



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Colombia (CC BY-NC-ND 2.5)

La presente obra está bajo una licencia:

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Colombia (CC BY-NC-ND 2.5)

Para leer el texto completo de la licencia, visita:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/co/>

Usted es libre de:



Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra

Bajo las condiciones siguientes:



Atribución — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciente (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).



No Comercial — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.



Sin Obras Derivadas — No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

DINÁMICAS ECONÓMICAS, POLÍTICAS Y SOCIALES EN EL SISTEMA DE SALUD

Hazbleidy Viviana Figueroa Camacho

Resumen

Se realiza una breve exposición de las funciones de los actores que intervienen en el sistema de salud, y como las dinámicas sociales, económicas y políticas, afectan las estructuras, las decisiones y los lenguajes que se manejan en las empresas del sector, así como las dificultades que se reflejan a través del tiempo por falta de seguimiento y control del Estado Colombiano.

Palabras clave: Sistema de Salud, recursos económicos, actores del sistema y plan de beneficios de salud.

En Colombia a finales de 1993 con la Ley 100 se realiza la reforma a la salud, donde se crea un Sistema de Seguridad Social en Salud, el cual tiene como objetivo garantizar los derechos de la persona y la comunidad, con el fin de velar por su calidad de vida mediante la protección de las eventualidades que la afecten. Años más tarde y después de encontrar un sinnúmero de acciones de tutela de pacientes que aseguraban tener dificultades para acceder a servicios de salud, se expidió la Ley 1751 de 2015, la cual estableció la salud como un derecho fundamental para todas las personas.

Con el Sistema de salud impuesto por la Ley 100 de 1993, es importante conocer cada uno de los actores del sistema, entender su contexto y la relación que estos tienen entre sí, de la siguiente manera: en primer lugar se encuentra el Estado que de acuerdo con la Constitución Política de Colombia de 1991 este se encarga de “(...) organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad” (Asamblea Nacional Constituyente, 1991, art. 49). Siendo este el actor fundamental para garantizar el acceso a los servicios de salud de la población colombiana.

En segundo lugar de los actores del sector salud se encuentra las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de régimen contributivo y subsidiado; las de régimen contributivo son las encargadas de garantizar el aseguramiento de la población por medio del pago que realizan los aportantes y los empleadores, y las de régimen Subsidiado se benefician de las políticas y recursos económicos del Estado. Finalmente las Entidades Promotoras de Salud son las responsables de la eficiente administración de los recursos, logrando minimizar costos inadecuados en la prestación de los servicios de salud, y así mismo, garantizarle al paciente una atención eficaz con “altos estándares de Calidad”.

En el tercer lugar de los actores se encuentran los Prestadores de Salud, donde su función principal es garantizar la prestación de los servicios de salud a la población. Y teniendo en cuenta la clasificación del Registro Especial de Prestadores de Salud de Colombia (REPS), se encuentran conformados en cuatro categorías de la siguiente manera: Las Instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud, los servicios de transporte especial de pacientes y entidades con objeto social diferente (Prada-Ríos SI, 2017). Para el caso puntual de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de acuerdo con su naturaleza jurídica pueden ser públicas, privadas o mixtas.

En cuarto lugar de los actores se encuentran los operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos, que mediante su cadena de abastecimiento garantiza la compra, almacenamiento y distribución a las diferentes farmacias con un estricto protocolo de seguimiento y control de los medicamentos y servicios complementarios, que a su vez permiten contar con la trazabilidad del producto, protegiendo y asegurando su calidad hasta la dispensación del medicamento a los pacientes (Vallejo, 2010).

Actualmente la negociación de los medicamentos entre los operadores logísticos y la industria farmacéutica se encuentra apoyada por las EPS y el Estado; este último como regulador de los precios de medicamentos en Colombia, logrando un mejor precio de compra y abriendo paso a un nuevo modelo de negociación; la compra centralizada, regulada en la Ley 1753 de 2015 quedando así:

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) establecerá los mecanismos para adelantar negociaciones centralizadas de precios de medicamentos, insumos y dispositivos. Los precios resultantes de las negociaciones centralizadas serán obligatorios para los proveedores y compradores de medicamentos, insumos y dispositivos de servicios de salud y estos no podrán transarlos por encima de aquellos precios. El Gobierno Nacional podrá acudir subsidiariamente a la compra directa de medicamentos, insumos y dispositivos (Ley 1753, 2015, art 71).

En quinto lugar se encuentran los aportantes, que de acuerdo con la literatura los define de la siguiente forma:

Son todos los agentes que realizan pagos al sector de la salud, tales como los trabajadores que realizan las contribuciones parafiscales en el Régimen Contributivo; el Estado, a través del pago que efectúa a partir del presupuesto Nacional, transferencias hacia los departamentos y los municipios; los seguros privados y de medicina prepagada y las personas que realizan pagos de manera directa a los prestadores, prefiriendo no utilizar los mecanismos de aseguramiento, esta última modalidad se conoce como gasto de bolsillo (Agudelo & Madrid, pág. 20).

¿Cómo las dinámicas sociales, económicas y políticas afectan las estructuras, las decisiones y los lenguajes que se manejan en las empresas del sector de la salud?

Si bien en la parte inicial del ensayo se hace una breve introducción sobre el sistema de salud de Colombia y los actores que lo vinculan, y entendiendo que es un modelo económico del cual debe existir Oferta y demanda, se identifican que las dinámicas actuales afectan notablemente el objetivo final del Estado colombiano que es garantizar el derecho fundamental a la salud de toda la población colombiana, por lo siguiente:

El propósito del modelo instaurado en 1993 permitió que las Entidades Promotoras de Salud junto con los otros actores del sistema estuvieran encaminados a un objetivo común, cosa contraria a lo que hoy se vive en el país donde se evidencia los distintos intereses entre los actores del sistema. Y con el paso del tiempo desde el punto de vista financiero, se hace una revisión en la literatura donde define la situación de la siguiente manera:

La mayor parte de las EPS equivocaron el modelo financiero, lo que ha llevado a cuantiosas pérdidas a las que se atribuye –de manera errada– la quiebra del sistema de salud. Una revisión general a las realidades contables de estas instituciones muestra algunos patrones que, si se evalúan desde el punto de vista administrativo y financiero, podrían poner en evidencia las causas del fracaso de la política y de sus intérpretes (Rivera, A. F., pag. 114).

Esta situación que no permite que los recursos económicos lleguen con oportunidad a los prestadores de salud, operadores logísticos y gestores farmacéuticos, afectan no solo la prestación de los servicios sino también la compra de los insumos médicos, el mantenimiento de las instalaciones de las instituciones, el pago de los sueldos del personal médico y

administrativo, el pago a los proveedores y servicios públicos, y finalmente generando un problema en el desempeño del sistema de salud.

Ante esta realidad y conociendo las dificultades del Sistema de Salud en garantizar el flujo de los recursos económicos de manera oportuna a los prestadores de servicios de salud, el Estado Colombiano para el año 2011, mediante la Ley 1438 crea el modelo de Giro directo para el régimen subsidiado y la ley 1753 de 2015 para régimen contributivo, con el objetivo de evitar intermediaciones entre el Estado, las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones de Servicios de salud, y obtener así mayores controles del recaudo, con el fin de garantizar la prestación de los servicios a la población.

Esto permite que las Instituciones de Servicios de Salud cuenten con un giro mensual de recursos económicos, favoreciendo y garantizando la atención del Plan Obligatorio de Salud (POS), de los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud de Régimen Contributivo y Subsidiado.

Es importante también resaltar que el Plan Obligatorio de Salud, hoy el Plan de Beneficios de Salud, de acuerdo con la Ley 100 de 1993, en su artículo 162 lo define como “el conjunto esencial de servicios para la atención de cualquier condición de salud definidos de manera precisa con criterios de tipo técnico y con participación ciudadana, a que tiene derecho todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.” Y como responsable de la actualización de los servicios en el Plan de Beneficios de Salud es la Comisión de Regulación en Salud CRES.

Por lo anterior, se hace necesario que dicha actualización de los servicios del Plan de Beneficios de Salud se realice de forma regular, teniendo en cuenta la creciente disponibilidad de

tecnología médica y el incremento de la demanda de los servicios de salud. Así es como la distribución de los recursos económicos se convierte en uno de los grandes desafíos de los Sistemas de Salud, que permitan lograr abordar de manera eficiente, efectiva y equitativa los problemas de salud de la población. (Pinto & Castellanos, 2004)

Con base en lo anterior y con el fin de suministrarle al afiliado del régimen contributivo que cuenta con capacidad de pago un “beneficio” a partir de un contrato voluntario con las Entidades Promotoras de Salud, se establece bajo el marco legal de la Ley 1438 de 2011, la implementación de Planes Voluntarios de salud o Planes complementarios, con el fin de otorgarle a los afiliados de las aseguradoras lo siguiente: una mejor calidad en servicios de salud, Instituciones Prestadoras de Salud de alto nivel, comodidad en asignación de citas, tecnología de punta y hotelería. Lo que conlleva a que en el Plan de Beneficios de salud presenten brechas en la atención y afecten las Entidades Promotoras de Salud el principio de la equidad, generando importantes barreras de entrada a los afiliados con poca capacidad de pago.

Con respecto a lo anterior, algunos autores sostienen lo siguiente:

Esta situación ha producido un debilitamiento de la acción del Estado mientras aumentan las inequidades propias del mercado, a pesar de los mecanismos adoptados de regulación de la competencia, profundizando la división de clases incluso en lo referente a la salud como derecho fundamental, dejando claro que la medicina es para ricos, no solo porque es prestada como medicina pre-pagada, sino también a través de los Planes Complementarios, dejando así sectores medios o bajos con el Régimen Contributivo con un Plan Obligatorio de Salud. (Carranza, 2019, pag. 20)

Por lo cual, las Entidades Promotoras de Salud adoptan modelos de riesgos económicos para el control de los costos de los servicios de salud, como consecuencia a una limitada atención integral del paciente. Sin embargo, existen servicios y tecnologías que NO se encuentran incluidas en el Plan de Beneficios de Salud y que de acuerdo con el criterio médico el paciente requiere dicho servicio, esto siempre y cuando ya se hayan agotado las alternativas del POS, pues bien, las Entidades Promotoras de Salud con su red de servicios contratados debe garantizar al paciente la prestación del servicio y este a su vez será reconocido y pagado a las EPS por el Sistema de Seguridad Social en Salud, a esto servicios y/o tecnologías en salud se les conoce con el nombre de NO POS.

Conforme a lo anterior, en la historia de los reconocimientos de los servicios y/o tecnologías no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, se han realizado ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud a partir de la Ley 100 hasta la fecha, que han permitido cerrar algunas brechas, con el propósito de establecer un proceso transversal y completo en la presentación de la cuenta, el reconocimiento y finalmente el pago de las tecnologías NO POS, favoreciendo económicamente a las Entidades Promotoras de Salud y en general al Sistema de Salud (Torregroza, 2018).

Es importante mencionar que para llegar al reconocimiento de los servicios y tecnologías NO POS, estos deben cumplir requisitos esenciales como: que el servicio o tecnología haya sido formulado por el médico tratante, que no se encuentre incluido en el listado de medicamentos y servicios de Plan Beneficios de Salud, que el afiliado se encuentre vivo en las bases de datos de la Registraduría Nacional para la fecha de prestación de servicio y que le asista el derecho a la prestación del servicio.

Para esto las Entidades Promotoras de Salud en concordancia con las normas que regulan el reconocimiento y pago del NO POS antes del año 2017, se establecía que una vez el médico tratante formulaba el servicio o tecnología no incluida, eran las responsables de analizar, autorizar o rechazar el servicio o tecnología NO POS a los afiliados por medio del comité técnico científico. Y en consecuencia a la alta demanda de formulaciones de servicios y tecnologías NO POS, las Entidades Promotoras de Salud presentaban dificultades en la oportunidad de la generación de las autorizaciones lo que repercutía finalmente en los desenlaces de salud de los pacientes.

A causa de lo anterior, para el año 2016 se establece por medio de la Resolución 3951, el proceso de acceso y prescripción, reporte de suministro, verificación, control, pago y análisis de información de los servicios o tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud. Permitiendo eliminar el trámite de las EPS sobre la autorización por medio de comité técnico científico e implementando la autonomía médica con auto-regulación, mejorando la gestión del suministro y la facturación de los prestadores de salud, y en consecuencia el Estado mejora la oportunidad y calidad de la información para la toma de decisiones de políticas de salud pública.

Hay que mencionar, además que se encuentran servicios y tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios de Salud, que aún no han sido reconocidos por el Estado a las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud, y que de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2020, se estima que la deuda actualmente se encuentra entre \$5,2 billones para régimen contributivo y \$1,5 billones para régimen subsidiado.

Con la finalidad de poder aclarar y sanear totalmente la cartera entre los actores del sistema, se establece el acuerdo de punto final, siendo este un paquete de medidas que permite garantizar

de manera eficiente el gasto en salud, generando una mayor liquidez y sostenibilidad financiera del sistema. Así poder acabar con el círculo vicioso de las deudas entre los actores del sistema.

Ahora bien, para que las deudas no se generen con el paso del tiempo entre los actores del sistema de salud, una de las medidas implementadas por el Estado de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo y regulada por las Resoluciones 205 y 206 de 2020, es transferir un valor mensual a las EPS, con base en el gasto histórico en salud de los colombianos por los servicios y tecnologías no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud.

Lo que implica que las EPS deben mejorar sus procesos de negociación con los prestadores de salud y la industria farmacéutica para que los valores a transferir por el Estado Colombiano estén adecuados a la demanda de los servicios no cubiertos por el Plan de Beneficios de Salud. Así como lo establece la Resolución 205 de 2020 en su artículo 16 parágrafo 2. “Los actores del sistema de salud deberán coadyuvar en acciones para la no superación del presupuesto máximo, sin afectar el acceso a los servicios y tecnologías en salud que efectivamente requiera el paciente”.

Para esto también es importante que los prestadores de servicios de salud mejoren sus procesos de registro de historias clínicas y dispensaciones de medicamentos, que permitan tener en tiempo real y transaccional la información que se requiere para registrar en la plataforma del Ministerio de Salud y Protección Social el reporte de la garantía del suministro y la facturación, agilizando sus procesos de conciliación de glosas administrativas con la EPS, garantizando así el ingreso de los recursos económicos a sus instituciones y mejorando el flujo de liquidez e impactando finalmente en la satisfacción del usuario al brindar un servicio con calidad y oportunidad.



Estas medidas se toman con base en: mantener la sostenibilidad financiera del sistema de salud, mejorar el estado de salud de la población colombiana; garantizando mayor calidad y oportunidad en la atención a partir de un estricto seguimiento a las EPS e IPS, no sin antes mejorar la infraestructura en salud de las regiones del país y dotarlo con talento humano.

Con respecto al talento humano del sistema de salud, es importante apostar a la formación y capacitación del personal asistencial y administrativo, con el objetivo de mejorar las competencias, el desempeño y los procesos en cada una de las áreas de las empresas del sector salud. Así como también mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud donde actualmente no gozan de condiciones laborales optimas en cuanto a su remuneración. Otro factor importante que afecta el bienestar de los profesionales de salud, es la ampliación de las jornadas laborales esto se debe al aumento de los pacientes que deben ser atendidos por hora, así como la asignación de tareas administrativas que no corresponden a su ejercicio normal (Acosta, Becerra, & Mejía, 2009).

Analizando las dificultades que por años han impactado el Sistema de Salud, se puede decir que la falta de seguimiento y control por parte del Estado ha sido un factor importante a partir de la ley 100 de 1993, iniciando por la demora en las actualizaciones del Plan de Beneficios de Salud que solo se realiza de manera integral hasta el Acuerdo 29 de 2011, lo cual fue de gran importancia para la disminución del gasto de salud de los servicios y tecnologías no incluidos en el PBS.

Otro punto importante fue el seguimiento tardío a los precios de medicamentos donde a partir de la administración de Santos con Alejandro Gaviria a cargo de la cartera del Ministerio de Salud y Protección Social, se realizaron intervenciones importantes con la industria



farmacéutica, regulando los precios de los medicamentos que actualmente se distribuyen en Colombia, esto mejoró el acceso de los pacientes a los tratamientos que antes eran imposibles de utilizar por el alto costo del medicamento.

Y no puede faltar la ineficiencia por parte del Estado en el control de los recursos económicos que se quedaban en las arcas de las EPS, mientras se veía en el país una gran crisis hospitalaria por no contar con liquidez para poder mantener el funcionamiento de los prestadores de salud. Ejemplo claro es la EPS Saludcoop que utilizaba los recursos de la Unidad de Pago por Capitación UPC, en inversiones distintas a la atención de salud de la población, considerado por la superintendencia de salud como una práctica ilegal y no autorizada.

Entonces, ¿Cómo garantizar el control y el seguimiento en el tiempo por parte del Estado, para reducir la vulnerabilidad de los colombianos frente a la corrupción en el sector de la salud?



Este trabajo esta bajo la licencia **Creative Commons Atribución.NoComercial-SinDerivadas 2.5 Colombia (CC BY-NC-ND 2.5)**. Para leer el texto completo, visite: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/co/>

Referencias

- Acosta, J. H., Becerra, S. C., & Mejía, A. C. (2009). *Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16a07.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991, 13 de junio). *Constitucion Política de Colombia 1991*. Diario oficial de Colombia. Obtenido de <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/Constitucion-Politica-Colombia1991.pdf>
- Carranza, C. H. (2019, pag. 20). *Plan complementario y sistema integral de salud*. Obtenido de <http://repository.ugc.edu.co/handle/11396/5349>
- Congreso de la República de Colombia. [Ley 1753]. (2015). *art. 71 [Capitulo II]*. Obtenido de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1753_2015_pr001.html#71
- Madrid, A. &. (2017). *LOS AGENTES DEL SECTOR DE LA SALUD EN COLOMBIA Y SU RESPONSABILIDAD EN LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA*. Universidad EAFIT, Medellín, Colombia. Obtenido de https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/11792/MorenoMadrid_David_RamirezAgudelo_VadinAngel_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Pinto, M. D., & Castellanos, M. I. (2004). En el Sistema general de seguridad social colombiano caracterización de los recobros por tutelas y medicamentos no incluidos en los planes obligatorios de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*.
- Prada-Ríos SI, P.-C. A.-T. (2017). *Clasificación de instituciones prestadores de servicios de salud segun el sistema de cuentas de la salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico de Colombia: el caso de Colombia*. doi:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cips>
- Rivera, A. F. (2013). *Coyuntura del sistema de salud en Colombia: caracterización de una crisis, desde las particularidades financieras de las EPS*. *Gestión & Desarrollo*, 10 (1), pp. 103-116.
- Torregroza, Z. F. (2018). *Recobros en el sistema de salud de Colombia*. UNIVERSIDAD SANTO TOMAS. Obtenido de <http://hdl.handle.net/11634/10399>
- Vallejo, C. y. (2010). *Estudio descriptivo de los operadores logísticos como componentes estratégicos dentro de la cadena de valor del medicamento*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C. Obtenido de <http://bdigital.unal.edu.co/25583/1/23008-79661-1-PB.pdf>