

EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD DE COLOMBIA

DR. LUIS ALBERTO TAFUR CALDERON, MD ESP
PROFESOR TITULAR (J)
UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, definido por la Ley 100 de 1993 y reformado por las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011, la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, Ley 1571 de 2015 (Estatutaria de Salud) y 1573 de 2015 (Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018) está basado en un modelo de aseguramiento de la población contra los riesgos financieros de atención de la enfermedad, reflejado en los regímenes Contributivo y Subsidiado, con la existencia simultánea de regímenes especiales para las fuerzas militares y de policía y de excepción para el Magisterio, trabajadores de Ecopetrol y siete Universidades Públicas.

Antes de la expedición de la Ley 100 en Colombia existían tres sistemas, creados siguiendo el modelo alemán de Bismarck de aseguramiento de los trabajadores de bajos ingresos, financiado con base en los salarios, y el modelo inglés de Beveridge, financiado con impuestos, dirigido a la población no asegurada, orientado a cubrir las contingencias de la vida diaria. Los sistemas existentes eran:

- El de seguridad social, que cubría a los trabajadores privados a través del ISS y las Cajas de Previsión que aseguraban a los empleados públicos. Simultáneamente, el de subsidio familiar creado por la Asociación Nacional de Industriales, organizado por las Cajas de Compensación Familiar, el cual brindaba servicios de salud a las familias de los trabajadores del sector privado hasta 1990, ampliado al sector público posteriormente, con tarifas subsidiadas a la demanda de los servicios de salud
- El sistema privado, conformado por clínicas y seguros privados el cual atendía a la población con capacidad de pago de las pólizas de medicina prepagada o la consulta privada; y
- El Sistema Nacional de Salud, organizado por Servicios seccionales de salud que respondían a los entes territoriales departamentales o su equivalente y por Unidades Regionales de Salud que tomaban en cuenta vecindad territorial municipal pero ignorando la organización administrativa de los municipios, Sistema que brindaba los servicios de salud para el resto de colombianos no afiliados a la seguridad social, con accesibilidad restringida y con financiación de subsidio a la oferta.

La Ley 100 de 1993 fue el resultado de la mezcla de dos visiones de la seguridad social (de Bismarck y neoliberalismo) y de la influencia del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial (1). Adoptó el modelo de pluralismo estructurado propuesto por Frenk y Londoño (2). La Ley creó un seguro de salud

universal obligatorio para mejorar la equidad y el rendimiento del gasto público destinado a salud. Este plan social nacional de carácter integral, financiado por una combinación de contribuciones parafiscales y recaudación fiscal, incluye un régimen contributivo para quienes tienen capacidad de pago y un régimen totalmente subsidiado para los pobres.

La administración de los recursos está centralizada principalmente en el **Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)**, cuenta fiduciaria administrada por la Dirección de Administración de Fondos de la Seguridad Social del Ministerio de Salud y la Protección Social la cual tiene 5 subcuentas, cada una de ellas con finalidad específica: Compensación del Régimen Contributivo, Solidaridad del Régimen Subsidiado, Promoción y Prevención, Eventos catastróficos y accidentes de tránsito y una creada en 2011, de Garantías, que busca servir de apoyo financiero a las instituciones del Sistema. La Ley 1573 de 2015, creó a partir de junio del mismo año, la “Entidad Administradora de los Recursos del SGSSS”, que reemplazará en sus funciones y recaudos al Fosyga una vez se defina por el Gobierno Nacional la estructura e iniciación de funciones.

La Ley 1122 de 2007 definió aseguramiento en salud como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud (POS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento.

La administración de los seguros del riesgo financiero de enfermar está delegada en las EPS del régimen contributivo y en las del Régimen Subsidiado (EPS-S), que pueden ser públicas o privadas. El Sistema reconoce como “prima” de aseguramiento, la denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC), que toma en cuenta edad, sexo y sitio de residencia de la población pero en el régimen subsidiado equivale al 89.46% de la del régimen contributivo para el año 2015 y reconoce un porcentaje adicional para territorios de difícil acceso y algunas ciudades.

En el régimen contributivo la financiación del sistema incluye el pago de cotizaciones por la población con ingresos y capacidad de pago. Deben afiliarse las personas con capacidad de pago originada en ingresos provenientes de una relación laboral donde cotizan el empleador y el trabajador, los trabajadores independientes ya sea por trabajar por cuenta propia y no tener vinculación laboral o por trabajar bajo órdenes de prestación de servicios (OPS) con pago por honorarios, los pensionados cuyos aportes los debe hacer el Fondo de Pensiones a cargo de la mesada con un pago inferior en el 0,5% al del resto de cotizantes y los aprendices cuyo aporte lo hacen las empresas, así como los rentistas de capital. La

financiación de este régimen se hacía exclusivamente con los recursos de las cotizaciones de los afiliados hasta diciembre de 2013. A partir de enero de 2014, los empleadores con más de un trabajador, y con trabajadores con salario inferior al equivalente a 10 salarios mínimos mensuales vigentes no cotizan el 8.5%. La cotización del 8,5% en ese caso, es a cargo del Impuesto para la equidad (CREE). El núcleo familiar incluye como beneficiarios al cónyuge, los hijos dependientes económicamente hasta los 25 años de edad, los que tienen incapacidad permanente y los menores hijos de beneficiarios dependientes económicamente y los adoptivos. A mayo de 2015, estaban afiliados al régimen contributivo 20.555.381 personas (3)

Las aseguradoras son las EPS las cuales reciben la Unidad de Pago por Capitación (UPC), valor definido anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social que toma en cuenta la edad y el sexo de los afiliados cotizantes y beneficiarios, la ciudad y la región, además de la EPS según el número de pacientes con enfermedades de alto costo en relación con el total de EPS. Los ingresos de las EPS están determinados por el número de afiliados multiplicado por el valor de la UPC, valor reconocido por el Sistema mediante el proceso de compensación el cual lo compara con las cotizaciones captadas por cada aseguradora. Adicionalmente, pertenecen a ellas las cuotas moderadoras y los copagos que deben hacer los afiliados y los beneficiarios del RC cuando utilizan los servicios de salud. En el RC hay 21 EPS de las cuales dos (2) son entidades adaptadas (Entidades que antes de la Ley 100 eran Cajas de Previsión y se adaptaron al Sistema): Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia y Empresas Públicas de Medellín. El listado de EPS es el siguiente:

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO

	CODIGO REGIMEN CONTRIBUTIVO	NOMBRE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD O CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
1	EPS 001	ALINSALUD Entidad Promotora de Salud S.A.
2	EPS 002	SALUD TOTAL S.A. Entidad Promotora de Salud
3	EPS 003	CAFESALUD EPS
4	EPS 005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS
5	EPS 008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
6	EPS 009	COMFENALCO ANTIOQUIA
7	EPS 010	SURA EPS
8	EPS 012	COMFENALCO VALLE EPS
9	EPS 013	SALUDCOOP EPS
10	EPS 014	HUMANA VIVIR
11	EPS 016	COOMEVA EPS S.A.
12	EPS 017	EPS FAMISANAR LTDA
13	EPS 018	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S
14	EPS 023	CRUZ BLANCA Entidad Promotora de Salud S.A.
15	EPS026	SOLSALUD EPS S.A.
16	EPS 033	SALUD VIDA S.A. Entidad Promotora de Salud

17	EPS 037	NUEVA EPS S.A.
18	EPS 039	GOLDEN GROUP S.A. Entidad Promotora de Salud
19	EAS016	Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia
20	EAS027	Empresas Públicas de Medellín
21	EPS	SALUD COLPATRIA EPS

En el sistema existen entidades con régimen especial. Son los servicios de salud de las fuerzas militares y de la policía, por tener un riesgo diferente a la población general. Régimen de excepción, creado por la Ley 647 de 2001, tienen 7 universidades públicas. Además son servicios de salud de régimen de excepción el del magisterio y el de Ecopetrol. Los afiliados a estos servicios de salud tienen un plan de beneficios que generalmente es superior al contenido del POS. A mayo de 2015 estos servicios de salud tenían 1.883.884 personas afiliadas (3)

UNIVERSIDADES CON REGIMEN DE EXCEPCIÓN DE SALUD	
<u>1</u>	Universidad de Antioquia
<u>2</u>	Universidad de Cartagena
<u>3</u>	Universidad Militar Nueva Granada
<u>4</u>	Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (Tunja – Boyacá)
<u>5</u>	Universidad del Cauca
<u>6</u>	Universidad del Valle
<u>7</u>	Universidad Industrial de Santander

Las EPS tienen como responsabilidad prestar el contenido del POS a los cotizantes y beneficiarios y reconocer las incapacidades mayores a 2 días y las licencias por maternidad y paternidad a los cotizantes. Deben trasladar a la subcuenta de Solidaridad del Fosyga el porcentaje definido para la financiación del Régimen Subsidiado (1,5% del IBC de los cotizantes activos laboralmente y 1% de los pensionados) y a la subcuenta de Promoción y prevención lo correspondiente para estas actividades (0,03% del IBC del afiliado cotizante en 2015) una vez descontado el valor reconocido por el sistema para actividades que debe realizar la EPS.

A raíz de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, las EPS por decisiones de los Comité Técnico Científico (CTC) o por órdenes judiciales a través de tutelas, deben brindar atención en contenidos NO POS. Estas decisiones son recobradas al Fosyga posteriormente.

La Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud estableció la autonomía profesional la cual le da al médico la capacidad de decidir sobre el tratamiento que se debe dar al paciente, sin necesidad de autorizaciones administrativas. Este aspecto ha originado controversia entre el Ministerio de Salud y las Sociedades científicas y la Academia Nacional de Medicina, al interpretar el Ministerio que los contenidos NO POS deben ser aprobados por los CTC, interpretación que no comparten las asociaciones profesionales médicas.

Los afiliados al Régimen Contributivo deben cancelar cuotas moderadoras cuando utilizan los servicios ambulatorios y copagos (sólo los beneficiarios) cuando se les realizan procedimientos o son hospitalizados. Estos recursos pertenecen a las EPS.

Las personas afiliadas al Régimen Contributivo pueden adquirir voluntariamente los denominados planes adicionales de salud, entre los cuales se encuentran las pólizas de medicina prepagada, de planes complementarios o similares. Estos planes ofrecen facilidades de acceso a especialistas y a procedimientos e intervenciones adicionales en hotelería y tecnología al POS. Estos planes tienen examen de ingreso y no cubren preexistencias.

En el régimen Subsidiado se afilian las personas elegibles para ser beneficiarias de los subsidios, quienes pueden seleccionarse por estar clasificadas por el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) en los niveles 1 y 2 o quienes se incluyan en listados censales correspondientes a población infantil abandonada en hogares del ICBF, menores desvinculados del conflicto armado, población infantil vulnerable en instituciones diferentes a ICBF, población en condiciones de desplazamiento forzado, personas mayores en centros de protección, indígenas, población Rom (gitanos), población rural migratoria, personas incluidas en el programa de protección a testigos de la Fiscalía y población de reclusos, aunque esta última población está atendida por la EPS Caprecom mediante contratación con el INPEC. Afilia también a deportistas de alto rendimiento con clasificación SISBEN nivel 1 o 2. El núcleo familiar incluye como beneficiarios al cónyuge, los hijos dependientes económicamente hasta los 25 años de edad, los que tienen incapacidad permanente, nietos de los dos cónyuges o del compañero, hijos de menores de 18 años o de 25 estudiantes y los menores residentes en el mismo hogar a cargo de cualquiera de los dos cónyuges. Cuando utilizan los servicios de salud, los afiliados al RS cancelan copagos en los casos de procedimientos y hospitalizaciones diferentes a enfermedades de alto costo y cuando tienen clasificación SISBEN superior al nivel 1. A mayo de 2015 habían afiliadas a este régimen 23.237.792 personas.

La financiación del régimen Subsidiado se hace con base en recursos provenientes del Sistema General de Participaciones (SGP) definido por la Ley 715 de 2001, los recursos que deben destinar las Cajas de Compensación Familiar (CCF) definidos por la Ley 100 de 1993, recursos que destinaban las CCF al subsidio a la demanda de servicios de salud por las familias de los trabajadores afiliados; los procedentes del régimen contributivo en el porcentaje definido para solidaridad, las rentas cedidas (impuestos a las cervezas, licores, cigarrillos y apuestas), las regalías, impuestos a las armas y municiones y recursos de entes territoriales. Las entidades aseguradoras son las EPS-S que pueden ser las CCF que administren sus propios recursos o remiten al Fosyga el valor definido por el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, las EPS Indígenas cuyos afiliados deben ser como mínimo el 60% población indígena y tienen cobertura nacional, las EPS con programa subsidiado y las Empresas Solidarias de Salud. Estas entidades deben realizar

contratos con los entes territoriales cuyo valor corresponde al valor de la UPC subsidiada multiplicado por el número de beneficiarios de subsidio y deben destinar el 92% de los recursos a la prestación de los servicios definidos en el POS, estando obligados a contratar como mínimo el 60% de estos recursos con Empresas Sociales del Estado (ESE).

Hay 33 EPS-S, que se listan a continuación:

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO

	CODIGO REGIMEN SUBSIDIADO	NOMBRE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD O CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
1	CCF002	Caja de Compensación Familiar de Antioquia – CONFAMA- Hoy SAVIA SALUD EPS
2	CCF007	Comfamiliar Cartagena EPS-CC de Cartagena
3	CCF009	COMFABOY EPS-CCF de Boyacá
4	CCF015	COMFACOR EPS-CCF de Córdoba
5	CCF018	Caja de Compensación Familiar CAFAM EPS
6	CCF023	Comfamiliar de la Guajira EPS –CCF
7	CCF024	Comfamiliar Huila EPS –CCF
8	CCF027	Comfamiliar Nariño EPS – CCF
9	CCF033	COMFASUCRE EPS-CCF de Sucre
10	CCF053	COMFACUNDI – CCF de Cundinamarca
11	CCF055	CAJACOPI ATLÁNTICO – CCF
12	CCF101	Caja Colombiana de Subsidio Familiar COLSUBSIDIO EPSS
13	CCF102	COMFACHOCO - CCF del Chocó
14	EPS020	Caja de Previsión Social de Comunicaciones EPS CAPRECOM
15	EPS022	Entidad Administradora de Régimen Subsidiado CONVIDA
16	EPS025	CAPRESOCA EPS
17	EPSI01	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar “DUSAKAWI”
18	EPSI02	Asociación de Cabildos Indígenas del Resguardo Indígena Zenú de San Andrés de Sotavento Córdoba – Sucre “MANEXKA”
19	EPSI03	Asociación Indígena del Cauca – A.I.C.
20	EPSI04	Entidad Promotora de Salud “ANAS WAYUU”
21	EPSI05	Entidad Promotora de Salud MALLAMAS EPSI
22	EPSI06	Entidad Promotora de Salud “PIJAOSALUD EPSI”
23	EPSS03	CAFESALUD EPS
24	EPSS33	SALUD VIDA EPS
25	EPSS34	CAPITAL SALUD EPSS S.A.S
26	ESS002	Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud E.S.S. “EMDISALUD ESS”
27	ESS024	COOSALUD E.S.S. Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral de la Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda
28	ESS062	Asociación Mutual La Esperanza “ASMET SALUD”
29	ESS076	Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó E.S.S. “AMBUQ”
30	ESS091	Entidad Cooperativa Solidaria de Salud “ECOOPSOS”
31	ESS118	Asociación mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño ESS “EMSANAR E.S.S.”
32	ESS133	Cooperativa de Salud Comunitaria “COMPARTA”
33	ESS207	Asociación Mutual SER Empresa Solidaria de Salud E.S.S.

Las actividades definidas en el POS-S son iguales a las del contributivo. La UPC es inferior (\$ 563.590,80 vs 629.974,80) a la del contributivo, diferencia asociada al pago de las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad en el régimen contributivo. Desde mediados de 2012 el pago de los contratos con los prestadores de servicios de salud se hace por giro directo del Ministerio de Salud al prestador.

Con base en lo definido en la Ley 1438 de 2013 en relación con movilidad en el Sistema de Salud, las EPS de ambos regímenes pueden afiliar personas del otro régimen. Es así como las personas afiliadas al régimen subsidiado que se vinculen laboralmente pueden continuar en la EPS-S en la cual están, informando a la EPS-S de su vínculo laboral y a su empleador de su afiliación al RS y las del Régimen Contributivo que queden desempleadas, pueden permanecer en su EPS si tienen clasificación SISBEN nivel I o II, si es su voluntad, informando a la EPS para su afiliación al RS.

En el país hay una proporción de la población no afiliada al Sistema, definida inicialmente por la Ley 100 de 1993 como población vinculada. La Ley 715 de 2001 especificó la población objeto de afiliación denominando como población pobre no afiliada a la población con clasificación nivel I o II del SISBEN, la cual se atiende por las ESE financiada con subsidio a la oferta por los entes territoriales. A diciembre de 2014 se estimaba en 1.631.000 personas no afiliadas, correspondiente al 3.4% del total de la población de Colombia a esa fecha. En este cálculo no se incluyen las personas clasificadas por el SISBEN en los niveles III o superiores, sin afiliación, sin recursos para pagar aportes al sistema, pero quienes al buscar servicios de salud deben pagar tarifas. Esta población, supremamente vulnerable, no se tiene en cuenta en el sistema. No se conoce el número de personas en esta situación debido a que no se registra por ninguna entidad.

El Sistema contempla cuatro (4) Planes de beneficios: el Plan Obligatorio de Salud (POS), la Atención Inicial de Urgencias (AIU), la Atención de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) y el Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021. El POS se elaboró inicialmente con base en el existente en el ISS definido por el Decreto 1650 de 1977 y adiciones posteriores reflejadas en la Resolución 5274 de 1994 o MAIPOS la cual tuvo posteriormente la inclusión de medicamentos y procedimientos convirtiéndose en la Resolución 5221 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social. El Sistema establece a las EPS la obligatoriedad de la prestación de los servicios incluidos en el POS mediante tecnologías, procedimientos e intervenciones los cuales no consultan ni reflejan adecuadamente los avances tecnológicos. La actualización del listado del POS se ha realizado ocasionalmente por el Ministerio de Salud. Lo no incluido en el listado definido para el POS se conoce como el No POS y se relaciona con enfermedades raras o con tecnologías y/o medicamentos para su tratamiento. Son ordenadas por jueces mediante tutelas presentadas por los pacientes o por autorizaciones de los Comités Técnico

Científicos cuando son ordenados por el médico tratante. El gobierno nacional ha definido un listado de medicamentos con fijación de precios máximos lo cual ha disminuido el valor de los recobros por este concepto.

El recurso humano que atiende los demandantes de servicios de salud mediado por el aseguramiento, debe limitarse a las tecnologías contenidas en los protocolos de atención definidos en el POS, generalmente correspondientes al primer nivel de atención, no consideradas como adecuadas en los ámbitos docentes de las Facultades y programas de educación en salud, los cuales priorizan la medicina basada en la evidencia y los avances tecnológicos, muchos de los cuales no están incluidos en los protocolos del Sistema.

La AIU desde la Ley 10 de 1990 es una obligación de las entidades prestadoras de servicios de salud (IPS) y ha sido reglamentada por diversas normas. La Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) en el artículo 16 estableció que para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud, cuando se trate de atención de urgencia.

La Atención de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) está regulada por el Decreto 056 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social y se financia con recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y de la subcuenta ECAT del Fosyga. Brinda una cobertura financiera equivalente a 800 salarios mínimos diarios para la atención de las personas accidentadas o víctimas de eventos catastróficos o terrorismo.

En relación con los programas de promoción y prevención y de salud pública, la Ley 1438 introdujo como estrategia la atención primaria de salud, la conformación de redes y de equipos básicos de salud. Sin embargo, aún no hay reglamentación al respecto. La Ley Estatutaria de Salud en su artículo 13 establece que el sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas. Cada EPS tanto del régimen contributivo como del subsidiado tiene sus propios programas, en su mayoría dirigidos a control del riesgo, con énfasis en patologías de alto costo. Las actividades colectivas son responsabilidad del Ministerio de Salud y de los entes territoriales. Se observa énfasis en el programa ampliado de inmunizaciones (PAI) el cual ha logrado coberturas útiles en la mayoría de los biológicos, alcanzando la erradicación de la poliomielitis, sarampión y rubeola. En el resto de programas, se observa poca gestión y logro de metas, resaltando el caso del dengue, enfermedad que contribuye con incremento en la mortalidad por enfermedades transmitidas por vectores, sin que las actividades de los entes territoriales y del Ministerio de Salud y Protección Social hayan logrado impactar las tasas de muerte. Con la aparición del virus del Chikunguya, transmitido también por el Aedes Aegypti, se ha iniciado un programa de concientización a la población para el control del mosquito. Los programas de promoción y prevención son contratados por los alcaldes municipales con

entidades privadas en la mayoría de los casos, siendo el común denominador la injerencia política y la corrupción que ha llevado a baja efectividad de ellos y cobertura casi nula.

El Ministerio de Salud y Protección Social diseñó el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 con consulta a la población, el cual se encuentra en proceso de implementación con responsabilidades de los diferentes actores del sistema.

La prestación de servicios de salud se hace a través de los prestadores entre los cuales existen IPS cuando tienen estructura física, profesionales independientes, transportadores de pacientes y Empresas Sociales del Estado (ESE). Algunas EPS tienen prestadores propios en la denominada integración vertical la cual, según lo definido por la Ley 1122 de 2007 no debe ser superior al 30% de la red de prestadores de la aseguradora.

En el Régimen Subsidiado, las EPS deben contratar el 60% de la UPC-S con las ESE, obligación que se considera no favorece la adecuada gestión de los gerentes y la cual no se cumple por las EPS-S.

Los hospitales públicos se debieron convertir en ESE y su financiación, que se realizaba a través del subsidio a la oferta, se debe hacer mediante la venta de servicios, llevándolas a buscar la autosuficiencia.

Las ESE al tener financiación de los entes territoriales según lo definido en la Ley 10 de 1990, de acuerdo con su nivel de complejidad, y presencia en las Juntas Directivas de los alcaldes o gobernadores, tienen una gran influencia política lo cual ha convertido muchas instituciones en fortines de los políticos con corrupción y manejo inadecuado de ellas.

La modalidad de contratación más frecuente es por capitación (pago de un valor acordado por mes por persona afiliada, sin límite de uso de servicios) con las ESE y muchas IPS y por evento en la mayoría de los casos.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGCS) es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. El SOGCS tiene como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

Los entes responsables del SOGCS son el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y las direcciones territoriales de salud.

El Sistema único de habilitación aplica a:

1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

2 Los Profesionales Independientes de Salud.

3. Los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

4. Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos.

5. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en lo de su competencia.

El Sistema de habilitación establece que los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, deben cumplir las siguientes condiciones:

1. Capacidad Técnico-Administrativa. Son las siguientes:

a. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.

b. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

2. Suficiencia Patrimonial y Financiera. Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

3. Capacidad Tecnológica y Científica. Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente resolución. Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas-Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud. Los profesionales independientes solamente estarán obligados al cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica en lo que les sea aplicable.

Todo prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y tener al menos un servicio habilitado. El prestador debe realizar la autoevaluación consistente en la verificación que hace el prestador sobre las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios

de Salud y la posterior declaración de su cumplimiento en el REPS. La autoevaluación y la declaración en el REPS sobre el cumplimiento por parte del prestador, son requisitos indispensables para la inscripción o para el trámite de renovación.

El Sistema Único de Acreditación en Salud se define como el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las EPS, IPS y ARL (Administradoras de Riesgos Laborales), los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. En este Sistema la acreditación se realiza por entidades registradas en el Ministerio de Salud y Protección Social que se encuentren acreditadas por la International Society for Quality in Healthcare – ISQUA y tengan una experiencia superior a 5 años.

Hay un subconjunto de prestadores que cumple los estándares más altos del sistema de garantía de la calidad y se denominan IPS acreditadas. En julio de 2015 se contaba con 32 de estos prestadores.

La inspección, vigilancia y control del Sistema está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, creada en 1978 como Superintendencia de Seguros de Salud con funciones de inspección, vigilancia y control sobre el Seguro Social. Posteriormente ha sido modificada por varios decretos, el último de ellos el 2462 de 2013, estableció que la Superintendencia Nacional de Salud como cabeza del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es una entidad de carácter técnico adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

La Superintendencia tiene funciones sobre todos los actores del Sistema. Por la cantidad de actores y funciones a su cargo, no tiene la capacidad para realizar una IVC oportuna razón por la cual su énfasis se observa sobre financiación y las aseguradoras principalmente.

LOS PROBLEMAS DEL SISTEMA

En el año 2015 se han hecho evidentes diversos problemas en el SGSSS especialmente en:

1. El ordenamiento de prestación de servicios a través de tutelas y Comités Técnico Científicos (CTC). En muchos casos originados por la entrega de autorizaciones por las EPS sin la oportunidad requerida por el problema de salud del paciente, o por la negación de ellas, y en otros, por la prescripción médica de actividades, procedimientos o intervenciones que no están en el listado del POS

(denominados NO POS) los cuales en muchos casos no tienen evidencia que los respalde como requeridos y/o aplicables al tratamiento de la enfermedad. Los jueces, con un gran desconocimiento de los procesos terapéuticos, autorizan y ordenan realizar estos procedimientos o intervenciones, o suministrar los medicamentos, sin tener en cuenta su eficacia. Desafortunadamente, se han evidenciado casos de acuerdos entre terapeutas y jueces para ordenar tratamientos que no tienen utilidad comprobada a costas del sistema, específicamente de la EPS en la cual se encuentra afiliado el paciente. Estos tratamientos, muchas veces son glosados por el FOSYGA

Según el informe de la Defensoría del Pueblo de 2014(5), en el 70,24% de los casos, las tutelas se dirigen contra las EPS que administran los regímenes contributivo y subsidiado, ya sea de manera conjunta o separada. En segundo lugar aparecen los entes territoriales, que comprenden secretarías de salud municipales o departamentales, gobernaciones y alcaldías municipales (con el 9,9%) que, en relación con el año anterior, presentaron una disminución del 21,49%. Al analizar las tutelas en relación con el POS, en 2010 el 65.4% fueron por procedimientos incluidos, en el 2011 el 67.81%, en el 2012 el 70.93%, en el 2013 el 69,96% y en 2014 65,74%. El número de tutelas por años, según la defensoría del Pueblo (5) se observa en la tabla siguiente:

NUMERO DE TUTELAS EN SALUD POR AÑO, DEFENSORIA DEL PUEBLO							
AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
NUMERO	142.957	100.490	94.502	105.947	114.313	115.147	118.281

No reconocimiento de los recobros (dineros cobrados por las EPS al FOSYGA por los costos incurridos en la atención de pacientes con procedimientos o intervenciones no incluidos en el POS, autorizados por los CTC u ordenados por tutelas) por el FOSYGA por concepto de tutelas y decisiones de CTC en contenidos NO POS, tanto en procedimientos e intervenciones como en medicamentos. El FOSYGA, en 2010 había glosado recobros por valor de \$ 1,4 billones (1) y adeudaba a las EPS por este concepto valores superiores a un billón de pesos lo cual afecta el equilibrio financiero del sistema al incidir sobre los pagos a proveedores, IPS y ESE. En 2015 se estima que la deuda es cercana o superior a los 4 billones de pesos. Con la expedición de las resoluciones de control de precios de los medicamentos por el Ministerio de Salud y Protección Social, se ha observado una disminución en el valor de los recobros. El valor de los recobros se observa en la tabla siguiente (4).

RECOBRO DE MEDICAMENTOS Y NO POS POR AÑO, EN MILLONES DE PESOS CONSTANTES 2013				
AÑO	2010	2011	2012	2013
VALOR	2.630.740	2.249.947	2.133.408	2.650.087

2. Falta de liquidez de EPS con mayor evidencia en las subsidiadas originada por los puntos anteriores, más corrupción, desorganización administrativa, falta de sistema de información. Según afirma el informe de Fedesarrollo sobre sostenibilidad financiera del Sistema de salud (7), algunas EPS limitan el flujo de recursos en vez de facilitarlo, ya que tienen demoras en el pago a las IPS, establecen contratos con ellas que no garantizan la integralidad en el sistema o limitan el acceso de la población a los servicios. Se considera que el déficit patrimonial de las EPS en 2015 es de 4 billones de pesos. Lo anterior se debe a que en algunos casos no contratan la atención de los distintos niveles de complejidad a una distancia favorable para el paciente, sino que favorecen la contratación de instituciones prestadoras de salud que son de su propiedad o con las que tienen convenios. Los valores de las acreencias divulgadas por las prestadoras no corresponden a los que las EPS reconocen como deudas. Esta diferencia se relaciona con la existencia de glosas en las facturas por servicios no prestados, cobro de mayor valor al acordado, falta de pertinencia, etc. Otro factor que afecta estas deudas es el déficit de la mayoría de las EPS condicionado a las deudas que tiene con ellas el Fosyga por concepto de recobros.
3. Crisis de hospitales públicos originada por los dos puntos anteriores, adicionada por corrupción, contratación excesiva de personal a través de cooperativas o tercerización y gran influencia de política partidista. “Hoy en Colombia existe desorganización en la oferta general de servicios de salud por parte de las IPS, particularmente entre instituciones públicas y privadas. No existe una adecuada articulación en la oferta general de servicios, en términos del acceso a los diferentes niveles de complejidad y la calidad en la oferta que reciben los usuarios del régimen contributivo y subsidiado. De acuerdo con Sarmiento et. al. (2005) *“los proveedores privados se concentran en responder a la demanda de la población sin importar su localización geográfica o su nivel de atención, mientras que las instituciones de carácter público deben garantizar el servicio según las necesidades de la población de referencia”*. Esta situación pone en desventaja a las instituciones o centros de salud más apartados o que atienden servicios de primer nivel, ya que enfrentan más problemas para garantizar la dotación física y en recursos humanos para responder a la demanda. No obstante, las ESE tienen un papel fundamental en el sistema de salud colombiano, ya que en muchos de los municipios más apartados de la geografía son el único prestador disponible para atender a la población urbana y rural del municipio; aun así, las ESE no escapan a la dinámica del sistema de salud colombiano, ya que tienen una calidad muy heterogénea”(1).
4. No hay un modelo de atención en salud. El Sistema está basado en contención de costos y represamiento de la atención de la siniestralidad y no en prevención de la enfermedad ni promoción de la salud. Los profesionales de salud atienden preferencialmente enfermos, pocas entidades

aseguradoras tienen planes y programas de atención integral y la continuidad de la atención y búsqueda de las condiciones integrales de salud de la población no existen.

5. La Sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008 estableció que la salud es un derecho fundamental para los residentes en Colombia, decisión refrendada por la Ley Estatutaria de Salud, Ley 1751 de 2015. El artículo 2° de la Ley 1751 establece que “el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”. La misma Ley define un período de dos (2) años para que el Ministerio de Salud y Protección Social defina los servicios o tecnologías que serán explícitamente excluidos del Plan de Beneficios mediante una Ley ordinaria. En este período de transición, frente a la confusión que origina la vigencia de la Ley y la expedición de la norma que defina lo excluido, continuará el No POS al cual se accede mediante aprobación de CTC o tutela.
6. La disminución del tamaño del Estado como consecuencia de la crisis financiera de 1997 – 1998 llevó a la supresión de cargos en las ESE y tercerización de la contratación del personal a través de cooperativas de trabajo asociado (CTA), las cuales, siendo algunas de ellas propiedad de partidos políticos, fueron utilizadas para vincular al personal con pagos de compensación inferiores a los equivalentes a los salarios de los mismos cargos en el personal nombrado en las instituciones. Las Leyes 1429 y 1438 de 2011 establecieron la prohibición de continuar con la tercerización del personal a través de las CTA a partir de la vigencia de la Ley 1450 de 2011. Sin embargo, la contratación a través de terceros continúa con figuras tales como contrato sindical, o entidades contratadas para realizar las funciones propias de las ESE. La Corte Constitucional, mediante sentencia C-171 de agosto de 2012 declaró inexecutable esta modalidad sin que se hayan modificado estas situaciones.

Por otra parte, en el modelo de empresa que abordaron tanto instituciones públicas como privadas, los recursos humanos enfrentan una mayor demanda de productividad de las instituciones ambulatorias y hospitalarias donde trabajan, para lo cual no fueron formados en sus instituciones educativas. Esta situación ha implicado cambios en el trabajo y determina la necesidad del recién egresado a adaptarse a un sistema para lo cual no fue preparado.

De acuerdo con proyecciones del CENDEX (U Javeriana) (6), en 2010 había en Colombia alrededor de 226 600 profesionales del sector salud. De este total, 77 000 son médicos, lo que arroja una razón de 1.7 médicos por 1 000 habitantes. Le siguen en importancia numérica las enfermeras (42 000), los terapeutas (40 000) y los odontólogos (40 000).

El Ministerio de Educación Nacional se encarga de definir y mantener actualizados los criterios de calidad para el registro calificado y la acreditación de los programas de formación en el campo de la

salud teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional del Talento Humano en Salud. Hasta septiembre de 2010 este ministerio tenía registrados 1 513 programas de salud, 58 técnicas profesionales, 78 tecnológicas, 349 universitarias de pregrado, 937 especializaciones, 76 maestrías y 15 doctorados.

7. La Ley 1571 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, estableció la autonomía profesional en el Sistema la cual se relaciona con autorregulación, ética profesional y calidad en la prestación de servicios. La Academia Nacional de Medicina y los gremios médicos consideran que la Ley está vigente desde su sanción y por consiguiente que los médicos son autónomos en las decisiones terapéuticas que tomen con sus pacientes. Esta interpretación no la comparte el Ministerio de Salud que mediante circular ha dado instrucciones de continuar sometiendo ante los CTC los procedimientos e intervenciones no incluidos en el POS.
8. Debilidad manifiesta del Sistema de Inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud. Esta entidad ha estado altamente politizada, tiene múltiples áreas de responsabilidad (financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de salud, atención de usuarios y participación social, medidas especiales, focalización de los subsidios en salud y sistema de información) y no tiene recursos humanos suficientes para cumplir las funciones definidas por la Ley 1438 de 2011.
9. Multiplicidad de normas sin procesos logísticos de aplicación definidos. Por ejemplo, la Ley 1438 de 2011 debió reglamentarse en un período de 6 meses. Hoy, 50 meses después de expedida no ha sido reglamentada totalmente. Cuatro meses después de sancionada la Ley Estatutaria, no se conocen documentos que indiquen la reglamentación de la Ley.
10. Debilidad del Ministerio de Salud. El Ministerio, después de la escisión del Ministerio de la Protección Social, se encuentra en un proceso de estructuración, sin personal de planta y pocos recursos para vinculación laboral de funcionarios con capacidad técnica, lo cual afecta la capacidad de modulación del SGSSS.
11. Sistema de información inoperante. Existen múltiples sistemas de información sin unificación de procesos lo cual determina la dificultad para conocer adecuadamente datos como la cobertura real del sistema, los gastos por prestación de servicios, la calidad de ellos, la capacidad instalada en el país, etc.
12. Deficiencias en la atención de pacientes reflejados en falta de oportunidad, mala calidad en la prestación, rechazo de pacientes, inexistencia de red. La oferta de prestadores de servicios de salud (IPS y ESE) no es uniforme en el país. La mayor concentración se observa en Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca y San Andrés, mientras que hay déficit en la costa caribe y en las regiones apartadas del país. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, llámense IPS o ESE, realizan atenciones

sin ceñirse a protocolos aprobados por el Sistema de Garantía de la Calidad del Sistema, en gran parte por ausencia de ellos. Con base en la “autonomía profesional”, en muchas instituciones y especialidades prima el criterio personal del médico sobre los protocolos basados en la evidencia, originando la formulación de medicamentos no indicados para algunos tratamientos, tal como sucede con algunos cánceres y enfermedades cuyo costo por paciente supera ampliamente lo observado en otros países. En muchas instituciones, así mismo, se observa la tendencia al cobro al sistema de servicios no prestados, falta de pertinencia, falta de oportunidad, que se reflejan posteriormente en glosas por las aseguradoras o la aparición de conductas corruptas para lograr el pago de esos servicios.

13. Actividades de salud pública y de promoción y prevención, mediadas por contratación por los alcaldes municipales con alta injerencia política y de corrupción
14. La financiación del Sistema aparentemente es suficiente aunque los recursos no fluyen oportunamente hasta los prestadores lo cual determina la quiebra de algunos de ellos, principalmente entidades públicas.

BIBLIOGRAFIA

1. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud. Banco Mundial. Washington 1993.
2. Londoño JL y Frenk J. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. BID. Washington 1977
3. Ministerio de Salud y Protección Social. www.minsalud.gov.co consultado 13 de julio de 2015
4. MINSALUD. Cifras financieras del Sector. Flujo de recursos en el sector Salud 2010 – 2013. Boletín bimestral No. 1 Nov – Dic 2013
5. Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la salud. Bogotá 2014.
6. U. Javeriana. Cendex. Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia. Doc técnico GPES/1682c-13. Septiembre 2013
7. Fedesarrollo. Sostenibilidad financiera del Sistema de Salud colombiano. Bogotá, julio 2012.

SEPTIEMBRE DE 2015