispersión geográfica. Es decir, un valor aplicable para las áreas de algunos departamentos en los cuales hay una menor densidad poblacional, que a su vez puede representar un mayor gasto por los sobrecostos de atención en salud derivados entre otros del transporte de pacientes.

Los Departamentos que cuentan con UPC Adicional son; Amazonas, Arauca,

Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y de la región de Urabá. Se exceptúan de este valor las ciudades de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal y sus respectivas áreas de influencia, en las cuales se aplicará la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

- **La UPC-S Diferencial**

Con posterioridad a la creación de prima adicional para las zonas geográficas por dispersión geográfica, explicado en el numeral anterior, surge otro tipo de prima adicional llamada diferencial aplicable para las zonas geográficas que presenten mayor siniestralidad respecto del resto de municipios del país. Se aplica por zona geográfica a los municipios conurbados, es decir aquellos próximos a centros urbanos.

Las ciudades que cuentan con UPC Diferencial son; Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla y los municipios conurbados de Soacha, Bello, Itagüí, Envigado, Sabaneta y Soledad.

La UPC entonces corresponde a un valor que asigna el Ministerio de Salud y Protección Social a las entidades aseguradoras, es decir a las EPS. Este valor representa una cifra de la que se encargan las entidades delegadas de pagar los gastos de atención de sus afiliados y de tener un margen de recursos para cumplir con la administración del riesgo de la operación.

La UPC no debe de confundirse con el valor del POS, si bien el Plan Obligatorio de Salud es el eje central del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), este se encarga principalmente de ofrecer un paquete básico de salud respecto de las áreas de prevención y recuperación de la salud mas no corresponde específicamente a una cifra per cápita de dinero que asegura la

prestación del servicio de la salud para la población Colombia, bien sea población de niños, adultos o mayores de la tercera edad. Ciertamente se encuentran relacionados en la medida en que ambos se encargan de asegurar el derecho fundamental a la salud de la población colombiana, si bien uno se encarga de ofrecer el paquete de salud en términos generales a saber el POS el otro se encarga de concretar y hacer posible los medios para que cada uno tenga su respectivo seguro de que la salud será atendida en el caso correspondiente, dando por hecho una cifra de dinero exclusivamente para cubrir a esa persona en el sistema de salud, pagando los gastos que requiere su atención.

El cálculo UPC proviene directamente de los aportes obligatorios que se hacen al Régimen Contributivo, este cálculo debe de cubrir los gastos de las reclamaciones o atenciones médicas para los diferentes perfiles de riesgo de la población en el contexto de un aseguramiento público a su vez debe de incorporar los costos de administración, ventas y de permitir un margen por utilidad y riesgo para posibles desviaciones de los costos esperados.

Sin embargo, existen ciertas complicaciones que distancian la puesta en funcionamiento desde la teoría a la realidad, la Ley 1438 de 2011 artículo 25 dice que: “El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios...”.

De acuerdo a este mandato dicha revisión debería hacerse de manera efectiva como lo indica la ley, pero la realidad es completamente contraria, desde sus inicios el cálculo de la UPC no considero el costo real del POS. Este valor se ha ajustado principalmente en función de las disponibilidades de recursos, desconociendo el crecimiento real de los costos en salud los cuales están influenciados por múltiples factores, como: los cambios en los patrones de

morbilidad y uso de servicios y su costo, el aumento en las coberturas sin el correspondiente respaldo en el ajuste de la UPC, los costos de financiación y administración de los servicios No POS entre otras variables.

Esto ha dado como resultado que el valor real de la UPC del régimen contributivo se ha reducido en los últimos 18 años en un 15%. Lo anterior significa que la UPC en dicho régimen ha perdido capacidad adquisitiva lo que va en detrimento de la cantidad y calidad de los servicios que está soportando. El debate de la suficiencia de la UPC debe pasar necesariamente por la decisión de la sociedad de cuál es el POS que se quiere y cuál el que se puede pagar. No es sano que se pretenda decir que el sistema otorga beneficios ilimitados si no se destinan los recursos suficientes para cumplir esta promesa.

3.1 ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO DEL SGSSS

El SGSSS se financian básicamente con recursos fiscales y parafiscales, de acuerdo a la concepción y diseño inicial del sistema, la Ley 60 de 1993 y posteriormente la Ley 715 de 2001 buscaban regular el financiamiento de la salud con recursos de origen fiscal, en tanto la Ley 100 de 1993 desarrollo lo relativo a la financiación mediante recursos parafiscales representados en las cotizaciones o aportes a la seguridad social en salud que se constituyen en el mecanismo esencial de financiamiento del régimen contributivo que aporta a su vez a la financiación del régimen subsidiado y los recursos del subsidio familiar que recaudan las cajas de compensación. También concurren en la financiación del sistema los aportes del presupuesto nacional, los recursos de orden territorial y los recursos de esfuerzo propio de estas entidades.

3.2 FINANCIAMIENTO DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Este régimen se financia esencialmente con los recursos de cotizaciones que

realizan conjuntamente los empleadores y sus trabajadores dependientes, los trabajadores independientes, los pensionados y las madres comunitarias, aunque también constituyen recursos del sistema los correspondientes a los copagos y cuotas moderadoras que pagan los afiliados al recibir servicios de salud. Los recursos provenientes de las cotizaciones pertenecen al FOSYGA, pero por delegación de la Ley 100 de 1993, con recaudados por las EPS Entidades Promotoras de Salud. El principal porcentaje de estos recursos hace parte de la subcuenta de compensación, con estos recursos se paga a las EPS la UPC (Unidad de Pago por Capitación).

La cotización para salud es del 12.5% del IBC (Ingreso Base de Cotización) la cual la pagan los trabajadores dependientes junto con su empleador en una proporción de un 4% y un 8.5% respectivamente. Por su parte los trabajadores independientes pagan completamente el 12.5% de su IBC, para el caso de los pensionados el pago corresponde al 12% de su ingreso y las madres comunitarias cotizan el 4% sobre la bonificación que les reconoce el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Diversos Estudios señalan la existencia de un vínculo estrecho entre la estructura de ocupación, el mercado laboral y los flujos de financiamiento del régimen contributivo y por tanto el aseguramiento en salud. Con base en estos mismos estudios se puede establecer que el comportamiento de los recursos provenientes de las cotizaciones dependen principalmente de variables como;

- Número de trabajadores formalmente activos
- Nivel dl salario de la población afiliada
- La capacidad del estado para detectar la evasión y la elusión (calidad del recaudo)
- El comportamiento y calidad del empleo en el país.

3.3 FINANCIAMIENTO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Hasta la expedición de la Ley 1438 de 2011, la ejecución de los recursos del aseguramiento en el régimen subsidiado de salud, se materializaba mediante la suscripción de contratos de administración de recursos del régimen subsidiado entre entidades territoriales y las EPS. Tales contratos de aseguramiento eran financiados con recursos fiscales, recursos de cofinanciación provenientes del FOSYGA y recursos de esfuerzo propio municipal o departamental y demás fuentes que cofinanciaban el régimen subsidiado de salud.

A partir de la expedición de la citada ley se modificaron las condiciones de operación suspendiendo la suscripción de contratos de aseguramiento entre las entidades territoriales y las EPS y les da la posibilidad a estas para realizar la afiliación de las personas que tengan la calidad de potenciales beneficiarios (en un contexto de cobertura universal). Las fuentes destinadas al aseguramiento de los afiliados al régimen subsidiado provienen de recursos de orden nacional, departamental y municipal.

El comportamiento de los recursos del régimen subsidiado depende en buena medida de la evolución de la economía, pues los ingresos provienen de los impuestos que soportan las transferencias y los trabajadores afiliados al régimen contributivo, gracias al mecanismo de solidaridad.

A continuación se describe con mayor detalle la composición de tales recursos según niveles de administración y sus fuentes u orígenes y destinación de los mismos;

- **Recursos Nacionales**

- Uno punto cinco (1.5) de la cotización de los regímenes especiales y de

excepción y hasta uno punto cinco (1.5) puntos de la cotización de los afiliados al régimen contributivo.

- Recursos de las cajas de compensación familiar, provenientes del 5% de los recaudos del subsidio familiar que administran o el 10% de los recaudos del respectivo para aquellas cajas que obtengan un cociente superior al 100%, esto de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

- Recurso del Presupuesto General de la Nación. A partir del monto asignado para el año 2010, se requieren de manera progresiva para la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios, una vez aplicadas las demás fuentes que financian el régimen subsidiado.

- IVA a la cerveza y los juegos de suerte y azar incorporados en la Ley 1393 de 2010.

- **Recursos de Entidades Territoriales**

- Los recursos del sistema general de participaciones (SGP) para salud (24.5%), de los cuales el 65% se destina al régimen subsidiado, el 10,1% para acciones en salud pública y el restante 24,9% para población pobre no asegurada.

- Recursos provenientes de los juegos de suerte y azar y los transferidos por Coljuegos (antes ETESA), estos se giran directamente a la cuenta maestra del régimen subsidiados de la entidad territorial.

- De las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el distrito capital se destinara por lo menos el 50% a la financiación del régimen subsidiado.

- Otros recursos propios de las entidades territoriales que destinen o lleguen a

destinar para la financiación del régimen subsidiado.

- **Otros Recursos**

- Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el régimen subsidiado.
- Recurso del cuarto punto de la contribución parafiscal, de acuerdo al artículo 46 de la Ley 1438 puede destinarse a financiación del régimen subsidiado o a la financiación de acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud.
- Nuevos recursos destinados el sector salud por la Ley 1393 de 2010.
 - 6% del impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares.
 - Sobretasa al consumo de cigarrillos y tabaco
 - Premios no cobrados

4. ANALISIS DEL PAPEL ASEGURADOR DE LAS EPS

La prestación de los servicios de salud en Colombia atraviesa por una crisis cuyo origen se halla en distintas causas. Esta crisis ha llevado a muchas manifestaciones académicas y populares a levantarse en contra de la intermediación de las EPS e, incluso, se ha llegado a proponer un referendo para derogar la Ley 100 de 1993 y convertir al Estado en el único asegurador y pagador directo de los servicios del Sistema de Salud que demanda la población colombiana. Esta situación se ha gestado debido a equivocados, por parte de algunas EPS, manejos ocasionando que el rol de las EPS este bajo la lupa de la opinión pública nacional. En fin último de las EPS es el de servir como entidad aseguradora que garantice el acceso y la prestación del servicio de salud, lastimosamente este rol (en algunas EPS) ha sido reemplazado por el de ser un intermediario financiero generando sobre costos e ineficiencias en todo el sistema⁷.

Como parte de las opciones de solución se ha planteado el desmonte de las EPS trasladando las responsabilidad que estas entidades tienen (entre otras; afiliación, pago de prestaciones económicas y contratación de prestadores de servicios) al Estado lo cual significaría un paso atrás en el diseño y fortalecimiento de un sistema de salud que tenga la capacidad real de satisfacer la creciente demanda de servicios de salud, el estado no tiene la capacidad técnica u operativa para administrar por si solo el sistema de salud.

En el modelo actual es importante destacar aportes realizados por las EPS al sistema, se consideró que estos son de gran relevancia y sobre los cuales, se cree, se encuentran las bases para construir un mejor sistema de salud, entre otras se tienen; 1. Actualmente la cobertura poblacional para servicios de salud es

⁷ Aprenda en Línea. Papel Asegurador.

<https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/coyuntura/article/viewFile/15553/13488>

Citado Septiembre 2015

de más del 94 %. 2. Protección financiera a los hogares, el sistema hoy financia servicios médicos de incontable índole y alto valor, en un modelo diferente es el usuario (a través de su patrimonio) tendría que financiar su tratamiento o el de su familia. 3. La entrega de un plan de beneficios que cubre la mayoría de las enfermedades a las cuales están expuestos los seres humanos. Se cree que a partir del fortalecimiento de los aportes arriba descritos es posible estructurar un sistema de salud de mejor calidad para el país.

4.1 ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN COLOMBIA

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), introducido a través de la Ley 100 de 1993, trajo cambios fundamentales en la operatividad y en el esquema de “organización industrial” del sector salud en Colombia. El principal objetivo de crear un sistema único de aseguramiento era lograr la cobertura universal en salud.

Cabe recordar que a principios de la década de los años noventa dicha cobertura tan sólo alcanzaba un 28% de la población. Más aún, se ha estimado que cerca de un 45% de las hospitalizaciones y un 40% de las consultas médicas las atendía directamente el sector privado, manteniéndose entonces un sistema relativamente costoso y de cobertura social muy limitado⁸.

Antes de la expedición de dicha norma, la salud se dividía en tres subsistemas: 1) un área de seguridad social, donde el ISS intentaba cumplir simultáneamente las tareas de previsión social y prestación directa a sus afiliados; 2) un sistema de red pública, el cual manejaba una compleja e ineficiente estructura de hospitales departamentales y municipales; y 3) un sistema privado relativamente costoso en

⁸ Ministerio de Salud. Aseguramiento.

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estudio%20sobre%20el%20modo%20de%20gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf> Citado Septiembre 2015

términos per cápita, al cual tenían acceso sólo los estratos altos.

La Ley 100 creó entonces un sistema único de aseguramiento, basado en la aplicación del principio de “subsidiados cruzados” entre dos regímenes: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado. El Régimen Contributivo reparte el costo de aseguramiento entre el empleador y el empleado, si éste último cuenta con recursos económicos suficientes para ello. Esta porción del Régimen Contributivo lo desarrollan principalmente las Empresas Promotoras de Salud (EPS).

El Régimen Subsidiado está reservado (supuestamente) para individuos que no cuentan con recursos económicos suficientes para abordar las contribuciones en salud en su totalidad, por lo cual el costo de la cobertura lo asume el gobierno.

Así, el sistema de aseguramiento se basaría en las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las cuales estarían encargadas de “redistribuir” los riesgos en salud y administrar el Plan Obligatorio de Salud (POS). Este paquete de servicios básicos se prestaría a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Los propietarios de las EPS podrían integrar redes de servicios a través de crear sus propias IPS.

Las compensaciones entre los costos asociados a los diferentes rangos salariales se manejarían a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). El Fosyga es la principal herramienta de solidaridad entre los dos regímenes (Contributivo y Subsidiado), el cual está adscrito al Ministerio de Protección Social.

De esta manera, el equilibrio financiero del sistema de salud viene dado por la llamada “Unidad de Pago por Capitación” (UPC), el cual corresponde al servicio básico estándar del POS. Sobre la base de la UPC el gobierno, a través del Fosyga, adelanta los “cruces de subsidios” y así se determina cuanto, finalmente, debe asumir el Presupuesto General de la Nación (PGN) (una vez descontados

los ingresos de otras fuentes tales como los impuestos sobre la nómina, los copagos, etc.).

En teoría, el sistema contributivo debería expandirse hasta fondar cerca de dos terceras partes del sistema de salud, dejándole al fisco colombiano el financiamiento de tan sólo una tercera parte del sistema (la parte no-contributiva).

Como se logró observar, este no ha sido el caso y en la actualidad la sostenibilidad del régimen de salud en Colombia se puede ver amenazada (bajo su estructura actual) debido a que se ha recargado en más del 55% sobre el régimen no-contributivo (subsidiado).

Más aún, la imposibilidad fiscal de continuar elevando el valor de la UPC ha hecho difícil expandir el servicio básico representado por el POS actual. Adicionalmente, el sector público ha permanecido con sobre-cargas en materia de salud, debido al tratamiento especial de los sectores de las Fuerzas Militares-Policía Nacional, el Magisterio y Ecopetrol y los constantes aportes de capital al Instituto de Seguros Sociales (ISS) y a las Empresas Sociales de Estado (ESE).

Otro cambio crucial que trajo la Ley 100 radicó en el re-direccionamiento de los subsidios pasando del sistema de “oferta” a un sistema de subsidios basado en la “demanda”. Esto quiere decir que, en vez de asignar los recursos públicos en bloque a las diferentes entidades de la salud (puestos de salud, hospitales de niveles I a III, etc.), se pasó a promover la competencia en la prestación de los servicios.

Las entidades públicas regionales han enfrentado serias dificultades en el aprendizaje de estos nuevos procesos de “facturación”, lo cual ha retrasado el tránsito de la “oferta” hacia la “demanda”. En cambio, el sistema privado hizo una integración vertical de sus servicios de salud (EPS-IPS) y posteriormente lo

extendió al sistema de Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), ganando importantes sinergias. En el 2007 se expidió la Ley 1122 de 2007 que restringió la contratación, por parte de las EPS, de servicios de salud con IPS propias a un total del 30% del total de servicios de salud contratados. Esto con el fin de controlar los procesos de calidad y continuar promoviendo la competencia en el mercado. Esta intervención restringe la integración vertical de las EPS.

En lo referente al Fosyga se sabe que éste administra cuatro subcuentas: Solidaridad, Compensación, Promoción y Riesgos Catastróficos-Accidentes de Tráfico (ECAT). La subcuenta de Compensación administra los déficit/superávit de las contribuciones de los afiliados del régimen contributivo a las EPS y la subcuenta de Solidaridad gestiona los recursos de cofinanciación entre el régimen contributivos y el régimen subsidiado que corresponden al 1.5% de las cotizaciones a salud por las empresas y trabajadores independientes.

La ley 1122 de 2007 aumentó en 0.5% la cotización de los regímenes especiales (a cargo del empleador) para así completar el 1.5% que se destina a la cuenta de solidaridad (Artículo 204, Ley 1122 de 2007).

4.2 AVANCES EN LA COBERTURA DE SALUD

En el período 1995-2006 se lograron importantes avances en materia de cobertura en salud. El número de afiliados al RS pasó de 4.8 millones (12.4% de la población) a más de 20 millones (cerca del 46% de la población), mientras que los afiliados al régimen contributivos se triplicaron al pasar de 5 millones (13% de la población) a casi 17 millones (un 40% de la población). De esta forma, hoy en día el 86% de la población colombiana tiene cobertura en salud, donde el 55% proviene del RS y el 45% del RC. Esta cifra del 86% de cobertura representa un avance importante respecto al 28% de cobertura que se tenía antes de la implementación de la Ley 100 de 1993. De otra parte, la población cubierta por los

regímenes especiales en salud (Fuerzas Militares, Policía Nacional, Ecopetrol y Magisterios) está alrededor del 5%, con lo cual se tiene que la cobertura total en salud es cercana al 90% (por toda fuente). Así Colombia continúa acercándose a la meta de cobertura universal, aunque el paquete POS y la calidad del mismo aún dejan mucho que desear⁹.

El costo anual de alcanzar la cobertura universal, teniendo en cuenta los 6 millones de personas faltantes, es de aproximadamente \$1.3 billones (a precios de 2006).

Por otro lado, mantener la cobertura universal en los próximos años implica un costo aproximado de \$6.5 billones (a precios de 2006), según cálculos del Ministerio de Protección Social. La Ley 797 de 2003 y La Ley 1122 de 2007 permitieron incrementar las cotizaciones del régimen contributivos en 0.5%, pasando de 12% a 12.5% de la nómina, para ayudar a fondar el sistema de salud del régimen subsidiado, estimándose que esto representará \$400 millones anuales adicionales. Esto quiere decir que el remanente \$4 billones (= \$6.5 - \$ 1.5) tendrá que fondearse a través del presupuesto nacional, lo cual representa un esfuerzo equivalente a 1.6% del PIB anualmente. El problema con este esquema de apoyarse en mayores cargas parafiscales es que promueve la informalidad laboral y un recargo del fondeo en el régimen subsidiado, en vez del régimen contributivo.

4.3 DESCENTRALIZACIÓN EN EL SECTOR SALUD

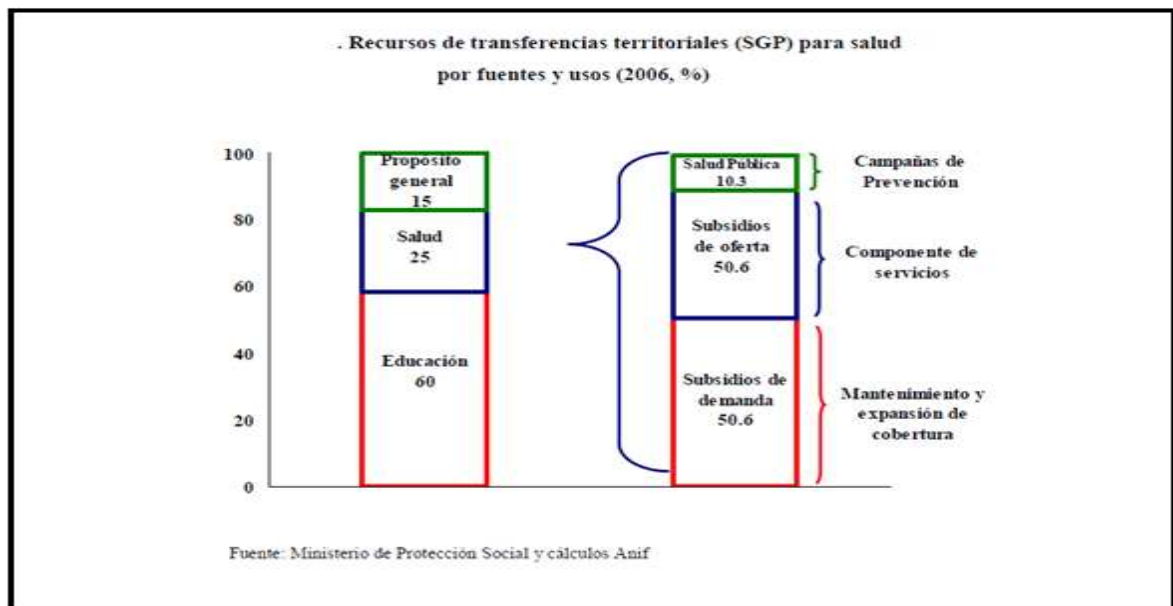
La descentralización del sector de la salud se implementó a través de la Ley 60 de 1993 y la Ley 715 de 2000. En cada ocasión se ha ampliado el llamado Sistema General de Participaciones (SGP), según mandato Constitucional (Artículos 356-357).

⁹ Anif. Asociación Nacional de Instituciones Financieras. Cobertura en Salud. <http://anif.co/sites/default/files/uploads/Pasivoactuarial-Salud%2008.pdf> Citado Octubre 2015

El principal objetivo de la ley 715 de 2001 fue reducir la volatilidad de los recursos destinados a financiar la inversión social como consecuencia de la inestabilidad en los ingresos corrientes de la nación. El Sistema General de Participaciones (SGP), antes reconocido como el “Situado Fiscal”, se distribuye de la siguiente forma: 60% en educación, 20% en salud y el remanente destinado al sector con la meta de cobertura más exigente. Por su parte, la Nación asigna el 15% del SGP entre las diferentes entidades territoriales y el 85% restante se destina a los gastos de los usuarios de salud y educación.

En el siguiente gráfico se observa cómo en 2006 los recursos del Sistema General de Participaciones se dividieron en educación (58.5%), salud (24.5%) y propósitos generales (17%). Los recursos destinados a salud que en total ascendieron a \$3.5 billones se destinaron así: 48.3% para subsidios a la demanda con el fin de mantener la cobertura actual; 38.3% para prestación de servicios o subsidios a la oferta; 10.3% para salud pública como campañas de prevención y 2.3% para ampliación de cobertura.

Gráfico 1. Recursos de transferencia territorial



Fuente: Ministerio de Protección Social y cálculos Anif.

Como ya se explicó, uno de los objetivos centrales de la Ley 100 era pasar del Sistema de subsidios por el lado de la oferta hacia el lado de la demanda. Esto se refleja en las estadísticas de salud pero no con la celeridad que se hubiera querido. Por ejemplo, mientras los subsidios por el lado de la oferta cayeron de representar un 42.7% en 1996 a un 26.9% en 2003, los subsidios por el lado de la demanda se incrementaron al pasar de 6.4% a 14.5% durante ese mismo período. De otra parte, el gasto del régimen contributivos se elevó de 50.9% a 58.5% entre 1996-2003.

4.4 COMPOSICIÓN DEL GASTO EN SALUD Y COMPARACIONES INTERNACIONALES

Colombia asignó al sector de la salud cerca de 7.7% del PIB en el año 2003 y registró un promedio de 8.5% del PIB durante los años 1998-2002. Esta última cifra es superior al 5.9% del PIB que ha venido asignado Chile o al 5.7% del PIB registrado por México (promedios de 1998-2002). Colombia supera de forma aún más significativa en asignaciones de recursos a la salud cuando se le compara con los países andinos. Por ejemplo, Ecuador ha venido asignando solo el 4.8% del PIB y Venezuela el 5.4% del PIB al sector salud en años recientes.

Podría pensarse que se trata de asignaciones bajas frente a las del mundo desarrollado, pero no es así. En efecto, el promedio del gasto en salud, durante los años 1998-2002, fue de 7.3% del PIB en el Reino Unido y de 7.6% del PIB en Japón.

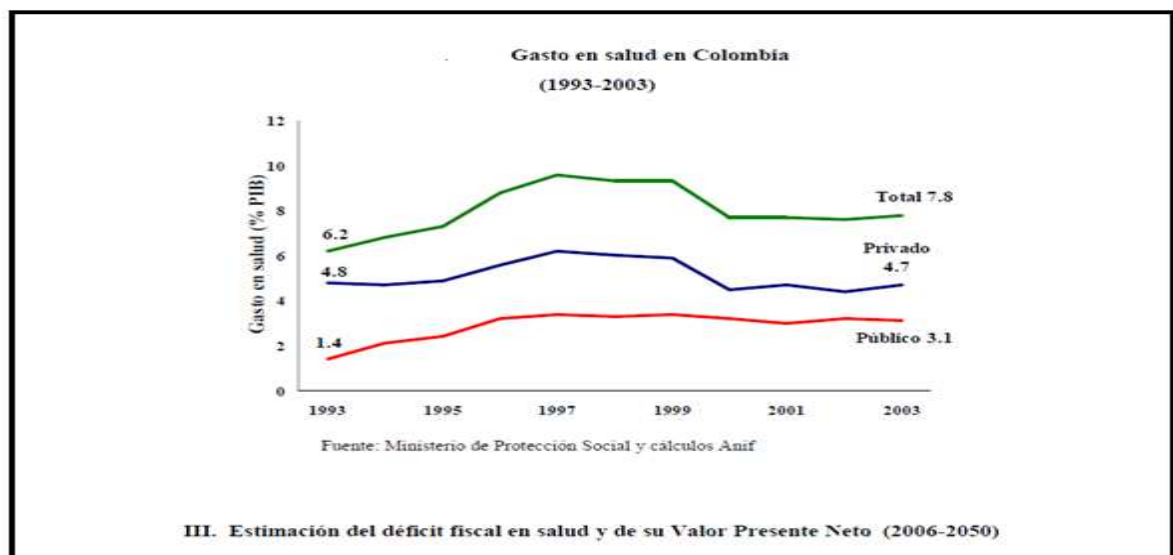
Colombia es uno de los países donde el gasto en salud se ha acelerado de forma pronunciada, pasando de 6.2% a 7.7% del PIB durante los años 1993-2003. Así mismo, la afiliación total al sistema de salud pasó de 28% a 83% de la población durante estos mismos años.

De hecho al desagregar el gasto en salud entre gasto público y gasto privado se observa que en promedio entre 1998 y 2002 el gasto público representó el 78.3% del gasto total en salud. Cuba fue el único país que superó este promedio (85.7%), mientras que el gasto público en salud de países como Chile (41.2%), México (46.0%) y Venezuela (50.3%) se ubicó muy por debajo del promedio colombiano.

En países desarrollados como Estados Unidos y Suiza el gasto público representó en promedio entre 1998 y 2002 el 47% y 56%, respectivamente, del gasto total en salud. Como se señala, en el caso de Colombia se observó una leve reducción en el gasto total en salud a partir de 1998, estabilizándose alrededor de 7.7% del PIB.

En parte esto obedeció a la crisis del período 1998-2002, cuando la caída de los ingresos del gobierno redujo las transferencias territoriales, afectando el régimen subsidiado, y en parte se explica por el incremento del desempleo y la informalidad, ver siguiente gráfico¹⁰.

Gráfico 2. Gasto en salud en Colombia



Fuente: Ministerio de Protección Social y cálculos Anif.

¹⁰ Anif. Asociación Nacional de Instituciones Financieras. Gasto en Salud Colombia. <http://anif.co/sites/default/files/uploads/Pasivoactuarial-Salud%2008.pdf> Citado Octubre 2015

INTEGRACIÓN CAPÍTULOS

Durante el desarrollo de este documento se han abordado variables asociadas al funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSC) que han permitido obtener una visión gerencial del sistema: Se inició el documento haciendo referencia al marco normativo del sistema, los antecedentes del mismo y en términos generales se describió cómo funciona el sistema, que entidades lo conforman e incluyó una descripción detallada de lo que es el Plan Obligatorio de Salud POS. Paso seguido se identificaron las zonas grises del POS, estas básicamente se han presentado por falta de claridad en la reglamentación del sistema o incluso por la duplicidad de normas que ocasionan brechas en la forma en la que los actores del sistema deben operar, se identificaron 4 zonas grises así;

1. Relacionada con el Régimen Subsidiado, específicamente consiste en la falta de claridad sobre los beneficios incluidos en este régimen (procedimientos, medicamento, entre otros).
2. Relacionada con el Régimen Contributivo, al igual que en el caso de la primera zona gris se refiere al alcance del plan de beneficios a los cuales tiene derecho un afiliado, es de conocimiento público que un gran número de usuarios afiliados al sistema a través del régimen contributivo deben acudir al aparato jurídico para exigir la prestación de servicios médicos.
3. Está relacionada con la cobertura del sistema a todas las poblaciones del país, en la mayoría de las poblaciones del país se cuenta con atención médica ambulatoria sin embargo en muchas poblaciones no se cuenta con especialidades básicas y menos con tecnología para la atención médica, es por esta razón que los usuarios deben trasladarse a otros lugares del país en el que puedan acceder a estos servicios asumiendo en ocasiones los gastos de desplazamiento que esto supone, en síntesis la zona gris resultante es; Quien debe asumir el costo de estos

desplazamientos?

4. Esta relaciona con la actualización del POS en cuestión de medicamentos o tecnologías disponibles en el mundo que podrían mejorar la calidad de vida de pacientes que sufren enfermedades poco conocidas o que son altamente costosas.

Una vez identificadas las zonas grises ya mencionadas se abordó el tema de la integración vertical, primero como una estrategia exitosa en otros sectores de la economía y luego se estudió como esta fue implementadas al interior del sistema (específicamente en las EPS), se encontraron prácticas exitosas y otras no exitosas que al final ocasionaron que actualmente la integración vertical para las EPS sea mínima, por último se realiza un comparativo entre las ventajas y desventajas (generales) que tiene el uso de esta estrategia en las EPS.

Como tercer paso en el objetivo de analizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSC) se realiza un análisis de la UPC, se define que es, para que sirve y como se calcula. Se separa el análisis de la UPC de cada régimen (Subsidiado y Contributivo), se incluye en este capítulo un análisis sobre la forma en la que se financia el sistema, diferenciando cada régimen.

Para finalizar la investigación se analizó el papel de las EPS desde su rol principal, que es el de aseguramiento, se describe como está conformada la estructura de aseguramiento e incluyeron cifras relacionadas con los avances en cobertura de salud que el país ha ganado gracias al sistema de salud, para finalizar incluyeron composición del gasto en salud en Colombia comparado con otros países.

5. CONCLUSIONES

- El Sistema General de Seguridad Social en Salud del país ha representado un importante avance en la búsqueda de garantizar el acceso de toda la población a un servicio básico como es la salud, en general se considera que el sistema ha cumplido los objetivos de universalidad, solidaridad, equidad y progreso.
- Los logros que el sistema de Salud generó en términos de accesibilidad, solidaridad y universalidad se han visto opacados por los errores en la construcción del POS (Plan Obligatorio de Salud) ya que ocasionaron la aparición de zonas grises que han llevado al sistema a una crisis financiera que lo expone a evaluar su continuidad.
- Las entidades de control que fueron creadas como parte del SGSSS fallaron en su gestión (por acción y/ o por omisión) coadyuvando a la profundización de los problemas de gestión del sistema ocasionando pérdida de recursos y eficiencia en el sistema.
- La integración vertical en las EPS demostró ser exitosa como estrategia de optimización de recursos, gracias a ella algunas EPS lograron eficiencias en su operación que les permitieron alcanzar excelentes resultados financieros que no fueron trasladados hacia la mejora de la operación y que terminaron en los bolsillos de algunos empresarios.
- La ausencia de control en el SGSSS, específicamente en las EPS, ocasionó que algunas aseguradoras utilizaran indebidamente los recursos que se “ahorraban” gracias a la implementación de integración vertical en algunos procesos o unidades de negocio claves.
- El SGSSS busca, como parte de sus principios, ser un sistema solidario en el

cual las personas de bajos recursos tengan acceso al mismo tipo de servicio que eventualmente puede acceder una persona de mayores recursos. Este principio se logró gracias a la forma en la cual se determinó como cada afiliado cotizante debe pagar para acceder al servicio, básicamente se trata de un porcentaje (12,5% sobre el IBC, Ingreso Base de Cotización), entre más alto el IBC mas alto el valor a pagar, es decir que quienes más ganan aportan mayores recursos financieros que quienes perciben un ingreso menor.

- El sistema de salud posee variadas fuentes de financiación que ayudan a garantizar la disponibilidad de recursos (de diferente índole) para garantizar la viabilidad del sistema, sin embargo hay falencias de control que han permitido que parte de esos recursos de uso incorrectamente o incluso se desvíen hacia los bolsillos de personas y/o organizaciones corruptas que se han vuelto millonarias a partir de esos dineros.
- Nacieron las EPS como administradoras y posteriormente (2007) la ley les delegó la gestión del riesgo en salud y el riesgo financiero, tomando el papel de aseguradoras, pero sin convertirse al ramo de seguros, por adolecer de elementos inherentes y específicos de este sector.
- Dentro de la arquitectura del sistema son las EPS la punta de la pirámide, y hoy están cuestionadas públicamente por parte de múltiples actores, al punto de recomendarse su desaparición. Sus ingresos inmensos por el aseguramiento y su posición dominante, fueron el caldo de cultivo para la corrupción tanto en el sector privado como en el público.
- En su defensa las EPS argumentan que el aseguramiento no puede cubrirse con la UPC, lo que las ha llevado a un negocio sin rentabilidad y más grave aún, sin liquidez. Las deudas que tiene el sistema evidencian un colapso financiero del sector, que las va a llevar a liquidación.

- Un aseguramiento que le apuesta a la cobertura universal es ideal para un país, pero sus consecuencias también pueden ser funestas por el crecimiento del gasto en salud, como resultado de nuevas tecnologías y medicamentos de alto costo

6. RECOMENDACIONES

- Asumir el rol de rector del sistema, evitando delegar en las EPS el ser juez y parte en todo lo que involucra el aseguramiento. El acompañamiento del Ministerio y la Superintendencia de Salud sobre los aseguradores debe ser permanente.
- Ejercer con valentía, seriedad y honestidad, por parte de las entidades de control, la labor de fiscalización de las entidades aseguradoras que en razón de su papel disponen de tan altos recursos financieros y de tanto poder.
- Realizar estudios que, con cálculos actuariales, permitan determinar el verdadero costo de asumir el rol asegurador, el objetivo de este será garantizar la continuidad del sistema y la equidad con los recursos del mismo.
- Crear políticas sobre la promoción y prevención en salud, la responsabilidad del paciente con el autocuidado, el impulso decidido de los medicamentos OTC, el conocimiento de medicinas alternativas, los incentivos por cambios en los hábitos de vida que coadyuven al logro del equilibrio en el aseguramiento con cobertura universal
- Autorizar que las EPS puedan integrarse verticalmente, como ya se ha indicado demostró ser eficiente en el objetivo de optimizar recursos, el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud deberían autorizarla de manera controlada de forma tal que se logren eficiencias y optimización de recursos pero que se garantice que estos se reintegran al sistema, que no van a quedar en el bolsillo de particulares.
- Realizar un debate público y abierto en el cual participen los miembros del sistema e interesados (como las universidades y asociaciones de usuarios) para

discutir y evaluar cómo se está calculando la UPC, definir si la actual cubre las necesidades del sistema. A partir de los resultados del debate realizar los ajustes que correspondan cerrando las brechas que eventualmente se tienen en este tema.

- Hacer exigible que las entidades que deben realizar control del sistema ejecuten su rol de manera preventiva y correctiva. Se puede incluso validar la inclusión de entes privados que coadyuven a realizar vigilancia y control del sistema.

BIBLIOGRAFÍA

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMPRESAS DE MEDICINA INTEGRAL. Revista ConeXXión, Acemi. Año 1 No. 1. Pág. 12, 26 y 68.

_____. Revista ConeXXión, Acemi. Año 1 No. 2. Ene – Abr 2013. Pág. 12, 26 y 68.

_____. Revista ConeXXión, Acemi. Año 1 No. 2. Pág. 12, 26 y 68.

REVISTA DINERO. Noticias Económicas y Negocios en Colombia. Artículo “Salud, Dinero y Votos” Publicado el 4 de Abril de 2013.

_____. Noticias Económicas y Negocios en Colombia. Artículo “Piden celeridad para intervenir en Salud” Publicado el 24 de Agosto de 2013.

_____. Noticias Económicas y Negocios en Colombia. Artículo “Reforma Planteada no es Cura del Sistema de Salud2. Publicado el 26 de Marzo de 2013.

REVISTA SEMANA. Artículo “Es Inminente un paro de la Salud”. Publicado el 26 de Octubre de 2013.

_____. Artículo “Salud el Moribundo más Longevo”. Publicado el 19 de Octubre de 2013.

WEBGRAFÍA

https://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_de_salud_en_Colombia

<https://prezi.com/easoedjqzfze/salud-publica-en-colombia/>

<http://www.paramedicossinfronteras.edu.co/images/biblioteca/LEGISLACION%20DE%20SALUD%20COLOMBIA%20PSF.pdf>

<https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/coyuntura/article/viewFile/15553/13488>

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estudio%20sobre%20el%20modo%20de%20gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf>

<http://anif.co/sites/default/files/uploads/Pasivoactuarial-Salud%2008.pdf>

<http://www.acemi.org.co/>

<http://www.dane.gov.co/>

<http://www.minhacienda.gov.co/>

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

ANEXOS

Anexo A. Entrevista estructurada

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Todas las respuestas deben ubicarse dentro del contexto de tiempo de 1993 a 2013.

Por favor responda inicialmente SI o NO y luego exprese su argumento

- 1) Cree Usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de una legislación muy general o confusa?

- 2) Cree usted que las llamadas zonas grises del POS, fueron el resultado de que las EPS quisieron negarse a prestar algunos servicios de salud y por tanto concertaron un plan para lograrlo?

- 3) Cree usted que se hicieron cobros al FOSYGA por servicios establecidos en el POS? Y que por tanto fueron cobrados dos veces? (FOSYGA Y UPC?)

- 4) Considera Usted que hubo falta de vigilancia del Ministerio de Salud sobre este asunto? Y que por tanto el gobierno coadyuvó con la crisis del sistema?

- 5) Puede darse un ejemplo de un medicamento, servicio o tecnología que usted conozca, y que fue parte de las “zonas grises”?