
**ENTREGABLE 4. DOCUMENTO CON EL
DISEÑO DEL MODELO OPERATIVO
UNIFICADO QUE FUSIONE LOS DOS
REGÍMENES ESPECIFICANDO LAS VENTAJAS
Y DESVENTAJAS OPERATIVAS DEL MISMO,
VINCULANDO A ESTE DOCUMENTO LAS
CONCLUSIONES SOBRE LA EVALUACIÓN DE
IMPACTO DE LA UNIFICACIÓN DE
REGÍMENES, SEGÚN ESTUDIO FINANCIADO
CON RECURSOS DEL BID**

Documento Técnico ISP/1763G-17

Bogotá, junio de 2017

Proyecto

“Modelo Operativo para la Unificación de los Regímenes Contributivo y Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud”

Coordinador del Proyecto

Enrique Peñaloza Quintero

Autores

Enrique Peñaloza Quintero¹
Stephanie Puerto García⁽²⁾
Jaime Ramírez Moreno⁽³⁾

Coautores

Andrés Suárez Rodríguez⁽⁴⁾
Omar Andrés Herrera⁽⁵⁾

1. Profesor Asociado, Pontificia Universidad Javeriana. Consultor I, ISP.
2. Profesor Instructor, Pontificia Universidad Javeriana.
3. Profesor Asociado, Pontificia Universidad Javeriana.
4. Asistente de investigación.
5. Consultor Proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

<u>1 SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: RECIENTES POLÍTICAS Y AVANCES</u>	<u>5</u>
1.1 POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD – PAIS	5
1.1.1 LA ATENCIÓN PRIMARIA CON ENFOQUE DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	7
1.1.2 EL CUIDADO DE LA SALUD	9
1.1.3 LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD (GIRS)	10
1.1.4 ENFOQUE DIFERENCIAL DE TERRITORIOS Y POBLACIONES	11
1.1.5 MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD – MIAS	12
1.1.6 RED INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	14
1.1.7 PAIS EN LA UNIFICACIÓN DE LA OPERACIÓN DE LOS REGÍMENES DE AFILIACIÓN	15
1.2 HABILITACIÓN FINANCIERA	18
1.3 LAS EXCLUSIONES EN EL SGSSS	19
1.3.1 ELIMINACIÓN DE CTC	23
1.4 INTEGRACIÓN VERTICAL	24
 <u>2 MODELO OPERATIVO UNIFICADO</u>	 <u>28</u>
2.1 ASEGURAMIENTO	28
2.2 EL MODELO DENTRO DEL ESQUEMA DE ASEGURAMIENTO	35
2.2.1 AFILIACIÓN	37
2.2.2 CONTRATACIÓN	42
2.2.3 FINANCIAMIENTO	48
2.2.3..1 UNIFICACIÓN DE FUENTES DE FINANCIACIÓN	48
2.2.3..2 CONVERGENCIA DE LAS PRIMAS DIFERENCIALES A UNA PRIMA ÚNICA	54
2.2.3..3 GIRO DIRECTO	61
2.2.3..4 PORCENTAJE DE GASTO DE ADMINISTRACIÓN	63
2.2.4 PRESTACIÓN DE SERVICIOS	64
2.2.4..1 REDES	64
2.2.5 PRESTACIONES ECONÓMICAS: LICENCIAS DE MATERNIDAD Y DE ENFERMEDAD GENERAL	67
2.2.6 SISTEMAS DE INFORMACIÓN	70
 <u>3 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL MODELO OPERATIVO UNIFICADO</u>	 <u>73</u>
 <u>4 EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL ESTUDIO DEL BID</u>	 <u>76</u>



4.1	USO Y FRECUENCIA DE USO	76
4.2	OPORTUNIDAD	78
4.3	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	78
4.4	CONTRATACIÓN, RED Y CAPACIDAD INSTALADA	80
4.5	CONCLUSIONES	81
5	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>84</u>
5.1	NORMATIVIDAD	86
6	<u>LISTADO DE ABREVIACIONES</u>	<u>88</u>

1 SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: RECIENTES POLÍTICAS Y AVANCES

El Ministerio de Salud y Protección Social en sus esfuerzos por dar cumplimiento a la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, ha promovido una serie de reformas en el sistema con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud, como es el caso de la Política de Atención Integral en Salud y su implementación a partir del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS, que se convierten en el marco de referencia para la operación del aseguramiento. En este sentido, se deben tomar ciertas orientaciones para que el sistema se acoja de manera concordante a la política de atención y las reformas paralelas.

En primer lugar, la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS, son una oportunidad para pasar de una situación abstracta en la que se manifiesta que los regímenes de afiliación deberían operar de manera unificada, tal y como lo hace la Política, a una acción real en los diferentes ámbitos territoriales. Los diferentes componentes del MIAS: Caracterización poblacional de acuerdo con PDSP 2012-2021; Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS; Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en salud (GIRS); Delimitación territorial; Redes integrales de prestadores de servicios de salud; Redefinición del rol del asegurador; Requerimientos y procesos del sistema de información; Fortalecimiento del Recurso humano en Salud (RHS) y Fortalecimiento de la Investigación, innovación y apropiación de conocimiento, son comunes para los dos regímenes y requieren que su diseño e implementación se realicen de manera conjunta en un solo régimen de afiliación.

En segundo lugar, cambios en las condiciones de la habilitación financiera para las EPS, la lista de exclusiones y la integración vertical, son aspectos en los que el Ministerio de Salud venido interviniendo, generando reformas dentro del sistema que corrigen la operación y favorecen la eventual unificación de regímenes.

A continuación se resaltan los puntos que denotan mayor relevancia en el contexto actual para el planteamiento del diseño del modelo⁶ en el SGSSS colombiano.

1.1 Política de Atención Integral en Salud – PAIS

La reciente Política de Atención Integral en Salud nace motivada por la Ley Estatutaria de Salud que enuncia como una de las nuevas obligaciones del Estado, en relación al SGSSS, la de *"formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para*

⁶ Capítulo "Modelo operativo unificado"

toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema” (Ley 1751, 2015, pág. 2) con el propósito de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, a través de una mirada más profunda hacia el ciudadano, su familia y su entorno, y complementaria a la regulación que ya venía ejerciendo el Estado sobre las relaciones entre los agentes, extendiendo ahora el ámbito regulatorio al ciudadano⁷.

De esta manera, el objetivo de la Política de Atención Integral en Salud es “... *Orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia 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’ (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.*” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

El núcleo de intervención toma un nuevo significado gracias a la Ley Estatutaria, ahora enfocado en la acción regulatoria como un medio para garantizar el acceso integral y equitativo, facilitado por los procesos de atención, mecanismos financieros y la preservación de un mejor estado de salud. Asimismo, la Política de Atención Integral en Salud (2016) evoca el principio de integralidad que comprende el principio de equidad como la igualdad de trato y oportunidades en el acceso, el abordaje integral de la salud y la enfermedad⁸. De esta forma, la regulación tendrá como centro al ciudadano al promover “*acciones de salud pública integradas con prestaciones integrales*” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), intervenidas desde los riesgos colectivos.

El éxito de la implementación de la Política requerirá de algunos ajustes dentro del Sistema como la redefinición del sistema de incentivos, el desarrollo de capacidades institucionales, la mejora de competencias en el talento humano y la transformación territorial, entre otras, elementos en los que el Ministerio de Salud viene trabajando.

La Política de Atención Integral en Salud está conformada por un marco estratégico y un modelo operacional. El marco estratégico define las estrategias e instrumentos que “*transformarán el modelo institucional de la Ley 100 de 1993 a los objetivos de un Sistema de Salud centrado en la población y sus relaciones a nivel familiar y comunitario*” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). La política elaborada dentro de este marco se basa en los determinantes sociales, reconociendo que los problemas de salud son causados por condiciones de tipo ambiental, cultural, social,

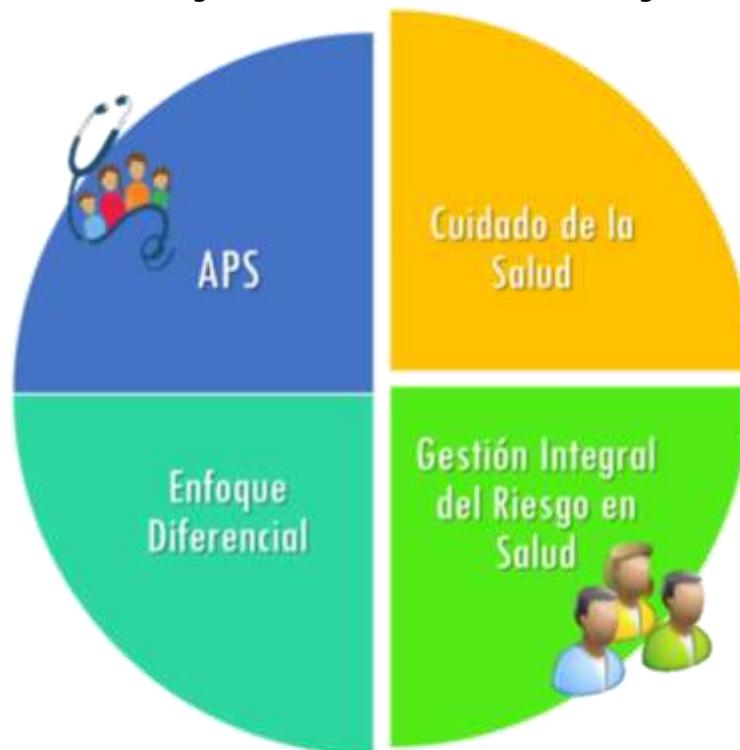
⁷ Para mayor información sobre las motivaciones de la PAIS, consultar: Política de Atención Integral en Salud: “*Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud*”. Ministerio de Salud y Protección Social (2016).

⁸ Actividades de prevención y promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para toda la población.

políticas, económicas, educacionales de hábitat y genéticos. Es así como la PAIS lleva a que toda política nacional o territorial de salud deba regirse desde un inicio por el análisis de los determinantes sociales y condicionarse de acuerdo con las intervenciones formuladas en la PAIS, en un ambiente en el cual se dé la interacción coordinada entre entidades territoriales, aseguradores y prestadores de servicios.

Como resultado de los determinantes considerados en el marco y la integración coordinada de los agentes, se establecen 4 estrategias centrales de la PAIS que darán lugar a la configuración del nuevo modelo de atención integral en salud: 1. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria; 2. el cuidado; 3. La gestión integral del riesgo en salud; y 4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones.

Ilustración 1: Estrategias de la Política de la Atención Integral en Salud. .



Fuente: Elaboración propia.

1.1.1 La atención primaria con enfoque de salud familiar y comunitaria

La PAIS concibe la atención primaria en salud (APS) como *"la estrategia básica (...) e integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los*

recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 32) y la aborda desde un enfoque de salud familiar y comunitaria con el propósito de que las acciones del modelo de salud estén encaminadas de acuerdo con acciones individuales, colectivas y promocionales para la garantía del derecho a la salud según las potencialidades de la población, la situación social y sanitaria, y el contexto del territorio. Para su logro, se articularán componentes como el desarrollo del talento humano en salud, la articulación y reorganización de servicios, y la planeación y gestión territorial.

La APS se articula con la Ley 1438 de 2011 en su artículo 12, en donde la atención primaria es entendida como *“la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud”*. El modelo se estructurará, según el PAIS (2016), a partir de *“la construcción intersectorial de planes y modelos territoriales de salud con orientación familiar y comunitaria, que responden a las particularidades regionales”* y estará constituido por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Los principios que regirán la estrategia de atención primaria de la Política serán los descritos en el artículo 13 de la misma Ley: *“universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad”* (Ley 1438, 2011, pág. 7).

El nuevo abordaje de la atención primaria fortalece aspectos importantes en el Sistema que venían presentando falencias, como el establecer a la persona como centro del modelo, de manera que garantiza la adscripción de la población a una unidad de APS con un equipo multidisciplinario, así como a estrategias de APS que buscan promover prioritariamente la salud entre la población y no la paliación de la enfermedad, por medio de la promoción del autocuidado y al modificar la función del Estado hacia una acción sectorial e intrasectorial que afecte los determinantes sociales de la salud.

Para lograr la transversalidad de la que se habla, el modelo contempla la incorporación de la interculturalidad y las prácticas tradicionales, alternativas y complementarias de cada región en la prestación. Así mismo, busca promover también la atención integral y continua para fortalecer la resolutivez de la atención primaria en el país, mejorando la pertinencia y oportunidad *con "mecanismos diferenciales de prestación del servicio en zonas dispersas y alejadas"* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

La APS se configura en dos circuitos que responden a la integralidad del modelo. Uno de ellos se concentra en las acciones de cuidado por parte de individuos y comunidades, en las intervenciones del Estado de tipo prestacional y enfocadas al individuo, así como en las colectivas encaminadas hacia la comunidad. El segundo circuito mencionado por la PAIS (2016) se refiere a los resultados esperados medidos en ganancias como la reducción del riesgo en salud de individuos y personas.

1.1.2 El cuidado de la salud

"Comprende las capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea. Se sustenta en el autocuidado e involucra una condición dinámica que integra en diferentes momentos de su vida su capacidad para acumular autonomía, capital de salud y capital social. También involucra el deber de la sociedad." (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Las acciones asociadas al autocuidado que se contemplan son: higiene general y personal; nutrición como tipo de alimentos que se consumen y su calidad; el estilo de vida, como el ejercicio y la recreación; factores ambientales de la vivienda y hábitos sociales; factores culturales y sociales; manejo del estrés; desarrollo personal y proyecto de vida; uso de tecnología; el cuidado de los niños, adolescentes y mayores; y, por último, la capacidad de tomar decisiones oportunas para gestionar su salud y buscar ayuda médica en caso de necesidad.

El autocuidado es un aspecto de interés por la forma como los servicios de salud llegan a la población y se aborda desde tres perspectivas complementarias: La primera, es el curso de la vida de la persona y responde al libre desarrollo de la personalidad. La segunda, la acumulación de capital que contempla la socialización de la persona con su entorno. La tercera, el capital salud relacionado con las decisiones de las personas que repercuten en su estado de salud, como por ejemplo el hecho de fumar que representa un riesgo y disminuirá su capital salud.

1.1.3 La gestión integral del riesgo en salud (GIRS)

La tercera estrategia central de la PAIS (2016) es la gestión del riesgo en salud, resultante del modelo de aseguramiento social que opera en el país, que gestiona el riesgo financiero y el riesgo en salud de la población por medio de la mancomunación de personas y grupos de riesgo⁹. Este tipo de aseguramiento, liderado por las EPS, combina la atención primaria y la gestión del riesgo en salud como una estrategia para anticiparse a las enfermedades o manejar los traumatismos y, en caso que se presenten, la aseguradora tenderá a detectarlos de manera temprana y tratarlos a tiempo para acotar su evolución y sus consecuencias.

La gestión integral del riesgo reduce la carga de enfermedad a través de la gestión del riesgo individual y colectivo. La PAIS (2016, pág. 41) establece el objetivo de la (GIRS) como “el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención, y costos acordes a los resultados obtenidos”.

La GIRS se divide en dos enfoques para cumplir su objetivo. El primero, es el enfoque colectivo, a cargo de las Entidades Territoriales, quienes se encargan de articular las acciones necesarias con otros sectores, las gestiones individuales a cargo de los aseguradores y las intervenciones preventivas. De esta forma, se actúa sobre los determinantes proximales y distales¹⁰ a la salud para la reducción de la probabilidad del surgimiento de una nueva morbilidad o controlar la probabilidad de ocurrencia debida a las falencias en la prestación de los servicios de salud.

El segundo, es el enfoque individual, definido de igual manera en la PAIS (2006). Es responsabilidad del asegurador, quien parte de un análisis de la historia natural del riesgo en salud para identificar: los factores biológicos, los determinantes sociales que afectan al individuo, su estilo de vida, los factores incrementales relacionados con la enfermedad y discapacidad, entre otros. Las acciones llevadas a cabo por los aseguradores minimizarán el riesgo de padecer la enfermedad y, si se presenta, de otorgar un manejo integral.

El manejo de los riesgos se puede dar en dos categorías. Por un lado, está el riesgo primario que se relaciona con la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades y

⁹. Con el riesgo en salud se busca una modulación de demandas, como por ejemplo los programas de manejo de enfermedad (“*disease management*”) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 39) que comprenden un grupo de personas clasificados por riesgo dadas las características de la población.

¹⁰. Los determinantes proximales están asociados a variables del nivel individual como los estilos de vida y las preferencias de los individuos, mientras que, por otro lado, los determinantes distales comprenden variables de los niveles de grupo y sociedad, es decir, poblacionales como el nivel de acceso a servicios básicos, educación, empleo, vivienda, y respeto por la diversidad de género, etnia, culto y opinión, por mencionar algunos. (Gomes, 2005).

su severidad y, como mecanismos de mitigación de este riesgo, se cuenta con las acciones de promoción en salud y la prevención primaria, secundaria y terciaria. Por otro lado, se tiene el riesgo técnico, asociado con la “probabilidad de ocurrencia de variaciones no soportadas en evidencia en el proceso de atención, referido principalmente a decisiones y conductas asumidas por el prestador, con sus efectos sobre la salud del paciente y el consumo de recursos” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 43). Este tipo de riesgo se maneja a través de la gestión de los procesos de atención e incentivos según los resultados en salud o pagos por desempeño.

1.1.4 Enfoque diferencial de territorios y poblaciones

Según la PAIS (2016; pág. 44), “el enfoque diferencial es la estrategia que permite a la política de atención reconocer y organizarse frente a las diferencias de las personas y colectivos frente a los determinantes sociales. Estos determinan condiciones de vulnerabilidad y potencialidad asociadas a factores físicos, psíquicos, sociales, psicosociales, culturales (creencias y valores), económicos, ambientales, entre otros. Es una dimensión relativa, pues cada persona tiene su propio nivel y tipo de vulnerabilidad en función de situaciones socioeconómicas, culturales, políticas, religiosas, de género y personales”.

De esta forma, la diferenciación poblacional incluye en el modelo las poblaciones vulneradas¹¹ y vulnerables¹², es un enfoque dinámico cambiante de acuerdo con las características de la población, los estilos de vida y las características culturales, socioeconómicas y políticas del contexto. De la misma manera, en la PAIS se asume el fortalecimiento de las potencialidades a través de las capacidades en las personas y grupos.

La diferenciación territorial nace de reconocer que el agregado nacional provee una mirada general y escondida de las diferencias en los territorios, generando problemas operacionales que deben ser ajustados en el Sistema de Salud para la superación de esta limitación y la consecución de una mayor eficacia en el modelo integral de salud y una mayor capacidad de respuesta. En este sentido, el modelo tendrá en cuenta condiciones de los individuos como los grupos étnicos, las personas con discapacidad, los habitantes de la calle, las víctimas del conflicto armado, la población dispersa del país, las mujeres y hombres jefes únicos de hogar, y los diferentes momentos del curso de la vida de la población. Asimismo, se

¹¹ “Se asimila a la condición de pobreza; es decir que ya padecen una carencia efectiva que implica la imposibilidad actual de sostenimiento y desarrollo y una debilidad a futuro a partir de esta incapacidad (víctimas del conflicto armado)” PAIS (2016).

¹² “Son aquellas para las cuales el deterioro de sus condiciones de vida no se ha materializado aún, sino que aparece como una situación de gran probabilidad en un futuro inmediato a partir de las condiciones de fragilidad que los afecta” PAIS (2016).

involucrarán características del territorio y el contexto como: las necesidades culturales, ambientales, del conflicto armado, la vulnerabilidad económica y social, entre otras.

1.1.5 Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS

Ahora bien, el marco estratégico da lugar para que el modelo operacional¹³ intervenga los diferentes agentes del sistema, de tal manera que ellos se apropien de la política, mediante instrumentos operativos y objetivos que permitan su convergencia hacia ella, impulsándolos a trascender sus propias metas dentro del Sistema. Según la Política, el modelo operacional facilitará la adopción de herramientas que garanticen *"la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas"* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

El Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS tiene como objetivo configurar la integralidad del cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios, mediante la articulación de los agentes institucionales¹⁴, las normas, los procedimientos del Sistema y la implementación en los distintos ámbitos territoriales, con un enfoque diferencial sobre las poblaciones y territorios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). De acuerdo con la política, la particularidad de este modelo operativo es su centro en las personas, su bienestar y desarrollo, por lo que define acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad.

Este modelo pretende corregir la fragmentación en la prestación que se presenta en el Sistema de Salud colombiano, moviéndose hacia una cobertura integral en la prestación de servicios de salud y enfermedad que mejore la capacidad integral de respuesta del Sistema, a través de estrategias que articulen las acciones intersectoriales y sectoriales, colectivas e individuales, así como procesos clínicos. De esta forma, se esperan resultados tanto intermedios como finales, mejoras en el estado de salud de la población y reducción de la discapacidad.

El diseño del modelo puede resumirse en diez componentes, que se muestran en la siguiente ilustración, que contemplan: la caracterización de la población y la

¹³ Es decir, el Modelo de Atención Integral en Salud – MIAS.

¹⁴ Como las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades, que, sin ser del sector, realizan acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud.

identificación de sus grupos de riesgos¹⁵ a partir de los cuales se definen las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y se establecen sus requerimientos; la definición del rol de los aseguradores en los territorios donde operará; las características del recurso humano y los esquemas de incentivos y pago dentro del Sistema; y, por último, engloba los requerimientos y procesos de los sistemas de información y los desafíos en términos de investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

Ilustración 2. Componentes del MIAS



Fuente: Elaboración Propia.

¹⁵ Grupos sociales de riesgo, enfermedades de alta frecuencia y cronicidad, enfermedades prioritarias en salud pública, enfermedades con tratamientos de alto costo, condiciones intolerables para la sociedad y enfermedades de alto costo. El detalle de cada grupo de riesgo se encuentra en la Política de Atención Integral en Salud "Un sistema de salud al servicio de la gente" (2016), del Ministerio de Salud y Protección Social.

Sobre la base de este diseño de modelo operativo planteado en la PAIS, se facilita la operatividad de un régimen único en el Sistema, ya que se diluyen varias de las desigualdades presentes en los 10 componentes que evoca la política, como por ejemplo, el ejercicio de los aseguradores enmarcado de ahora en adelante en un ámbito territorial y no diferenciado por regímenes como sucedía previo a la PAIS. De igual manera, la caracterización de la población y la definición de los grupos de riesgo se llevarán a cabo a nivel territorial, y la configuración de la red de prestadores de servicios de salud será habilitada por las Entidades Territoriales, quienes determinarán la oferta que potencialmente podrá contratar el asegurador.

1.1.6 Red Integral de Prestación de Servicios

La Red Integral de Prestación de Servicios (RED) es entendida como *"el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional en un componente primario y complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad; al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población; contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención así como resultados en salud."* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 66).

La PAIS propone que las redes se configuren a partir de los siguientes aspectos para lograr prestar la atención con la calidad y el enfoque diferencial pretendido: las necesidades de la población en su nivel territorial, las características de riesgo para los afiliados en un entorno territorial proveniente de las aseguradoras y los resultados de la definición de grupos poblacionales y de riesgo.

Por ello, las redes permiten una prestación de servicios de salud que responde a la demanda efectiva de la población y su arreglo institucional de acuerdo con los resultados del ASIS¹⁶, la caracterización de las aseguradoras y las prioridades del Plan Territorial de Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Cada una de las RED cuenta con una población y un entorno territorial, por lo que debe guardar en su configuración los riesgos individuales de la población asegurada y riesgos colectivos de las poblaciones, así como el conjunto de prestadores encargados de la gestión clínica.

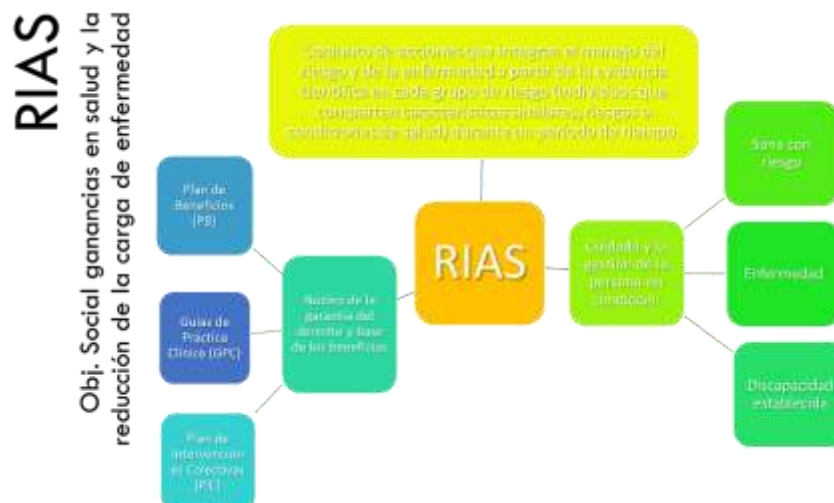
Las redes estarán conformadas por dos componentes prestacionales. El primero, es el componente primario de atención que según la PAIS (2016) asume *"la prestación*

¹⁶. Análisis de la Situación de Salud.

de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo con las RIAS, para la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos, en un ámbito geográfico cercano a la población, e incorporando la tecnología necesaria y disponible, con pertinencia socio cultural, con servicios de baja y mediana complejidad”.

El segundo componente complementario de prestación responderá por las acciones individuales de una complejidad más elevada, *“para lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención.”* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). La atención, en este caso, se enfoca en eventos de enfermedades más complejas que requieran de más tecnología y competencias más especializadas, servicios que prestan las IPS de mediana y alta complejidad.

Ilustración 3. RIAS



Fuente: Elaboración Propia. Ministerio de Salud y Protección Social (2016).

1.1.7 PAIS en la unificación de la operación de los regímenes de afiliación

Luego de recapitular los puntos más importantes de la política PAIS y del modelo MIAS, se evidencia el marco favorecedor, que el Ministerio de Salud plantea, hacia la eventual unificación de regímenes. En la siguiente tabla, de manera resumida se relacionan los diez componentes del modelo MIAS y las implicaciones que tendrían si se pensará en un régimen único de afiliación. En general, se encuentra que cada uno de los aspectos contemplados son viables en un contexto de unificación. Tabla 1: Componentes del MIAS y consecuencias en la operación unificada de regímenes.

Tabla 2: Componentes del MIAS y consecuencias en la operación unificada de regímenes

Componentes del MIAS	Consecuencia para la operación unificada de regímenes
Caracterización poblacional de acuerdo con PDSP 2012-2021	Como actualmente funciona el sistema de salud es decir con dos regímenes de afiliación, en la caracterización a nivel individual, no es necesario tener información diferente para los regímenes de afiliación, esto debido a que las poblaciones comparten contextos territoriales y en gran medida son afectados por los mismos determinantes sociales. Según la norma, las EPS deben hacer la caracterización de su población y la gestión diferencial del riesgo, no obstante esta información no es entregada en su totalidad por las EPS y las secretarías de salud, lo que ha llevado a dejar de hacer el seguimiento pertinente a esta información para conocer si se hace o no un manejo adecuado de los riesgos. Bajo la unificación de los regímenes de afiliación no habría problemas operativos en este componente.
Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS	Las rutas integrales de la salud, exponen la manera como se debe prevenir y actuar ante determinadas situaciones de interés en salud. En este escenario no deberían existir diferencias en el desarrollo de las rutas integrales por régimen de atención. En la implementación de las rutas los territorios, las EPS y algunas ESE han priorizado cuáles deben ser implementadas de acuerdo con los perfiles de morbi-mortalidad de su población.
Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en salud (GIRS)	En la forma actual de operación del SGSSS de acuerdo con las características de la población, se puede identificar riesgos y vulnerabilidades diferenciales en las personas afiliadas al Régimen Subsidiado y aquellas afiliadas en el Régimen Contributivo, lo cual se relacionaría con una gestión del riesgo distinta. Sin embargo esta variable se podría manejar como capacidad o no de contribución al SGSSS, lo que no implicaría problemas para la unificación.
Delimitación territorial del MIAS	Este componente es transversal, habla de la forma en que debería operar el modelo de salud dependiendo de si la zona es rural, rural-dispersa o urbana, teniendo en cuenta aspectos tales como la oferta de la red de prestación en las zonas, vías, transporte, acceso a servicios públicos, etc., situaciones que inciden en la población con independencia del régimen de afiliación.
Redes integrales de prestadores de servicios de salud	Las redes integrales e integradas hacen referencia a todos los componentes operacionales que deben existir para poder garantizar la atención primaria y complementaria de salud. En el actual esquema de aseguramiento, las redes de operación no cuentan con un buen grado de integración que facilite la operación en los territorios, además dependiendo del régimen al que se encuentre afiliada una persona, las redes se pueden traducir en mayores o menores opciones de atención, oportunidades en la misma y barreras de acceso, siendo generalmente las poblaciones afiliadas al Régimen Subsidiado quienes experimentan mayores dificultades en la atención. Al existir una red integrada en el territorio, se establecerían cuáles son las instituciones encargadas del cuidado primario y cuáles son las instituciones que deben prestar el cuidado complementario de acuerdo con los servicios habilitados, con la intención de que haya un flujo de las personas al interior de los servicios de acuerdo con sus necesidades. En la práctica, el funcionamiento de las redes integrales de atención, están poniendo de manifiesto que las diferencias en el aseguramiento no favorecen la atención de las personas ni la

Componentes del MIAS	Consecuencia para la operación unificada de regímenes
	operación de la red, y por tanto, en algunos territorios se están haciendo ajustes para que las poblaciones con independencia del régimen de atención se afilien a un solo asegurador y que este asegurador contrata la red integrada de atención. No tendría problemas operativos si hay unificación de los regímenes de afiliación.
Redefinición del rol del asegurador	Para la operación del modelo, el asegurador debe asumir un rol y papel activo en el manejo de los riesgos de la población, lo cual implica ajustes en los modelos de contratación, en el desarrollo y oferta de programas, en el manejo y análisis de la información de sus afiliados. Este rol protagónico de las aseguradoras debería ser asumido, tanto si se tiene población afiliada al Régimen Contributivo como en el Régimen del Subsidiado.
Redefinición del sistema de incentivos	En el marco del MIAS, los incentivos se han pensado más hacia los trabajadores de la salud que deban atender a poblaciones en zonas rurales y zonas rurales dispersas, debido a las condiciones más difíciles del territorio, y a que buena parte de su accionar se llevaría a cabo de forma extramural. También se han pensado incentivos a las IPS y EPS que muestren mejores resultados en salud. Lo anterior permite identificar que los incentivos pueden establecerse con independencia del Régimen de afiliación de la población y que ante una eventual unificación, la política favorece su entrada en vigencia.
Requerimientos y procesos del sistema de información	Desde el Modelo Integral de Atención en Salud se propone que los sistemas de información en salud sean articulados y respondan a las diferentes necesidades de los agentes del sistema, idealmente deberían permitir acceder a información de caracterización individual y colectiva de las personas, a la historia clínica, y a los diferentes tránsitos que una persona realice por el sistema de salud. De manera que el sistema de información al ser integral debería operarse de la misma forma y producir la misma información por parte de todos los agentes involucrados sin hacer diferenciación alguna por características particulares.
Fortalecimiento del Recurso humano en Salud (RHS)	En el marco del MIAS el talento humano debe fortalecer sus capacidades para dar respuesta a un modelo que se opera desde el enfoque de la medicina familiar y comunitaria, desde la Atención Primaria en Salud –APS-, en este marco se fortalecen las acciones preventivas y promocionales, se busca una mejor gestión del riesgo para garantizar mayor resolutivez desde los prestadores de salud primarios. Lo que hace necesario el fortalecimiento del recurso humano para el desarrollo de estas habilidades en todo el Sistema de Salud.
Fortalecimiento de la Investigación, innovación y apropiación de conocimiento	Al igual que otros puntos, el fortalecimiento de la investigación, es una actividad transversal, que podría ser liderada por las universidades, secretarías departamentales y municipales de salud, con el fin de identificar prioridades, necesidades y estrategias de intervención a nivel territorial, lo cual aplica para la población en general con independencia del Régimen de afiliación.

Fuente: Elaboración propia.

1.2 Habilitación financiera

Si se parte de que las EPS administran los riesgos en salud, se entiende que deben tener la solvencia y condiciones financieras para poder manejar dichos riesgos. Por esta razón, deben cumplir normas prudenciales en materia financiera similares a las de las compañías de seguros, garantizar su organización, su situación contable, tener las condiciones para manejar los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el respaldo para cubrir sus obligaciones derivadas de la prestación de servicios de salud, protegiendo financieramente a los prestadores de servicios de salud. Para ello, el Decreto 2702 de 2014 estableció las condiciones financieras que debe cumplir cada EPS, independientemente de su naturaleza jurídica (con excepción de las indígenas que tienen su propio régimen), respecto a 4 elementos: capital mínimo, patrimonio adecuado, reservas técnicas y régimen de inversión de las reservas técnicas¹⁷. Se entiende que las condiciones de habilitación de los aseguradores, separadas en condiciones especiales para cada régimen, dejan de tener justificación en la medida que las condiciones de coberturas de riesgos amparadas y de los tamaños mínimo y máximo de los pools de afiliación se unifiquen. Estas condiciones aplican en forma unificada como sistema de protección y garantía del pago de los aseguradores a prestadores y de la necesidad de sistemas de protección financiera frente a problemas futuros de liquidez e insolvencia. Las condiciones hacen referencia a los agentes aseguradores y no a los regímenes propiamente dichos. En la medida en que los riesgos financieros de los aseguradores en un sistema único de aseguramiento son los mismos, no hay razones para

¹⁷. El Decreto 2702 de 2014 estableció que el capital mínimo, es decir, el aporte inicial que debe tener la EPS, independientemente del número de afiliados que tenga, es de \$8.788.000.000 para las nuevas EPS, más un capital adicional de 965.000.000 por cada régimen o plan complementario. Adicionalmente, para las EPS con un sólo régimen, de \$9.753.000.000; para las EPS con dos regímenes (o que operen en el Régimen Contributivo con Plan Complementario) \$10.718.000.000; y para las EPS que operan en los dos regímenes y tienen plan complementario \$11.683.000.000. Estos valores correspondían al año 2014 y se actualizan, de acuerdo con el Decreto, según la inflación causada de cada año. En el momento en que una EPS inicie operaciones esto es lo mínimo que debe tener en su patrimonio. Las EPS que ya están operando deben cumplir con esta regla y adicionalmente con las reglas de patrimonio adecuado y reservas técnicas. Por su parte, el Patrimonio Adecuado se calcula como un porcentaje (8%) de todos los ingresos operacionales de los últimos doce (12) meses (Unidades de Pago por Capitación+ Recursos para acciones de promoción y prevención + cuotas moderadoras + copagos + valor reconocido para pago de incapacidades + los demás que determine la Supersalud), multiplicado por el porcentaje de costos y gastos netos de siniestros relativos a la cobertura de riesgos en salud. Este patrimonio se acredita a través de cuentas patrimoniales y deducciones de dichas cuentas. Adicionalmente, las EPS deben constituir una reserva (pasivo) por las obligaciones conocidas, por las no conocidas y por las incapacidades por enfermedad general, siguiendo la metodología establecida por la Supersalud en la Resolución 4175 de 2014, con el fin de garantizar el adecuado uso de los recursos de la UPC y proteger a los prestadores de servicios de salud para que exista un respaldo financiero de alta disponibilidad en la EPS que cubra el pago de la posible obligación derivada de la atención del POS de sus afiliados. Finalmente, las EPS deben constituir inversiones por las Reservas Técnicas en activos que cumplan características de seguridad y liquidez. El objeto de las EPS es garantizar el POS que se financia con la UPC, de tal manera que mientras los servicios son facturados, deben mantenerse recursos en activos de alta liquidez y seguridad.

mantener las diferencias; lo que sí puede ocurrir es que en estas circunstancias especiales de fragilidad financiera de los aseguradores, y de acuerdo con las capacidades de refinanciación, puedan establecerse periodos de transición y formas de tratamientos especiales para aseguradores intervenidos o en vigilancia especial, de tal manera que en el futuro se superen los problemas de insolvencia e incapacidad para asumir el pago de las obligaciones con los prestadores.

Esta actualización de reglas genera una serie de necesidades al interior del sector, entre las que se destacan, fundamentalmente, reglas más estrictas para manejar los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la necesidad de la capitalización de las EPS y el fortalecimiento de su patrimonio, con la consecuente disminución de los pasivos asociados a la prestación de los servicios de salud.

En cualquier caso, la principal novedad de esta actualización de los requisitos de habilitación financiera se fundamenta en el hecho de que antes de la expedición del Decreto 2702 de 2014, las reglas eran diferenciales por régimen (por ejemplo, el Régimen Subsidiado no manejaba un régimen de inversiones de reservas técnicas y el patrimonio adecuado, o margen de solvencia, se asimilaba a indicadores de liquidez y no de respaldo patrimonial para soportar la operación), mientras que a partir de ese Decreto las condiciones son las mismas para las EPS que operen el régimen subsidiado y el régimen contributivo.

Por tanto, teniendo en cuenta que el SGSSS ha avanzado en la unificación y universalización del aseguramiento, a la vez que el riesgo financiero para la administración de cualquiera de los dos regímenes es igual, el Decreto 2702 de 2014 reconoce que es necesario y pertinente actualizar y ajustar las condiciones financieras y de solvencia, unificándolas y haciéndolas más exigentes, así como estableciendo plazos para su cumplimiento. De esta forma, una vez se hayan unificado los regímenes, dado que actualmente la gestión financiera y los deberes de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) ya son iguales, la única diferencia para una EPS que opere en los dos regímenes sería una exigencia mayor de capital mínimo en los términos del artículo 5 del Decreto 2702 de 2014, de manera que exista garantía de solvencia para acometer el reto de un aseguramiento en mayores dimensiones.

1.3 Las exclusiones en el SGSSS

La Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud) que reguló el derecho fundamental a la salud y estableció sus mecanismos de protección, incluyó de forma principal un enfoque colectivo al afirmar que "*el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo*". Asimismo, al determinar que el derecho a la salud "*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', también se hizo evidente que, en este nuevo modelo de salud, la promoción, la prevención y la atención son elementos complementarios e integrales.

De hecho, el artículo 15 de la Ley señala explícitamente que el Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. En ese marco, es justamente ese mismo artículo el que incluye uno de los principales elementos revolucionarios de la Ley, en la medida en que sustituye el Plan Obligatorio de Salud (POS) por un Plan de Beneficios implícito, al replantear el esquema de una lista positiva a una lista negativa de exclusiones explícitas, eliminando los incentivos perversos de las aseguradoras a realizar actividades y prestaciones No POS.

De esta forma, se entiende que todas las prestaciones y actividades del ámbito de la salud hacen parte del Plan de Beneficios, a menos que se encuentren explícitamente excluidas por la Ley (en el artículo 15) o como resultado del procedimiento técnico-científico, público, colectivo, participativo y transparente que encabeza el Ministerio de Salud y Protección Social. Así, la principal implicación es que se modifica también el concepto de No POS, no sólo porque el POS se reemplaza por el PIB (Plan Implícito de Beneficios), sino porque la Ley Estatutaria de salud conlleva la inclusión de parte del actual NO POS al Plan de Beneficios y su financiación vía UPC. Asimismo, se elimina parcialmente el trámite operativo adicional e ineficiente que implica el recobro de la prestación No POS al Fosyga, o a la Entidad Territorial en el caso del Régimen Subsidiado de Salud, avanzando también en la unificación operativa del manejo de las prestaciones excluidas del Plan de Beneficios que se complementa con la ya realizada unificación del Plan de Beneficios. De hecho, es lo que busca el Ministerio de Salud con su regulación al respecto con Mipres, el Plan Implícito de Beneficios y las Exclusiones.

En este punto, es preciso aclarar que parte de los desequilibrios financieros ocasionados en el Sistema de Salud fueron consecuencia de los numerosos recobros generados por servicios o medicamentos no cubiertos por el POS (No POS). Hoy en día la operación de los recobros en ambos regímenes es distinta. En el Régimen Contributivo según las cifras de *Fuentes y usos de los recursos del Sistema general de Seguridad Social en Salud* se presentaron recobros No POS en el año 2016 que alcanzaron los 2.4 billones de pesos pagados por el FOSYGA, mientras el Régimen Subsidiado debido a su especial operación, respalda sus recobros contra los recursos del Sistema General de Participaciones, cuya función se encuentra delegada en las Entidades Territoriales, y deja en el aire la auditoría del rubro así como su desmedido crecimiento. Como resultado se han observado distorsiones e ineficiencias sobre las finanzas del sistema, y en respuesta el marco de la Ley

Estatutaria y la nueva reglamentación de la Lista de Exclusiones buscan la desaparición o reducción mínima de gastos por dicho concepto, que además no se encuentra contabilizado en los cálculos de la UPC.

El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) y teniendo en cuenta lo dispuesto por la Honorable Corte Constitucional, estableció el módulo de reporte de servicios y tecnologías no cubiertas con la UPC MIPRES y optimizó el procedimiento que deben seguir las entidades recobrantes para presentar los recobros cuando conforme a la normatividad vigente o a decisiones judiciales, deban ser reconocidos y pagados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces, como mecanismos para garantizar y proteger el derecho fundamental a la salud mediante el acceso oportuno a los servicios o tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la unidad de pago por capitación y alcanzar un manejo veraz, oportuno y transparente de la información y de los recursos. De acuerdo con lo mencionado, este Ministerio expidió la Resolución 1328 de 2016 y creó una herramienta automatizada en la cual los profesionales de salud, prescriptores, deberán registrar los servicios y tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la unidad de pago por capitación. Lo anterior con fundamento en el artículo 19 de la Ley 1751 de 2015 y en correspondencia con los artículos 113 y 139 de la Ley 1438 de 2011 y capítulo VIII, artículos 116, 117 y 122 del Decreto – Ley 019 de 2012.

De la misma manera, se espera un comportamiento centralizado por parte de ADRES en cuanto a criterios, recursos, operación y administración, así como un conjunto de reglas únicas para la operación del sistema de recobros de lo que no está incluido. ADRES también haría las veces de auditor aumentando su control el rubro, ya que como se mencionó anteriormente, las Entidades Territoriales no tienen la capacidad para gestionar, controlar ,ni auditar los recobros.

Con la ruta de MIPRES, cuando el médico determina que un paciente requiere un servicio No POS, entra al aplicativo, prescribe el servicio y, cuando concluye su consulta, entrega una copia de la orden médica al paciente, la cual tendrá un número consecutivo que corresponde a la autorización para la entrega, de tal manera que el usuario no requiere esperar la respuesta del anotado comité y le resta únicamente estar atento a que la EPS lo llame y le indique la fecha y lugar dónde se suministrará el servicio ordenado, tarea que debe adelantar la EPS.

El Ministerio ha señalado que no es que el No POS se haya acabado, sino que hay un nuevo procedimiento para gestionarlo y de ese procedimiento hace parte MIPRES. A eso se suman algunos detalles de la operación del aplicativo.

Desde el punto de vista del diseño de MIPRES se busca establecer una trazabilidad de los servicios No Pos que son formulados por los médicos tratantes y su principal finalidad no es controlar el gasto, sino facilitar el acceso oportuno a estos servicios. Como lo manifestó Álvaro Rojas, director de la Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud, con respecto al gasto "No supondría ningún cambio sustancial, porque lo que hoy se está prescribiendo, así como lo que se vaya a prescribir en el futuro, debe ser lo que los pacientes requieren. Si la condición médica se mantiene, se debería mantener la prescripción. Hay que anotar que de la mano de MIPRES va un mensaje fuerte y es que el médico debe ser consciente que, cuando está al frente del paciente, se está convirtiendo en ordenador del gasto porque lo que prescribe se convierte en el soporte para que el Fosyga lo pague a la IPS que se prestó o a la EPS que lo recobró. El médico debe concientizarse de este ejercicio y es por eso que el Ministerio ha insistido en que la sostenibilidad del sistema con MIPRES, debe ser una preocupación de todos los actores, entendiendo que no hay recursos infinitos".

Los problemas que se habían generado con la lista implícita del POS se podrían asimilar a lo establecido en el código civil de Federico el Grande en Alemania donde se buscó, a través de la taxonomía, regular cada una de las interacciones del mercado y fue un fracaso por la hipertaxación de interacciones que no deberían estar codificadas. Esta situación se podría decir que le sucedió al POS, una lista que no se actualizó y que busca describir cada uno de los beneficios y las tecnologías a los que tenían derecho los afiliados al sistema. La inflexibilidad de la lista del POS y la presión de las tecnologías emergentes fue lo que llevó al No POS. Esto se convirtió en un gasto en salud paralelo al gasto corriente del sistema y estaba dado por decisiones judiciales. Adicionalmente, este gasto se hacía caso por caso y desconocía el efecto de este sobre la sostenibilidad financiera.

Para los aseguradores, volver explícitas solamente las exclusiones, quiere decir que todo lo demás estaría cubierto por la UPC y no daría espacio para poder recobrar todos los procedimientos, medicamentos y dispositivos médicos que hoy constituyen lo No POS.

La Ley Estatutaria plantea que se va tener un plan implícito, basado en una lista de exclusiones que le compete al Ministerio de Salud definirla. Lo que no está excluido estaría incluido y esto generaría una gran discrecionalidad de los ordenadores del gasto, por lo que los profesionales de la salud tendrían un marco muy amplio para prescribir medicamentos o procedimientos y de igual manera el aparato judicial un marco muy amplio para fallar en derecho.

Se centra la decisión en el médico, porque es quien conoce los medicamentos para el tratamiento y los procedimientos, y los jueces solo podrían actuar bajo las indicaciones de los médicos ya que no conocen las alternativas terapéuticas que

existen para mantener o recuperar la salud. Esto podría generar que, a través de la tutela, se logre configurar un mecanismo de extracción de rentas que termina siendo legitimado por las instancias judiciales y por los propios médicos. Sin embargo, las prestaciones individuales, como las ha denominado el Ministerio de Salud, se seguirán presentando y los jueces tendrán que seguir fallando tutelas a favor de casos excepcionales. Como solución y a través de la gestión delegada a ADRES, se busca que la entidad recobre el control de los recursos de este rubro y se genera un fondo especial dentro de la entidad que respalde aquellas contingencias producto de fallos judiciales. De esta forma, el Sistema no tendría por qué ver afectadas sus finanzas, en la medida que se haga una oportuna gestión de los recursos.

No hay regulación posible que pueda incentivar a las personas para que actúen alineadas con el fin de obtener la utilidad social por encima del beneficio individual y se considera que lo que se requiere es un cambio cultural en donde se repiense cuál es el rol de cada actor en la búsqueda de garantizar el derecho a la salud, siendo conscientes de las decisiones y de los efectos que tienen sobre la sostenibilidad financiera y el derecho a la salud. Por tanto, si efectivamente se llega a las exclusiones explícitas, se debería tender a disminuir los servicios no POS, sin embargo, este gasto se trasladaría a la UPC siempre que el sistema siga actuando como un sistema de reembolsos donde el ajuste de la UPC se hace con las frecuencias y gastos de la vigencia anterior.

1.3.1 Eliminación de CTC

Además de lo anterior, a partir de la Ley Estatutaria de Salud y en el marco de garantizar y promover el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, se reivindican también los principios de autorregulación y autonomía médica y eficacia que redundan en un cambio de operación al interior del Sistema, tanto para las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios, como para aquellas que actualmente se clasifican como No POS.

En particular, la garantía del derecho fundamental a la salud y los mecanismos para su protección y acceso fueron regulados mediante el artículo 6° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, incluyendo explícitamente la eficiencia, por lo que *"el sistema de salud debe procurar la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población."* (Ley 1751, 2015).

En desarrollo de ello, con el objetivo de eliminar barreras administrativas para el acceso a las prestaciones en el ámbito de la salud (es decir, para el goce efectivo del derecho), y a partir de la garantía que el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015 da a la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar las decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes a su cargo, el Ministerio de Salud y

Protección Social, a través de la Resolución 1328 de 2016, eliminó el trámite que representaban los Comités Técnico-Científicos (CTC) como paso previo a la autorización de una prestación No POS. (Calderón, 2015).

Así pues, siguiendo las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008, en el sentido de adoptar las medidas necesarias para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autorice directamente los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y de rediseñar de manera oportuna, profunda y efectiva el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro, el Ministerio de Salud y Protección Social reformó el procedimiento para reportar la prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, y optimizar el procedimiento que deben seguir las entidades recobrantes para presentar los recobros cuando, conforme a la normativa vigente o a decisiones judiciales, deban ser reconocidos y pagados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces, según lo establecido en la Resolución 5395 de 2013, eliminando los CTC con miras a incrementar el acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC y alcanzar un manejo veraz, oportuno y transparente de la información y de los recursos.

Por tal razón, de forma unificada para los dos regímenes, la Resolución 1328 de 2016 establece que para el reporte de prescripción de servicios o tecnologías No POS, sea el profesional tratante quien diligencie la información en un aplicativo que corresponde a un mecanismo automatizado dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social en la plataforma del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO, con diligenciamiento en línea. La restricción será que el profesional debe estar inscrito en el Registro de Talento Humano en Salud – RETHUS, habilitado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS y que la prescripción de una tecnología o servicio no incluido en el Plan de Beneficios debe cumplir todos los criterios establecidos en el artículo 9 de dicha Resolución, como por ejemplo, que el procedimiento en salud no se encuentre cubierto en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, que haya sido autorizado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) y que sea consecuente con la evidencia científica disponible.

1.4 Integración vertical

La integración vertical, de acuerdo con la literatura¹⁸, se entiende como una situación en la que un mismo propietario dispone de actividades en distintas fases de la industria o sector, bien hacia atrás (*upstream*), hacia adelante (*downstream*) o

¹⁸. (Merlano & Gorbanev, 2011) (Restrepo, Lopera, & Rodríguez, 2007) (Robinson & Casalino, 1996) (Perry, 1989).

en ambas vías (*balanced*). De forma un poco más rigurosa, también puede entenderse como una situación intermedia de competencia imperfecta, como resultado de intentos oligopólicos o monopólicos por ganar participación y poder de mercado.

Como resultado de esta visión, la integración vertical presenta una serie de ventajas y desventajas. Respecto a las primeras, las teorías de costos de transacción indican que la integración vertical configura un arreglo institucional que minimiza las transacciones y reduce los costos de intermediación de los agentes inmersos, especialmente en condiciones de complejidad o incertidumbre. Por tanto, de acuerdo con esta visión, la integración vertical genera mejoras en el bienestar y en la eficiencia del sector, siendo preocupante respecto al poder de mercado y abusos de posición dominante ante la existencia de un hipotético monopolio.

Por el contrario, otras corrientes económicas apuntan a que la integración vertical es nociva para los mercados, en la medida en que reduce la competencia y genera prácticas de exclusión como barreras a la entrada de nuevos competidores a través de la existencia de contratos de exclusividad y contratos desbalanceados. Por tal razón, incluso se señala que la integración vertical crea incentivos a una menor productividad, innovación y competitividad precisamente debido a la eliminación de la competencia.

Al analizar el caso específico del sector salud, es claro que este presenta complejidad, así como fallas propias de un mercado de competencia imperfecta en el que se dan asimetrías de información, costos de transacción no observables y gastos que no son públicos, por citar algunos ejemplos. En ese contexto, claramente se presentan situaciones de búsquedas de poder de negociación en las que se restringe la escogencia y el acceso, sin que esto implique necesariamente ganancias en eficiencia. De hecho, aunque la integración vertical podría reducir los costos para el Sistema, también es cierto que se puede configurar como un mecanismo con incentivos perversos, dado el funcionamiento de la compensación de la UPC, en la medida en que la prima (es decir, los ingresos) es fija, mientras que los gastos son crecientes cuando se atiende a los usuarios, de manera que suelen darse casos de racionamiento y repesa del servicio¹⁹. Estos hechos, que se sustentarían en el bloqueo administrativo para otorgar servicios, también podrían afectar la autonomía médica, además de los derechos de los afiliados.

Así las cosas, no resulta sorprendente que, en materia de regulación de competencia, la integración vertical se considere como nociva para el bienestar del consumidor por la forma en que los aseguradores buscan maximizar sus utilidades al redireccionar la demanda de sus pacientes (sin enfrentar competencia). Además, la

¹⁹ Sentencia C-1041/07. Referencia D-6756. Corte Constitucional de Colombia.

existencia de integración vertical entre EPS e IPS da pie a contratos de exclusividad y a contratos preferenciales que pueden afectar directamente la sostenibilidad financiera por venta de servicios de los hospitales públicos del país, en tanto los grupos económicos naturalmente buscarían favorecer a sus socios. Por lo anterior, se considera pertinente mantener las restricciones a la integración vertical en el marco de la unificación operativa de regímenes.

La política PAIS, expresa que toda red integral deberá tener dos componentes prestacionales: un componente primario y uno complementario. El componente primario será el encargado de la prestación de acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud para la resolución de eventos frecuentes a nivel familiar, comunitario y personal, que funcionen en un ámbito geográfico cercano a la población, con pertinencia socio-cultural y servicios tanto de baja como de media complejidad. El componente complementario de prestación se enfocará en las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, es decir, dirigido a aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, págs. 67-69).

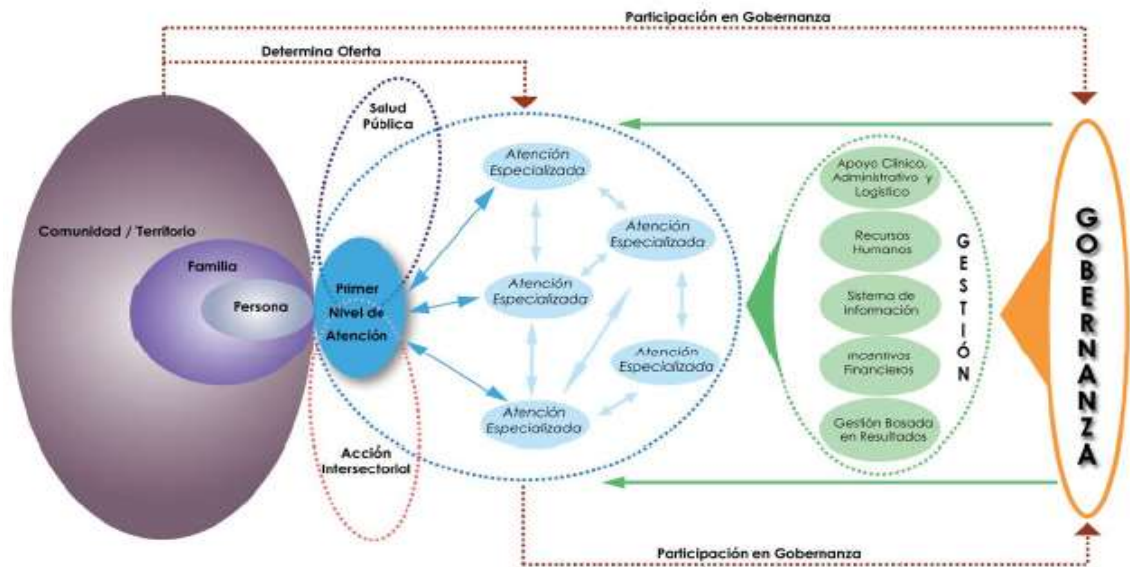
La integración de los servicios asistenciales en salud incluyen centros, programas o planes para el cuidado de la salud, prácticas del grupo médico, farmacias, hospitales, servicios de atención subaguda y crónica, servicios profesionales, servicios de rehabilitación, centros quirúrgicos, o de bienestar y educación en salud, ubicados cada uno en diferentes niveles de atención dentro del sistema de salud y entre los cuales se espera que haya articulación en su gestión administrativa, asistencial y de comunicación entre las diferentes unidades, para brindar un mayor y mejor aseguramiento a los usuarios.

La Resolución 1441 de 2016 define las redes integradas *"...como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud."*

Bajo esta definición se buscará un modelo más eficiente de la capacidad instalada en los territorios que no debe responder a los intereses de la EAPB, sino a los

requerimientos de los territorios. En la siguiente grafica se ilustra cómo podría integrarse la red.

Figura 3. Representación gráfica de los atributos esenciales de las RISS.



La configuración de las Redes Integrales serán certificadas por las entidades territoriales que entran a tener un papel fundamental en su integración. Al definirse que las redes se desarrollan en el marco del MIAS que se enfoca en las necesidades de las personas y no en su afiliador, su adecuado desarrollo debe contribuir a no tener diferencias sustanciales en la configuración por régimen de afiliación.

Estas redes tienen como propósito mejorar la eficiencia de la oferta de servicios, haciendo a las instituciones prestadoras más competitivas en calidad y servicio, para que el producto de estos beneficios se convierta en mayor acceso y beneficios a la población pobre y vulnerable.

2 MODELO OPERATIVO UNIFICADO

2.1 Aseguramiento

La idea del aseguramiento está inspirada en el derecho que tiene una sociedad a una protección futura de los principales riesgos que afectan la salud y la vida, bajo el principio de asegurar los riesgos presentes y futuros de la población, convirtiéndose en un nexo entre ambos momentos, mediante el ahorro que hace una sociedad hoy con el fin de enfrentarse a la incertidumbre de las posibles enfermedades del mañana. El ahorro puede programarse de diferentes formas: impuestos, cotizaciones obligatorias compartidas entre trabajadores y patronos en los sistemas tradicionales de seguridad social, o el pago de primas de seguros privados. Si la sociedad decide no ahorrar, se presentará un desbalance entre los ingresos corrientes de las personas y el costo de los tratamientos relacionados con las enfermedades, convirtiéndose en una barrera muy fuerte para el acceso y uso de los servicios de salud, y profundizando los procesos de desigualdades derivados de las condiciones socioeconómicas.

En Colombia, el aseguramiento a la salud es un derecho, hoy en día un derecho fundamental según lo define la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la cual además hace un esfuerzo por universalizar un sistema de seguros y no sólo de prestaciones como anteriormente estaba constituido. De manera tradicional, en Colombia el derecho a la salud había mantenido un estatus secundario respecto a otros derechos, y sólo había conseguido cubrimiento efectivo vía acción de tutela y en conexidad con el derecho a la vida. Sin embargo, los desarrollos de la jurisprudencia de la Corte Constitucional condujeron a una postura sobre la conexidad hacia la fundamentalidad del derecho, y logró hacer que el legislador reconociera la importancia de esta prerrogativa al expedir en concordancia una Ley Estatutaria de la salud. Una ley es denominada estatutaria cuando desarrolla un derecho fundamental y, por lo mismo, hace parte del bloque de constitucionalidad. Dado que el derecho a la salud entra en ese momento en esa categoría con sus implicaciones (derechos de aplicación inmediata, garantía estatal de cumplimiento en el estado social de derecho, entre otras) el aseguramiento, que incluye el acceso y garantía, debe ser objeto de una nueva forma de verse. En síntesis, puede que la integridad del sistema de salud no haya cambiado, pero su sustento constitucional cambió por completo, y eso hace que el sistema tenga necesidad de considerarse bajo nuevas condiciones.

En efecto, el SGSSS tenía sus bases estructuradas en forma de un derecho de contenido prestacional y no de uno fundamental lo que, por supuesto, tiene una traducción en la estructura y funcionamiento del sistema de salud colombiano. En concreto, la actividad de aseguramiento del SGSSS, o lo que es lo mismo, el acceso

a la prestación de servicios de salud que se encuentran estipulados en el Plan Obligatorio de Salud (POS), ya no puede ser la misma desplegada desde la Ley 100 de 1993, y si bien en términos generales puede conservarse mucho, el enfoque es diametralmente distinto. En particular, la fundamentalidad del derecho tiene como efecto operativo necesario la eliminación paulatina de las asimetrías en el tratamiento de los ciudadanos ante el SGSSS, lo que significa que el derecho fundamental a la salud no puede conocer desigualdades en cuanto a la aplicación del derecho fundamental se refiere. Si el tratamiento del sistema no cambia frente a una nueva naturaleza del derecho, entonces si puede haber problemas de igualdad.

Por lo anterior, la Ley Estatutaria de la Salud debe tender principalmente a concretar la garantía de igualdad en cuanto a la prestación del derecho a la salud. Lo señala el artículo segundo de la Ley:

"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. **El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.**²⁰ De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado". (Negritas fuera del texto original).*

En esa medida, la Ley 1751 de 2015 es una herramienta fundamental para eliminar progresivamente las disparidades de tratamiento en cuanto al goce y uso del derecho a la salud se refiere.

En concordancia, y pensando en un sistema de aseguramiento social con base en el derecho fundamental a la salud, debe partirse del hecho de que las condiciones iniciales de las personas en la sociedad son distintas en términos de capacidad de pago y necesidades en salud. En este sentido, los afiliados al Sistema tienen derecho al goce efectivo del derecho a la salud en su condición de ciudadanos, y no por su capacidad de pago. En tal sentido, el SISBEN como mecanismo de focalización no debería responder por ¿qué familias debería recibir el beneficio del subsidio en salud? Situación que genera la exclusión de varios ciudadanos. En cambio, el Sistema debería determinar qué personas están o no en la posibilidad de contribuir al SGSSS en razón de su capacidad de pago, sin que ello signifique la negación a su

²⁰ La negrilla no hace parte del texto citado.

afiliación al sistema. Por ello, el hecho de continuar en un modelo en el que las personas reciben prestaciones de acuerdo con el nivel de contribución que les permite su capacidad de pago, se evidencia un nivel de regresividad en el Sistema. Por el contrario, el tránsito hacia un modelo progresivo debería propender porque la población financie el Sistema de acuerdo con sus capacidades de tributación a través de un impuesto general, luego dichos recursos son mancomunados para aplicar el principio de igualdad en las coberturas y uso de fuentes de financiamiento. De esta forma, la población en su totalidad puede acceder y usar los servicios de salud según sus necesidades.

Ilustrando lo anterior, vale la pena mencionar que el porcentaje de informales en las 13 ciudades y áreas metropolitanas de Colombia fue de 47,5% para el trimestre octubre - diciembre de 2016 ²¹. Para el total de las 23 ciudades y áreas metropolitanas, fue de 48,7%. Con este nivel de informalidad se hace más difícil continuar bajo el modelo de configuración bismarkiano. Por el contrario, se debe buscar, antes que mantener las fuentes de financiación, la evolución hacia una afiliación basada en la condición de ciudadanía. Por ello, los sistemas de salud y los sistemas socioeconómicos deben revisar y asumir experiencias como las de los países nórdicos, en los cuales una estricta regulación del mercado y una fuerte intervención pública redujeron las desigualdades y promovieron un crecimiento rápido y relativamente estable. Estos países socialdemócratas han presentado su marco conceptual que muestra cómo un sistema de protección social fuerte permite hacer converger la eficiencia económica y la justicia social.

La progresividad, en este sentido, está acorde con el nacimiento de un Régimen Único de afiliación en el que prevalezca la gestión de los riesgos colectivos sobre los individuales, así como el rompimiento de la idea del derecho a la salud en función de un contrato laboral y, por ende, la dilución de los regímenes de afiliación. En efecto, la existencia en Colombia de los regímenes separados data de la tradición del antiguo Seguro Social que seguía un modelo de tipo bismarckiano establecido en la idea de la relación laboral, en la que el ciudadano pertenece al seguro como una extensión del mismo ciudadano con el contrato laboral, y no una relación del ciudadano con el Estado. Sin embargo, es incorrecto limitar el derecho fundamental a la salud en función de un contrato laboral, pues debe trascender a la condición de ciudadano, quien tiene el deber de ayudar a financiar los riesgos que quiere cubrir en la medida que su capacidad de tributación lo permita, pero como ciudadano, no como parte especial del contrato laboral. Es claro que el POS es el mismo en ambos regímenes, pero también es claro que sólo tienen derecho a las prestaciones económicas las personas con capacidad de pago (cotizantes del régimen contributivo), como se señala en el apartado de *Licencias de maternidad*, a pesar de

²¹. República de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE (2017). Informe de Empleo Informal y Seguridad.

que en el origen de las prestaciones económicas se consideraban parte del salario social y una extensión del contrato laboral en los sistemas tradicionales de seguros sociales. Con la creación de los sistemas separados de riesgos laborales y del sistema de salud, se incorporaron al componente de salud los relacionados con las enfermedades denominadas generales, separándose de las enfermedades denominadas profesionales y laborales en el sistema general de riesgos laborales. Esta separación implica una relación directa con las enfermedades, separadas de las dinámicas de los procesos productivos que definen los salarios relacionados en tal sentido con los ámbitos de la salud y el bienestar general de las personas. Las incapacidades son parte del tratamiento y en tal sentido estaban cubiertas en el plan de beneficios y se pagaban operativamente como un micro seguro de reembolso. La Ley Estatutaria al separar las fuentes y la capacidad de pago de los derechos en salud convierten los pagos en términos económicos en los medios para el goce efectivo del derecho y en tal sentido aplicable cuando en la relación médico paciente se prescriba en términos de necesidad.

El aseguramiento se concibe como una estrategia para garantizar la primera condición al goce efectivo del derecho fundamental a la prestación de servicios salud, ya que por medio del seguro se ampara la atención de riesgos futuros. En el país, las Entidades Promotoras de Salud han caído en dar mayor relevancia a la gestión de la enfermedad, mientras que los sistemas de seguros universales están estructurados para actuar en el futuro, razón que da origen a la gestión del riesgo en la que el asegurador recibe un pago hoy, pero debe hacer algo para que en la medida que pasa el tiempo, el futuro no sea muy caro. Para el asegurador el riesgo está medido como el valor esperado del seguro en el futuro, que es igual a la probabilidad de enfermarse ajustado por la utilidad de enfermarse, más la probabilidad de no enfermarse, ajustada por la utilidad de no enfermarse. La utilidad de enfermarse se asocia con el costo de los tratamientos recibidos por los afiliados y la utilidad de no enfermarse con los costos de las primas del seguro: Si los dos valores, la prima y la utilidad esperada para el tomador del seguro son concordantes se dice que el seguro es un seguro justo y sostenible en el tiempo. Se define como actuarialmente justo cuando en el cálculo del valor esperado de los seguros se igualan como expectativa las probabilidades de enfermarse ajustadas por la utilidad de enfermarse con las probabilidades de no enfermarse ponderadas por las utilidades de no enfermarse. Su definición como justa se realiza para diferenciarla de los juegos injustos como las loterías.

Los sistemas de reembolso son solo una modalidad de funcionamiento de los seguros tradicionales de salud y de accidentes de tránsito y por sus características definen las denominadas primas puras en función de los siniestros, más un factor relacionado con los tamaños de operación y los gastos administrativos. Al hacerse más compleja la operación de los seguros de salud y las complejidades de las enfermedades el sistema de primas puras fue ajustado al sistema de ajuste de

riesgo global relacionado con la complejidad de la enfermedad y a la complejidad de las tecnologías. En Colombia, tal como se hace el cálculo de la UPC, se combinan los factores actuariales con algunos ajustadores de desviaciones cuantitativas por edad y sexo que en términos de ajustadores de riesgo global resultan irrelevantes, haciendo que en la operación financiera y en la gestión y pago de los tratamientos se opere con un modelo cercano al reembolso público con contrato de aseguramiento entre el financiamiento y el asegurador y no como en los seguros privados con contrato de primas directas entre el afiliado y el asegurador.

El SGSSS colombiano, por su concepción, debería responder a un seguro social obligatorio, sin embargo, algunos aspectos han generado distorsiones en este modelo, como el hecho de segmentar las poblaciones en función de su capacidad de pago entre cotizantes, beneficiarios, subsidiados y exceptuados basados en reglas de desigualdad y capacidad de pago, y no en la norma de igualdad y obligatoriedad. Conceptualmente, la naturaleza de un seguro social no corporativo, como los seguros sociales tradicionales, pretende cubrir a toda la población, sin enfocarse en el riesgo particular de cada persona, sino en la garantía de la atención de las necesidades de la población asegurada en general, es decir, a través de la ecuilibración de los riesgos individuales en riesgos sociales, en busca de tratar a la población como un grupo que en el presente demanda atenciones distintas pero con coberturas de riesgo futuras iguales y muy generales, al igual que el POS y los programas de detecciones precoces, crecimiento y desarrollo, jóvenes, ancianos, entre otras actividades que permiten la gestión del riesgo. Por ello, se hace expresa la necesidad en el diseño de un plan de beneficios basado en las necesidades del pool global de riesgo con formas de pago que eviten la segmentación y la selección adversa, tal y como lo señala la Ley Estatutaria de Salud en el artículo 15. El Sistema, entonces, debe propender porque la construcción del plan de beneficios o las formas de establecer las exclusiones sean socializadas y legitimadas, y así evitar caer en satisfacer solo las demandas individuales mediante el mecanismo legal de tutelas, porque en la medida en que se endogenizan las prestaciones en el Plan de coberturas, estas se vuelven susceptibles de ser gestionadas a través de los aseguradores, evitando que sus pagos se realicen a través del sistema de reembolsos que es muy propenso a la demanda inducida y el fraude.

Ahora bien, dado que en Colombia existe un Sistema de Seguridad Social en Salud de carácter obligatorio, no debe existir una relación directa entre los pagos y la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Una es la forma como se paga al Sistema y otra la forma como el Sistema les paga a los aseguradores. La cotización obligatoria es el vínculo de las personas con el sistema con base en una relación con el ingreso, denominado Ingreso Base de Cotización; y la UPC es la forma como se relaciona el sistema con los aseguradores, que al individualizar la gestión del riesgo, pagan de manera particular por cada afiliado un valor ajustado por el riesgo al asegurador.

Estas características lo configuran como un seguro público, de responsabilidad del Estado quien delega en los particulares, a través de las EPS, la gestión del riesgo.

Al reorientar el enfoque de las actividades del Sistema de Salud en el país hacia la necesidad de una gestión de riesgos futuros y un seguro más convergente al social, este modelo, sugiere repensar la valoración de la UPC, como se resalta en el macro-proceso de UPC que aborda este diseño más adelante, por un cálculo basado en un estudio integral en el que se relacionen los riesgos futuros más que los gastos, ya que hoy en día la forma de operación caracteriza un seguro de reembolso y no un seguro de gestión de riesgo, debido a que las prestaciones en salud son pagadas a las IPS en el pasado con base en los valores ejecutados.

Asimismo, es importante destacar las desigualdades existentes entre los regímenes, donde por razones de orden financiero y operativo, el Régimen Subsidiado tenía una cobertura de protecciones menor que la del Régimen Contributivo con una promesa pública de igualación de las coberturas y de los regímenes denominado periodo de transición que debía cumplirse en el 2001. Por distintas razones, como las proyecciones del crecimiento económico, la ampliación del mercado laboral y los ingresos tributarios, esta unificación no se logró en el tiempo estipulado inicialmente²².

Ante esta situación, la Corte Constitucional en la T-760 consideró que este hecho era insostenible constitucionalmente y le ordenó al Sistema unificar las protecciones incluidas en el POS y actualizarlo con base en las necesidades sentidas por los afiliados, lo que implicaba un plan de unificación y la necesidad de nuevos recursos para lograrlo.

Las Leyes 1438 y la Ley Estatutaria formalizan esta política y el proceso de unificación de las coberturas se acelera hasta lograr niveles muy parecidos, quedando de por medio una discusión sobre la naturaleza de los reconocimientos de las licencias de enfermedad general y de maternidad. La UPC de los dos regímenes sigue una tendencia a la igualación, pero subsisten criterios de cuantificación distintos derivados de los valores pasados de las atenciones, diferentes coberturas de las redes de servicios y el costo de los servicios.

²². En los documentos iniciales se consideraba que el crecimiento económico transitaría por una senda de crecimientos cercanos al 5% y que la informalidad laboral representaría solo el 30% de la población económicamente activa. Como caso ilustrativo se mencionan los hechos relacionados con la crisis económica de 1999-2000 que llevó al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, entre otras cosas, a tomar decisiones de bajo crecimiento y a realizar dos ajustes en un mismo periodo para garantizar la sostenibilidad del sistema y a que en la mayoría de periodos la población afiliada al subsidiado creciera más que la población afiliada al contributivo.

En el proceso de unificación, los niveles operativos tienden a estandarizarse a través de la lógica del aseguramiento nacional, la fluidez entre los regímenes y los cambios en los domicilios en los afiliados. Concomitante con el proceso de unificación, y por medio de las dos últimas reformas tributarias, el sistema de cotizaciones obligatorias en el Régimen Contributivo ha venido cambiando sustancialmente por medio de una sustitución de los aportes de los patrones para algunas clases de cotizantes, para los ingresos salariales menores de 10,5 salarios mínimos, flexibilizando el criterio de cotización obligatoria y sustituyendo cotizaciones por impuestos de destinación específica para salud.

Los anteriores procesos hacen que la combinación de cotizaciones e impuestos sea una condición para el funcionamiento de los dos regímenes, haciendo que, desde el punto de vista constitucional y financiero, no existan condiciones para la supervivencia de dos regímenes separados. Estos hechos le imponen al sistema de salud el desarrollo de una estrategia de creación de un sistema único de seguridad social y la creación de una infraestructura financiera y operativa para administrar el proceso a través de la unidad especial que sustituirá al Fosyga (ADRES).

Si el proceso de mancomunación de las fuentes de financiamiento se consolida, se generan condiciones económicas y operativas para la unificación de las coberturas de beneficios con grandes avances en términos de reducción de las desigualdades, mejoramiento en equidad y eficiencia en el sistema, porque administrar un solo conjunto simplificado de reglas hace que se construyan economías de escala en la gestión de la seguridad social y se mejore en la conformación de los pools de riesgos, porque un solo sistema de seguros en un solo pool de riesgos de referencia tiene potencialmente mayor expectativa por aumentar el nivel de sostenibilidad futura, que cada uno de los pools en los sistemas segmentados de contributivo, subsidiado y de excepción. El ejemplo latente en esta propuesta son las prestaciones económicas a las cuales solo tienen acceso los afiliados al régimen contributivo

Dado que todas las personas tienen condiciones iniciales distintas y no considerarlo genera una desigualdad, el dinero recaudado no debe ser destinado a grupos específicos, sino debe propenderse porque llegue a una entidad mancomunadora de recursos y sea asignado según las necesidades de la población, sin importar el tipo de contrato laboral que se tenga o si se es beneficiario de un subsidio. Esto rompe la idea de la cotización y de esperar recibir conforme se aporta al sistema, como ha sucedido con el régimen contributivo. En cambio, se da lugar a un nuevo escenario en el que por medio de la tributación y la mancomunación de recursos de ambos regímenes provenientes de distintas fuentes, los recursos en el Sistema serán destinados a las poblaciones según sus necesidades y no según su capacidad de pago como se venía haciendo. En este contexto, los ciudadanos aportarán al sistema vía impuestos; seguramente habrá ciudadanos que no pagaran impuestos, pero todos los colombianos indistintamente tendrán derecho a recibir beneficios. Esto se

evidencia con los recursos provenientes del impuesto CREE, de los que 6.5 billones para el año 2015 se asignaron para la operación del régimen contributivo.

2.2 El modelo dentro del esquema de aseguramiento

La operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene el reto de unificar su operación para lograr la equidad entre los regímenes de afiliación y los diferentes actores del Sistema. El objetivo de este diseño se concentra en ilustrar los aspectos de índole operativa a modificar, con el fin de facilitar una eventual unificación de los regímenes Contributivo y Subsidiado del Sistema. Tras haber identificado la forma en la que operan los procesos en ambos regímenes, es posible estudiar sus divergencias para plantear estrategias que permitan la convergencia y la unificación de ambos regímenes, hacia un Régimen Único, o determinar si ello no sería viable o conveniente. Para la propuesta se parte de reconocer en la operación de los regímenes qué es igual y qué es diferente. El centro del diseño se da en los aspectos divergentes, bajo el reconocimiento de un marco legal que permita la igualación o que pueda ser ajustado para que esto se dé.

Los macro-procesos del SGSSS definidos en este estudio, se pueden observar en la siguiente ilustración. El primero de ellos es la afiliación y su financiación a través de la tributación por medio de un impuesto general que busca aumentar la probabilidad de que los afiliados reciban la prestación de los servicios de salud conforme a sus necesidades y no según la capacidad de pago o el estatus de pobreza que tenga. El segundo macro-proceso contemplado es la contratación y en este se evalúan cambios en el porcentaje de obligatoriedad con los hospitales públicos y el pago por desempeño a las IPS. El financiamiento, uno de los macro-procesos que cobra mayor relevancia dada la necesidad de la sostenibilidad en la eventual unificación, cubre aspectos tales como la mancomunación de los recursos, el giro directo, el porcentaje de gasto de administración y una nueva metodología para el cálculo de la UPC basada en la gestión de riesgos futuros y un pool único de afiliados. Asimismo, se incluyen las prestaciones de servicios, en relación con las redes y las cuotas moderadoras. Por otra parte, se presenta una propuesta de mediano plazo asociada con las licencias de maternidad de las madres afiliadas al sistema. Y, finalmente, se definen incentivos para mejorar la oportunidad en el reporte de información por parte de las aseguradoras del sistema.

Las relaciones contractuales entre el sistema y los aseguradores definidas procedimentalmente como una relación entre las cuentas del FOSYGA y las EPS, se definen anticipadamente dentro del marco de la delegación de las funciones públicas del aseguramiento en las EPS, de naturaleza pública y privada, en la medida que actúan como agentes descentralizados en el sistema. Inicialmente, en la Ley 100 se definieron las condiciones como las capacidades técnicas y financieras para

responderle al sistema y a los afiliados con las responsabilidades propias del riesgo asegurado y mencionadas explícitamente en el proyecto presentado por cada EPS para obtener su aprobación en términos de capacidades mínimas y máximas de afiliación, la existencia de una red suficiente de servicios, un sistema de afiliación, recaudo y compensación y un sistema de información suficiente para reportarle al sistema los resultados de su gestión, así como un margen de solvencia financiero para responder por los riesgos derivados de la actividad aseguradora. Posteriormente, con la definición de las funciones del aseguramiento en la Ley 1122, se especificaron criterios para la permanencia que fueron definiéndose en términos de condiciones de habilitación, término heredado de los requisitos de calidad aplicables inicialmente para los prestadores. En estas condiciones, las relaciones entre el sistema y las EPS se pueden definir como un contrato implícito relacionado con una cobertura de servicios y riesgos acotados por el plan obligatorio de Salud-POS y un precio por afiliado definido como la unidad de pago por capitación. El contrato implícito fue incorporando elementos adicionales a la UPC, tales como el reconocimiento de pagos por las licencias de maternidad y por la enfermedad general, al principio como una especie de per cápita relacionado con un porcentaje del ingreso base de cotización y después como un sistema de reembolso, de acuerdo con las características particulares de las personas cubiertas por estas protecciones.

Diagrama 1. Macro-procesos



Fuente: Elaboración propia

En las circunstancias actuales los criterios de habilitación financiera no son fijos ni de cumplimiento inmediato para los aseguradores sino que se constituyen en un proceso que les permite salir de los problemas que combinan altas deudas con los prestadores, baja rentabilidad en la operación y casi nula capacidad de capitalización y de endeudamiento de los agentes y sus propietarios. En tal sentido, se trata de normas y de requisitos adaptativos para salir de la coyuntura y no de condiciones que puedan definirse como barreras de entrada y barreras de salida en el aseguramiento obligatorio.

La Ley Estatutaria, y hoy dos años después, con la llamada eliminación del POS, define la responsabilidad y el riesgo amparado en términos de un plan implícito de beneficios, definido con criterios de necesidad en la relación médico-paciente y un plan explícito de exclusiones; es necesario pensar en una forma de ajustar el cálculo de la UPC como un proceso de transición de la metodología actual de suficiencia de UPC-POS de un valor esperado de un riesgo futuro. Si el seguro cambia de la modalidad de reembolso a la modalidad de gestión futura del riesgo habrá que pensar en nuevas normas globales que combinen las barreras de entrada y de salida con los mecanismos de ajuste de riesgos relacionados con las complejidades de la enfermedad y las tecnologías y el nivel complejidad de las atenciones, lo que implica construir un sistema más amplio que la habilitación financiera propiamente dicha, que combine las reglas de entrada, permanencia y salida en condiciones de gran capacidad técnica, sistemas de propiedad claros, formas de financiamiento de la operación y sistemas especiales de reservas técnicas y financieras para responder por situaciones futuras.

2.2.1 Afiliación

En aras de disminuir la desigualdad en las coberturas y condiciones de prestación, es necesario converger hacia un proceso de unificación de las fuentes de financiamiento caracterizado por su mancomunación y coberturas amparadas y/o excluidas. La realidad del sistema de financiamiento ha cambiado la composición de las fuentes, principalmente en el Régimen Contributivo, mediante la sustitución de la cotización parafiscal por impuestos de destinación específica, como el CREE, y por impuestos generales como el IVA. De mantenerse esta tendencia, la transición del Régimen Contributivo y Subsidiado hacia un Régimen Único de afiliación y la sustitución de la parafiscalidad a la tributación, favorece el tránsito a un modelo en el cual los aportes de la población se efectúen de acuerdo a un ingreso base de tributación, relacionado con los ingresos de las personas, las utilidades de las firmas y los consumos de los hogares, así como a los usos de los servicios en función de las de las necesidades de salud determinadas, de acuerdo con la Ley Estatutaria, en la relación médico paciente.

Actualmente, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con el Sistema Integral de Información de la Seguridad Social - SISPRO, cuenta con 44.3 millones de afiliados, de los cuales 21.8 millones pertenecen al Régimen Contributivo y 22.5 millones al Régimen Subsidiado²³, logrando una cobertura cercana al 96 por ciento, bajo un esquema de acceso al Sistema según la relación laboral del afiliado y su capacidad de pago en calidad de cotizante. Cuando la persona no cumple estos criterios y carece de capacidad de pago para contribuir, puede ser beneficiaria del Régimen Subsidiado. La movilidad ya no se deberá tener en cuenta, ya que como se habla en el desarrollo de esta propuesta y en las implicaciones normativas, en el Régimen Único se eliminaría esta figura.

Afiliados 2016



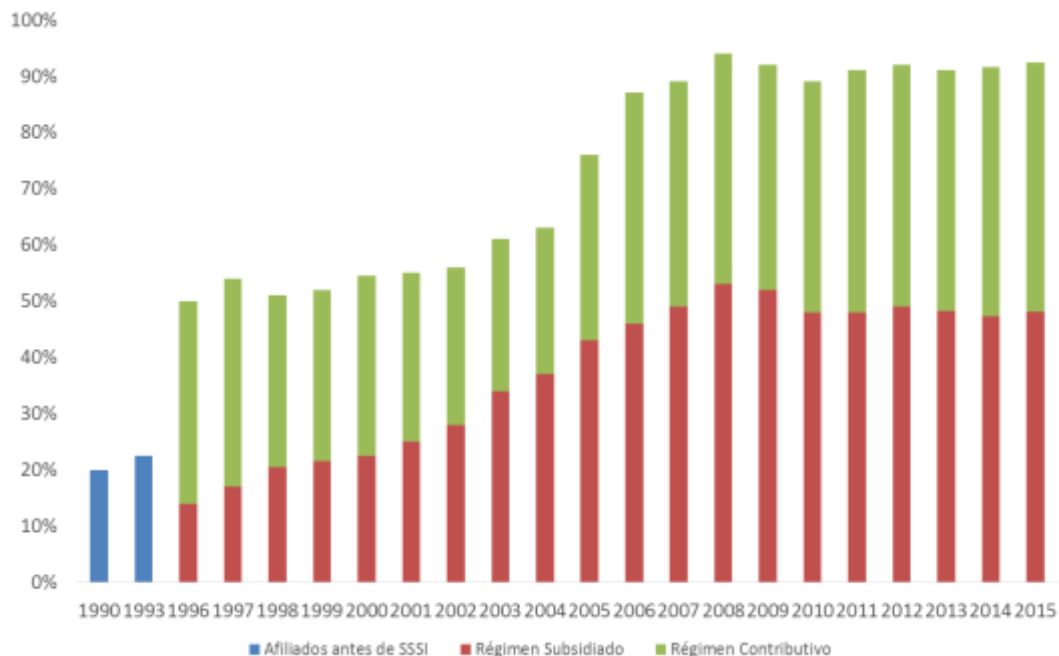
Fuente: SISPRO. Elaboración propia.

En el siguiente gráfico, es posible ver que la cobertura ha crecido de forma sostenida en el tiempo, alcanzando el 96 por ciento que ya se mencionaba. De esta manera, se considera que en Colombia el SGSSS ha alcanzado la cobertura universal, si bien existe un faltante de afiliaciones para lograr la cobertura total que se estima en aproximadamente 747.428 personas²⁴, categorizadas como Población Pobre No Asegurada (PPNA) y cuya afiliación ahora es obligatoria, según los términos del artículo 17 del reciente Decreto 2353 de 2015.

²³ Consultado en Agosto de 2016. <http://www.sispro.gov.co/>

²⁴ (Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones., 2015)

Gráfica 1. Cobertura Histórica del SGSSS (1990-2015)



Fuente: DGRESS - Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Teniendo en cuenta las tendencias observadas en materia de densidad familiar²⁵, según el Boletín de Seguridad Social del Ministerio de Hacienda y Crédito Público²⁶, de forma creciente son cada vez más los afiliados cotizantes en proporción a los beneficiarios, es decir, los nuevos cotizantes tienen menos beneficiarios a su cargo. Podría esperarse que la mayor parte de los individuos que aún no están asegurados, se afiliaran en calidad de cotizantes. Asimismo, vale la pena destacar que de acuerdo con la Ley 100 de 1993, al Régimen Subsidiado pueden pertenecer todas las personas clasificadas en los niveles 1 y 2 del SISBEN (e incluso del nivel 3 si ya estaban en el Régimen Subsidiado, previa la entrada en vigencia de la Ley 1122 de 2007), incluyendo a la población indígena, desmovilizados del conflicto armado y población Rom, presumiblemente grupos que en su mayoría conforman la PPNA. Adicionalmente, y dado que sólo deben cotizar de forma obligatoria al Sistema de Protección Social aquellos individuos con capacidad de pago, entendido esto como el hecho de recibir ingresos mensuales de al menos un salario mínimo mensual legal

²⁵ Entendida como la proporción de afiliados en el Régimen Contributivo por cada cotizante.

²⁶ El Volumen 5 del Boletín de Seguridad Social es la última versión disponible al público de los Boletines de Seguridad Social del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/faces/oracle/webcenter/portalapp/pages/seguridadsocial/boletines.jspx?_afLoop=2657660867360648&_afWindowMode=0&_afWindowId=5oquzzuxn_22#!%40%40%3F_afWindowId%3D5oquzzuxn_22%26_afLoop%3D2657660867360648%26_afWindowMode%3D0%26_adf.ctrl-state%3D1bfgxms6vh_25

vigente en cualquier actividad económica, a buena parte de la PPNA no se le podrá exigir la realización de ningún tipo de aporte al ingresar al Sistema.

De esta forma, resulta evidente que la normatividad vigente vincula de forma directa el Sistema de Protección Social con el mercado laboral, al establecer como criterio generador la existencia de ingresos laborales, lo cual provoca distorsiones importantes en el empleo y en las posibilidades de formalización de los trabajadores colombianos. Prueba de ello fue la creación, mediante la Ley 1607 de 2012, de la Contribución Empresarial para la Equidad (CREE) que sustituyó para algunos empleadores los aportes que realizaban a la seguridad social de sus empleados dependientes, reemplazándolo por un impuesto directo a las utilidades y desligando, al menos en parte, la vinculación laboral de los costos adicionales derivados de los parafiscales. La reforma tributaria aprobada recientemente confirma la tendencia a sustituir cotizaciones sobre la nómina por impuestos sobre el ingreso, las utilidades y los consumos, socavando las reglas que definen el Régimen Contributivo porque en cierta manera reciben subsidios provenientes de impuestos, algo así como un Régimen Contributivo-Subsidiado y un Régimen Contributivo y muchos excepcionados. No obstante, hoy las reglas de asignación de tributos y de recursos del presupuesto nacional dejan de estar basadas exclusivamente en la focalización y la pobreza, dando paso a un esquema de financiamiento de los no pobres afiliados a los regímenes contributivos.

En ese contexto, debe hacerse concordante la realidad del financiamiento con modificaciones legales normativas, con la creación de un Sistema Único de Afiliación a la seguridad social que elimine la segmentación entre regímenes, eliminando las desigualdades sociales dadas por dicha división, basado en un impuesto general, donde la regla de pagos por la afiliación esté en función de un sistema de ajuste por riesgos esperados y no por las características particulares de los regímenes, en una realidad que desde el punto de vista del financiamiento parece injustificable. El proceso, al separar las fuentes de financiamiento de las coberturas amparadas o de las prestaciones excluidas, permite aplicar la regla de la igualdad y no la regla de la inclusión condicionada por las capacidades de pago.

La propuesta del macro-proceso de afiliación busca desligar el nexo existente entre la contribución de los ciudadanos al Sistema definida por la relación laboral y sus ingresos, con el acceso y uso del Sistema de Salud, así como acabar con las garantías exclusivas de algunos beneficios. Por ello, y siguiendo la tendencia del Sistema de Salud hacia la financiación con impuestos generales, la población afiliada se dividirá en 3 grupos que impulsaran la progresividad, disminuirán las desigualdades, eliminarán las distorsiones y externalidades negativas sobre el mercado laboral. Específicamente, el esquema de cotizaciones del Sistema debería modificarse reglamentariamente de manera que: 1) los ciudadanos con una relación laboral (dependientes o independientes) puedan ir transformando paulatinamente

sus cotizaciones en impuestos de acuerdo con su capacidad de tributación, pero dicha condición no será determinante para la entrada al Sistema, ni generará beneficios especiales ²⁷ ; 2) las personas con ingresos mayores a un nivel determinado ²⁸ , lo que significa una capacidad de tributación mayor, pagarán impuestos de acuerdo con sus obligaciones tributarias establecidas por las reformas tributarias, de los cuales se destinarán, en un proceso de asignación de gasto, un porcentaje para financiar al sistema de salud; 3) personas sin capacidad de pago para cotizar ni pagar impuestos, ya sea porque son desempleados o estudiantes mayores de 25 años, o pobres, por ejemplo, serán protegidos en la medida en que no posean capacidad de tributación, pero estarán afiliados en la medida que los impuestos no definen una relación directa entre pagos y protecciones.

Lo anterior significa que, en el marco del aseguramiento, Colombia avanzaría de la parafiscalidad y la segmentación, hacia la igualdad y la tributación, en la cual se evidencia dichos avances especialmente para el Régimen Contributivo. En 1993, con la entrada en marcha de la Ley 100, el Régimen Contributivo se financiaba únicamente con las cotizaciones de trabajadores y empleadores, luego en el 2008 para el mismo régimen se dio inicio a un periodo de parafiscalidad modificada donde los recursos del régimen son resultado del CREE y las cotizaciones de los empleados. Pero en el 2017 el escenario cambia de nuevo, debido a la transformación del impuesto sobre las utilidades de las empresas (CREE), a través de la reforma tributaria, a un impuesto sobre la renta y complementarios de las personas jurídicas, así como la generación de nuevos recursos esperados del monotributo, lo que va completando el ciclo de transformar las contribuciones por impuestos y en el futuro habrá que transformar las cotizaciones de los trabajadores también por impuestos en función de la estructura tributaria y no en función de la cotización obligatoria. No parece justo que, mientras se van eliminando las cotizaciones para las firmas, se sostengan las cotizaciones para las personas naturales. La Ley 1819 de 2016 Art 916 lo menciona así:

“Destinación específica del componente de impuesto nacional del monotributo. El recaudo del componente del impuesto nacional del monotributo se destinará a la financiación del aseguramiento en el marco del Sistema General de Seguridad Social, en Salud y en Riesgos Laborales. Para el primer caso, los recursos se presupuestarán en la sección del Ministerio de Salud y Protección Social, y serán transferidos a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, creada en los artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2015. En el segundo caso, los recursos serán transferidos al Fondo de Riesgos Laborales, creado en el artículo 88 del Decreto-ley 1295 de 1994.”

²⁷ Cuando se habla de beneficios especiales, se hace referencia a las prestaciones económicas o a las coberturas del plan de beneficios que en algún momento existió.

²⁸ En 2017 el valor sobre el cual se empieza a pagar impuesto sobre la renta es de \$3.717.000

Terminado el proceso de mancomunación de las fuentes de financiamiento es necesario avanzar en la unificación de los beneficios o de las exclusiones, especialmente en el tratamiento y definición, en primer lugar, de las licencias de maternidad, y posteriormente, de las incapacidades por enfermedad general como prestaciones económicas cuando se derivan de necesidades de salud tales como el embarazo y el parto, así como la severidad de algunos problemas de salud que requieren para su recuperación del descanso y de atenciones especiales que involucran restricciones de las actividades diarias y en especial de las laborales.

La capacidad o no de contribución, que se realiza a partir de la ficha de clasificación socio económico, debería separarse del proceso de afiliación. En este sentido toda la población colombiana debería afiliarse al sistema por su condición de ciudadano y así, al afiliarse al sistema y no a un asegurador, los procesos de focalización de la capacidad de contribución se separan de los de afiliación.

2.2.2 Contratación

Los mecanismos de contratación y pago no son exclusivos de un régimen de afiliación. Por tanto, el trabajo actual de unificación de la operación de los regímenes contributivo y subsidiado no profundiza en estos aspectos.

Hay que entender que las diferentes formas de contratación y pago tienen incentivos, tanto en eficiencia como en calidad, y no existe un mejor o peor sistema de mecanismo de pago, sino que hay que utilizarlo para generar una serie de incentivos que corrijan la falla de la operación en esos territorios.

En esta propuesta se contempla, por un lado, incentivar el pago por la prestación de los servicios en salud a las IPS a públicas estará sujeto al logro de los objetivos alcanzados en los indicadores de cobertura efectiva. Y por el otro, manejar dos posibles escenarios relacionados con la contratación pública: uno propondría reducir el porcentaje en la obligatoriedad de la contratación de todas las EPS con los prestadores públicos; y el segundo, eliminar los porcentajes de obligatoriedad.

La forma en que se encuentra configurado el Sistema de Salud hoy en día condiciona a las EPS del Régimen Subsidiado a cumplir con un porcentaje de gasto en salud en la prestación de servicios con la red de atención pública, mientras que las EPS del Régimen Contributivo gozan de mayor libertad a la hora de elegir sus proveedores de servicios, ya que no cuentan con dicha obligatoriedad. La Ley 1122 de 2007 en el artículo 16 define la obligatoriedad en la contratación así: *“Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado,*

siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta por ciento (60%). Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas. Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESE escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutive y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas."

La brecha en las condiciones de la contratación y el proceso de unificación de regímenes que se ha venido dando desde el año 2009, ha generado cierto tipo de selección por parte de algunas EPS que, de origen, solo afiliaban cotizantes al Régimen Contributivo, ya que así pueden evitar que su población afiliada, por movilidad y beneficiaria del Régimen Subsidiado, supere el 10 por ciento²⁹, pues de lo contrario deberían acatar también las reglas de este régimen y, por ende, empezar a cumplir, por ejemplo, con la obligatoriedad de la contratación del 60 por ciento con IPS públicas.

Lo anterior evidencia diferencias importantes en este macro-proceso que deben ser suavizadas para evitar incentivos negativos en la afiliación a una u otra EPS. Por ello, se plantean dos escenarios: uno, disminuir los porcentajes de contratación para el Régimen Único, o dos, eliminar dicha restricción para todas las aseguradoras del Sistema. Entonces, en primer lugar el hecho de disminuir los porcentajes de contratación permite proteger la existencia de los hospitales públicos, lo que garantiza una institucionalidad en la prestación, a pesar de los cuestionados estándares de calidad en estas instituciones (Ardón Centeno, y otros, 2004). Esta medida también beneficia la protección en la inversión que se ha hecho en los hospitales públicos, como patrimonio de la sociedad financiado por los impuestos de la población e instituciones que se preocupan por dar garantía a los derechos colectivos de la ciudadanía, en especial en las zonas dispersas con poca oferta de red. En consecuencia, se propone reducir inicialmente el porcentaje de obligatoriedad en la contratación de todas las EPS del sistema con los prestadores públicos, y hacer que esta exigencia se cumpla siempre que la red del lugar de operación de la EPS tenga la oferta disponible.

Por otra parte, y en defensa de la libre competencia que incentiva mejores estándares de calidad, se plantea el segundo escenario en el cual la obligatoriedad en la contratación se elimina, es decir, las EPS del Régimen Único no tendrían el deber de contratar el 60% de su red con las IPS públicas. Estas últimas pasarían a ser protegidas

²⁹ Al revisar los registros del BDUA, con corte a diciembre de 2016, se encuentra que las EPS del Régimen Contributivo afilian máximo al 6% de los individuos pertenecientes al Régimen Subsidiado, al igual que las EPS del Régimen Subsidiado quienes también afilian hasta el 6% de personas del Régimen Contributivo, entre ellas se encuentran aseguradoras como SALUDVIDA S.A. EPS y CAPRESOCA EPS.

de alguna forma por el MIAS, modelo configurado a partir de redes de prestación de servicios en las regiones, habilitadas por las Entidades Territoriales, con las cuales las aseguradoras deberán contratar. En este sentido, las Entidades Territoriales al asegurar la participación de las IPS públicas que ellas consideren cumplen con los criterios de habilitación, permiten a estas prestadoras hacer parte del abanico de contratación, esta vez en función de la calidad y precios ofrecidos, lo que incentivará prácticas más eficientes en la prestación para la población y la permanencia de la red pública en el Sistema.

De igual manera, dado que algunos prestadores públicos tendrán el beneficio de ser contratados bajo esta modalidad y en pro de mejorar los estándares de calidad en ellos, inicialmente se propone que un porcentaje del pago por la prestación de sus servicios esté sujeto al pago por resultados, medidos por los indicadores de cobertura efectiva, que se explicarán a continuación, y los niveles objetivos que deban ser alcanzados serán establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dadas las necesidades de la población, el contexto geográfico, entre otras variables que el regulador considere relevantes. La ventaja de manejar un modelo de resultados por indicadores de cobertura efectiva es la de medir los resultados intermedios y no finales, permitiendo hacer un juicio más objetivo de la efectividad en las intervenciones, dando prioridad a la atención de necesidades en una etapa evitable que aumenta la probabilidad de obtener mejores resultados al final del ejercicio y reducen el sesgo que se pueda dar con los resultados finales, ya que estos no siempre son evitables y constituiría un error castigar a la institución bajo estos parámetros. Esta propuesta también guarda el interés de conducir el sistema hacia el modelo de pago por desempeño, en busca de mejorar la calidad de la prestación en todos los niveles a través de incentivos y mecanismos de competitividad.

La cobertura efectiva, según Martínez et. al. (2011), resume e integra la información sobre el acceso de la población a los servicios requeridos. Esta cobertura, a la que llaman *cobertura cruda*, está asociada con tres conceptos: la cobertura de las acciones en salida, la utilización de atención y, por último, el acceso a los servicios. Los indicadores que permiten medir la cobertura efectiva son muy útiles para orientar las decisiones de política pública en salud, ya que poseen una sensibilidad que facilita determinar a quién dirigirse en la detección, atención y tratamiento de los problemas de salud (Martínez, y otros, 2011).

Para implementar este sistema de indicadores, es necesario tener definidas intervenciones trazadoras y en el estudio de Martínez et. al (2011) se toman tres grupos y las siguientes intervenciones: salud infantil, cuyas intervenciones son vacunación, lactancia y control del niño sano; de salud de la mujer se seleccionan el control prenatal, atención del parto y detección del cáncer cervico-uterino y de mama; y por último, para la salud del adulto en las enfermedades crónicas como la

hipertensión, la diabetes y la hipercolesterolemia, se mide la cobertura efectiva de su correspondiente tratamiento.

Para el cálculo de los indicadores se tienen en cuenta tres dimensiones que se pueden medir con las fuentes que se exponen a continuación:

- Medición de la necesidad de la salud: establecida por la normatividad, biomarcadores o pruebas de desempeño.
- Medición de utilización: auto reporte sobre atención en las encuestas de hogares, inventario de medicamentos, registro de realización de intervenciones, biomarcadores.
- Medición de la calidad: medidas de procesos, tasas de mortalidad, auto reporte.

En la siguiente tabla se muestra cada grupo de indicadores con sus respectivas intervenciones y la forma en que se miden en términos de cobertura efectiva. Esta propuesta se basa en la idea de que las aseguradoras, entidades territoriales, y en un futuro la Entidad Administradora de Recursos -ADRES, cuenten con unos estándares para cuantificar el desempeño de los prestadores públicos y de esta forma condicionar el pago del 30 por ciento según su desempeño.

Esta medida ayudaría a reducir costos en el Sistema de Salud por medio de las mejoras en la calidad de la prestación como incentivo sujeto al pago, hecho que se esperaría afecte de manera positiva el estado de salud de la población y, por lo tanto, una disminución en los gastos de enfermedades prevenibles o tratadas a tiempo, como lo mencionan Peabody, Taguiwalo, Roba, & Frenk (2006), quienes resaltan la importancia de mejorar las prácticas clínicas y la calidad de la prestación, sin embargo, reconocen que este proceso puede tomar tiempo. En efecto, mencionan que indiscutiblemente un progreso en la calidad puede mejorar el estado de salud de la población más rápidamente que otros determinantes, como el crecimiento económico, mayor nivel de educación o nuevas tecnologías. Exaltan además el reto que representa para los sistemas de salud alinear incentivos y objetivos que midan la calidad.

Tabla 3. Propuesta indicadores de cobertura efectiva

Grupo	Intervención	Cobertura	Necesidad	Utilización	Calidad
Salud Infantil	BCG (oportunidad)	Se define como la proporción de niños que fueron vacunados con BCG durante el primer mes de vida (30 días).	Niños menores de 30 días. Medida en términos de la fecha de vacunación reportada en la tarjeta.	Para efectos de este trabajo se tuvieron en cuenta los menores de 5 años que fueron vacunados durante el primer mes de vida (30 días), de acuerdo con la fecha de la	No se cuenta con información.

Grupo	Intervención	Cobertura	Necesidad	Utilización	Calidad
				tarjeta de vacunación.	
	DPT o Pentavalente (oportunidad)	Definida como la proporción de niños que fueron vacunados a los 8 meses de vida con tercera dosis de DPT o Pentavalente.	Niños mayores de 6 meses, ya que a partir de esta edad deben contar con la tercera dosis de la vacuna. Para este trabajo se determinó un periodo "ventana" de 2 meses para realizar los cálculos, es decir, niños de 8 meses.	Medida en términos de fecha de vacunación reportada en la tarjeta. Se tuvieron en cuenta los menores de 5 años que fueron vacunados con tercera dosis de DPT o Pentavalente a los 8 meses de vida.	No se cuenta con información.
	VOP (oportunidad)	Definida como la proporción de niños que fueron vacunados a los 8 meses de vida con tercera dosis de VOP.	Niños mayores de 6 meses, ya que a partir de esta edad deben contar con la tercera dosis de la vacuna. Para este trabajo se determinó un periodo "ventana" de 2 meses para realizar los cálculos, es decir, niños de 8 meses.	Medida en términos de fecha de vacunación reportada en la tarjeta. Se tuvieron en cuenta los menores de 5 años que fueron vacunados con tercera dosis de VOP a los 8 meses de vida.	No se cuenta con información.
	Sarampión (oportunidad)	Definida como la proporción de niños que fueron vacunados a los 15 meses contra sarampión.	Niños menores de 15 meses.	Medida en términos de la fecha reportada en la tarjeta de vacunación. Se tuvieron en cuenta los menores de 5 años que fueron vacunados contra sarampión a los 15 meses de vida.	No se cuenta con información.
	Lactancia materna	Proporción de niños menores de 6 meses con lactancia exclusiva.	Niños menores de 6 meses.	Reporte de lactancia exclusiva en madres entrevistadas.	Medida en términos de desarrollo de enfermedad diarreica aguda (EDA) e infección respiratoria aguda (IRA).
Salud de la mujer	Control prenatal	Proporción de mujeres que durante el embarazo más reciente (en los últimos 5 años) asistieron al menos a cuatro controles prenatales de calidad, es decir, que les hubiesen tomado tensión arterial, les hubieran ordenado exámenes de sangre y orina, les	Mujeres que durante los últimos 5 años estuvieron en embarazo (último embarazo).	Mujeres que durante su último embarazo asistieron al menos cuatro veces a control prenatal de calidad.	Medida en términos de bajo peso al nacer.

Grupo	Intervención	Cobertura	Necesidad	Utilización	Calidad
		hubieran medido el peso, fetocardia y altura uterina.			
	Atención del parto por personal calificado	Proporción de mujeres que durante su último parto fueron atendidas por personal calificado (médico, enfermera, obstetra, personal de salud).	Mujeres que en los últimos cinco años dieron a luz (último parto).	Mujeres que durante el último parto (últimos cinco años) fueron atendidas por personal calificado.	Medida en términos de complicaciones durante el parto o mortalidad materna.
	Atención del parto institucional	Proporción de mujeres que durante su último parto (últimos cinco años) fueron atendidas en una institución de salud.	Mujeres que en los últimos cinco años dieron a luz (último parto).	Mujeres que durante el último parto fueron atendidas en una institución de salud.	
	Detección de cáncer cervicouterino	Proporción de mujeres a las que durante el último año les practicaron una citología. En los países donde fue posible obtener información sobre tratamiento, la cobertura efectiva se definió como la proporción de mujeres que fueron tratadas luego de encontrar un resultado positivo durante el diagnóstico.	Mujeres entre 15 y 49 años. (Para este indicador se diferenciaron los siguientes grupos de edad: mujeres menores de 25 años, entre 25 y 49 años y mayores de 50 años).	Mujeres entre 15 y 49 años a quienes les practicaron citología durante el último año.	Medida en términos de la proporción de mujeres que han tenido resultados anormales y que han sido tratadas.
	Detección de cáncer de mama	Proporción de mujeres de 40 a 49 años a las que durante el último año les practicaron una mamografía.	Mujeres entre 40 y 49 años	Mujeres entre 40 y 49 años a quienes les practicaron mamografía en el último año.	Medida en términos de mujeres que han tenido resultados anormales y que han recibido tratamiento.
Salud del adulto (enfermedades crónicas)	Tratamiento de hipertensión arterial	Proporción de personas entre 18 y 69 años con diagnóstico de hipertensión arterial (>140/90) que se encuentran en tratamiento y que están controlados.	Personas entre 18 y 69 años diagnosticadas con HTA.	Personas diagnosticadas con HTA que se encuentran en tratamiento farmacológico.	Medida en términos de los pacientes diagnosticados con HTA que se encuentran en tratamiento y que están controlados.
	Tratamiento de diabetes	Proporción de personas entre 18 y	Personas entre 18 y 69 años	Personas diagnosticadas con	Medida en términos de los

Grupo	Intervención	Cobertura	Necesidad	Utilización	Calidad
		69 años diagnosticados con diabetes (glucemias superiores a 126 mg/dl) que se encuentran en tratamiento y que además están controlados.	diagnosticadas con diabetes.	diabetes que se encuentran en tratamiento farmacológico.	pacientes diagnosticados con diabetes que se encuentran en tratamiento y que están controlados.
	Tratamiento de hipercolesterolemia	Proporción de personas entre 18 y 69 años con colesterol superior a 200 mg/dl que se encuentran en tratamiento y que además están controlados.	Personas entre 18 y 69 años diagnosticadas con hipercolesterolemia.	Personas con cifras de colesterol superiores a 200 mg/dl que se encuentran en tratamiento.	En términos de pacientes diagnosticados que se encuentran controlados.

Fuente: Martínez, y otros, 2011.

El éxito del pago por desempeño y del logro en el cumplimiento de los indicadores de cobertura efectiva, está también en el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud y de las actividades colectivas extramurales e intramurales que se lleven a cabo en los territorios, gracias a la gestión de las Entidades Territoriales y las EPS, con el propósito de mantener la población sana. Claro está, que hay distintos tipos de enfermos y los agentes responsables deben responder de manera oportuna y adecuada para que su salud no se deteriore más y los costos no aumenten en gran medida.

2.2.3 Financiamiento

2.2.3.1 Unificación de fuentes de financiación

El proceso de unificación de las fuentes de financiamiento hace referencia a la separación del financiamiento con el aseguramiento propiamente dicho y en tal sentido se considera que existen diferentes fuentes de recursos y un solo sistema de aseguramiento para generar condiciones de cumplimiento a la Ley Estatutaria de separar la capacidad de pago de las coberturas y condiciones de operación del aseguramiento en términos de igualdad y de derechos.

La unificación de las fuentes, definido como un proceso de mancomunación que tiene por objeto la separación del origen de los recursos de las aplicaciones en términos de coberturas de beneficios y prestaciones, en una bolsa común, es la condición necesaria para la unificación de los regímenes y de la creación de un sistema único universal de seguros basado en el derecho de la salud como una forma de superar la combinación de los esquemas tradicionales de seguridad social establecido en cotizaciones provenientes de la relación laboral con sistemas

asistenciales, con recursos provenientes de los impuestos. Hoy por hoy, la idea del contributivo asociado a cotizaciones obligatorias de trabajadores y patronos no es la única forma de financiar el régimen contributivo que hoy tiene aportes generados a través de impuestos, algo así como un régimen contributivo subsidiado y el régimen subsidiado está basado en una norma de focalización relacionado con la pobreza; para ser consistentes, las formas de financiamiento tienen una naturaleza basada en reglas plurales y una asignación de recursos basada en reglas universales de igualdad y equidad relacionadas con el goce efectivo del derecho a las salud. De no hacerlo, existirían muchos criterios de asignación de la seguridad social que entran en contradicción cuando se sostienen regímenes segmentados de seguros obligatorios.

El proceso de unificación de las fuentes le da autonomía e identidad a la función del financiamiento separada de la función del aseguramiento para que esta última se convierta en un puente entre el financiamiento y la prestación, tal como lo expresan Londoño y Frenk en el concepto de pluralismo estructurado.

La existencia de una función de financiamiento independiente requería de una entidad que realice funciones especializadas y en tal sentido la creación de ADRES es un avance en términos de autonomía técnica y financiera para recaudo de segundo piso³⁰, en la medida en que cada fuente tiene recaudadores primarios como condición para la mancomunación y la gestión unificada de los beneficios y el pago de las obligaciones derivadas del aseguramiento obligatorio. Los procesos administrativos propios y personería jurídica de la ADRES, tal como los establece su marco legal y normativo, debe ser desarrollado en términos operacionales y tecnológicos, de tal forma que le responda al Sistema y a los agentes por las obligaciones financieras en el Sistema tal como se establece en el Plan de Desarrollo del Gobierno.

La creación y puesta en funcionamiento (Aplazada para el mes de agosto de 2017) de la *Entidad Administradora de Recursos (ADRES) se orienta en primer lugar a la garantía de una protección financiera global en el sistema, más allá de los regímenes y sus aplicaciones como garantía de la aplicación de los criterios de igualdad y sostenibilidad de mediano plazo para los afiliados al Sistema de Salud colombiano, así como romper con la relación existente entre las fuentes y las aplicaciones de los recursos en regímenes segmentados, disminuir las barreras que dificultan el flujo de recursos y fortalecer el control directo del Estado sobre dicha administración, permitiendo una mayor agilidad en el manejo financiero de los recursos y con ello un funcionamiento más eficiente y autónomo de la función de financiamiento.*

³⁰

La imagen equivalente que pudiera servir de comparación en el marco institucional colombiano lo constituyen los denominados bancos o instituciones de segundo piso.

Una de las divergencias más importantes entre los regímenes es la idea de la relación laboral como condición para pertenecer al contributivo o al subsidiado. Este hecho ha hecho mella en el financiamiento y por ende se ha consolidado como una de las desigualdades más importantes del sistema, debido a que se ha configurado un vínculo entre las fuentes de financiación y la prestación de los servicios para un régimen u otro. La eliminación de esta desigualdad depende de la ruptura de este lazo, por medio de la unificación del recaudo, la mancomunidad y giro de recursos a un Régimen Único.

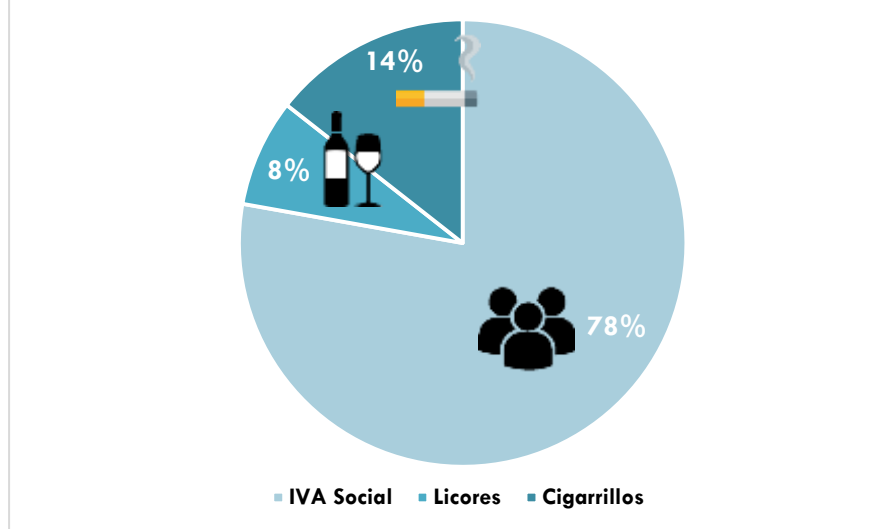
En este sentido, el Gobierno actual ha avanzado en la iniciativa de reorganizar el recaudo y mancomunar las distintas fuentes de origen parafiscal y fiscal, cotizaciones obligatorias e impuestos de recaudo centralizado y descentralizado, en una sola Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud³¹ –ADRES– por medio de la Ley 1753 de 2015. Esta Ley, más conocida como la Ley del Plan Nacional de Desarrollo, crea condiciones para garantizar globalmente la protección financiera general de los hogares y la universalización del seguro en condiciones de igualdad. Además, esta Entidad administrará, entre otros, los recursos provenientes de las cotizaciones de los afiliados, los recursos del Impuesto sobre la renta y complementarios de las personas jurídicas, los recursos del Sistema General de Participaciones y aquellos propiedad de las Entidades Territoriales, así como los recursos del Presupuesto General de la Nación asignados para garantizar la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios.

Este proceso de mancomunidad de fuentes se vio facilitado, en un inicio, con la creación del impuesto sobre la renta para la equidad, CREE³², un aporte de las sociedades y personas jurídicas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta que busca beneficiar a los trabajadores, generar empleo, y aumentar la inversión social (Reforma tributaria, 2014). En compañía del proceso de solidaridad de la Ley 100, constituyen un campo de parafiscalidad modificada en donde los Contributivos se cofinancian con impuestos y los Subsidiados se financian con solidaridad proveniente de las cotizaciones del Régimen Contributivo, además de recursos provenientes de impuestos nacionales, especialmente del Sistema General de Transferencias a las Entidades Territoriales y con Recursos de Esfuerzo Propio de los territorios.

³¹ Regulada, como se profundiza más adelante por los Decretos 1429, 1430, 1431 y 1432 del 2016.

³² De acuerdo con la mencionada Ley, estarán exonerados de la cotización al Régimen Contributivo de Salud de la que trata este artículo *los empleadores, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, por sus trabajadores que devenguen hasta diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes.*

Ilustración 4. Recursos esperados para el sector salud, Reforma Tributaria 2016



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2017).

Más adelante con la Reforma Tributaria, Ley 1819 de 2016, se da continuidad al proceso de transformación de la parafiscalidad en tributación e impuestos para el Régimen Contributivo, mediante la sustitución de los aportes de los empleadores por impuestos, antes de destinación específica como lo hizo el CREE, ahora por impuestos sobre la renta y complementarios de las personas jurídicas sobre las cotizaciones de los aportes patronales de los trabajadores que ganaban menos de 10 SMLV, sumado al Presupuesto General de la Nación, tributación al consumo (IVA social) e impuestos sobre los licores y los cigarrillos. De estas tres últimas fuentes, se espera recaudar 1.7 billones de pesos, de los cuales el 78% se obtendría del IVA social, el 14% de cigarrillos y el 8% de licores.

Este proceso continúa modificando la naturaleza de las cotizaciones obligatorias y las características del Régimen Contributivo como un régimen de poblaciones específicas relacionadas con el mercado y el contrato laboral, por un régimen mixto en términos de fuentes de recursos, muy diverso en términos de aplicaciones poblacionales.

Aparte de las desigualdades en el financiamiento, se han evidenciado importantes dificultades operativas en la administración de los recursos. La estructura de financiamiento del Sistema y los distintos actores que concurren en la operación y control de los recursos han provocado la estructuración de procesos complejos al interior del FOSYGA, quien maneja cerca de 100 procesos misionales y 30 transversales, unos ejecutados a través de su administrador fiduciario, mientras otros son contratados con firmas especializadas y los restantes son administrados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Los principales costos y complejidades

asociados a la operación del FOSYGA se derivan de la administración fiduciaria, la recepción y revisión de recobros y reclamaciones.

Por otra parte, en los últimos años el control de los recursos se ha venido dando de manera centralizada, respetando la titularidad territorial de los mismos y las fuentes financiadoras del SGSSS, lo que ha facilitado el pago, giro o transferencia oportuna de los recursos desde un mismo fondo a sus beneficiarios o destinatarios finales, alcanzando así un mejor flujo de la información y trazabilidad de los pagos de recursos. De igual manera, es fundamental ejercer un control directo de los procesos de mantenimiento, desarrollo y administración del Sistema de Información del FOSYGA, así como la seguridad del mismo, con el objeto de mejorar la oportunidad y calidad en la implementación de las reglas contenidas en las nuevas normas y certificar mayor seguridad en el manejo de la información.

En ese espíritu, y reiterando la importancia de garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se considera pertinente la creación de la ADRES, una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado, del orden nacional, asimilada a una Empresa Industrial y Comercial del Estado. Desde el punto de vista de las especificaciones y características de la función de financiamiento en el sistema como una función independiente de la dirección y del Ministerio de Salud y Protección Social, a la ADRES (Decreto 1429 de 2016) se le dota de independencia técnica y administrativa, y se le da titularidad al proceso mediante la generación de una Entidad con personería jurídica, planta propia y recursos, encargada de gestionar el dinero administrado por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), los recursos que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, así como el recaudo consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP). Se destacan también las rentas cedidas de las Entidades Territoriales, dentro de las que se incluyen los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar (novedosos y localizados) que explota, administra y recauda Coljuegos, y aquellos recaudados por el IVA definidos en la Ley 1393 de 2010. Estos recursos, como establece la Ley 1753 de 2015, serán destinados a la financiación del aseguramiento en el Régimen Subsidiado de Salud. Sin embargo, el presente modelo resalta la necesidad de una mancomunación completa y la transición hacia un Régimen Único, por lo que los recursos que antes pertenecían a una u otra bolsa, ahora harán parte de una sola cuenta de la cual se financiarán los afiliados del sistema sin importar su relación laboral o capacidad de pago.

Adicionalmente, como también señala explícitamente la misma Ley, dado que se suprimirá el FOSYGA, los recursos en mención que administrará la Entidad harán

unidad de caja en el fondo, e incluso en el periodo de transición se podrán utilizar los excedentes de las diferentes Subcuentas del FOSYGA para la garantía del aseguramiento en salud, diluyendo así la existencia de diferentes subcuentas con destinaciones específicas, avance que elimina importantes distorsiones en términos de financiación del Sistema.

Al definir sus funciones se establece como una función central *“Efectuar el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitalización y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud, de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus competencias”* y también *“Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos, y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema”*, además *“se crean las condiciones operativas y administrativas para realizar la mancomunación de las fuentes y garantizar de esta forma la unificación de las coberturas cumpliendo con las características deseables de un sistema de salud justo y equitativo de diversidad en las fuentes y de igualdad en las coberturas de beneficios”*.

Ahora bien, los recursos provenientes del Sistema General de Participaciones (SGP) nacieron como una forma de transferir los recursos de la Nación a las Entidades Territoriales. Por ello, la primera condición de las Entidades Territoriales es la afiliación de las personas al Régimen Subsidiado, mientras la afiliación del Régimen Contributivo es una función nacional y centralizada. En la operación descentralizada del Régimen Subsidiado y el encargo de la Ley 715 de la operación del subsidiado, los recursos son propiedad del municipio y se asignan a las Entidades determinadas competencias para su manejo. Por ende, no se puede desconocer que la unificación traerá consecuencias sobre la Ley 715 en términos de la forma en que se asignan los recursos y la forma como se denominan sus fuentes.

En línea con lo anterior y la entrada en marcha de ADRES, los recursos de salud que son propiedad de los territorios también deben ser agregados por ADRES en su condición de recaudador de segundo piso, sin embargo, continúan perteneciendo al municipio. Pero como el aseguramiento es una responsabilidad conjunta entre la nación y los territorios, se puede pensar en hacer solidaridad territorial y promover incentivos, tal y como lo hace el modelo canadiense de salud. Por ejemplo, a un territorio de pocos recursos y con muchas necesidades, podría plantearse que si aumenta el recaudo de reporte en 1 peso, la nación podría darle 50 pesos adicionales, en un caso hipotético.

Por otra parte, las denominaciones de los recursos del SGP de subsidio a la oferta y a la demanda pueden eliminarse y mantener aquellas que den cuenta de la prestación. También por medio de ADRES, hago un manejo centralizado de las

exclusiones y la atención de la población vinculada por medio de pagos por evento, ganando control sobre los recursos. En este último caso, se espera que el número de personas vinculadas se haga más pequeño, más sin embargo, no puede dejar de considerarse su existencia y en pro del goce efectivo a la salud, es necesario garantizar la financiación de su atención, en este escenario por medio de ADRES.

Para el caso especial de salud pública, la lógica debe seguir manteniendo el orden territorial. Para ello, se sugiere a partir de los ingresos de participación de los ingresos corrientes, hacer una distribución de los recursos a partir de las necesidades específicas de la población, el índice de necesidades básicas insatisfechas, y una serie de características que den cuenta de las particularidades de la zona. De esta manera, los municipios con mayores necesidades según la caracterización, deben recibir más recursos que sean destinados a las actividades de salud pública.

2.2.3..2 Convergencia de las primas diferenciales a una prima única

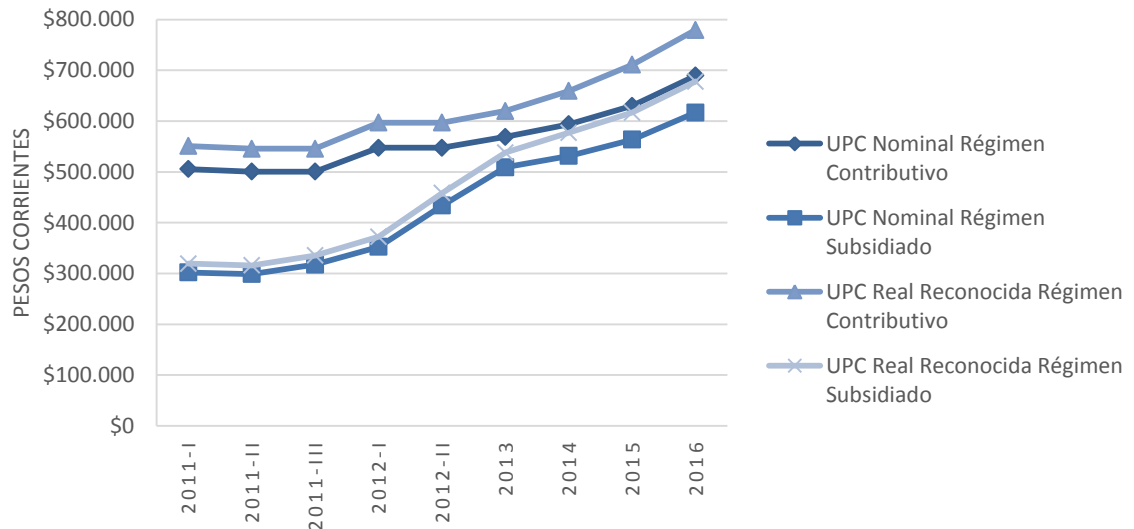
Se propone avanzar en una nueva metodología que permita calcular una UPC para el Sistema y la conformación de un único pool de riesgo con los afiliados al sistema de salud colombiano.

La Unidad de Pago por Capitación “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.” Este valor, definido anualmente, se encuentra vigente en la actualidad según lo dispuesto en la Resolución 5593 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Sin embargo, el primer aspecto que se debe señalar es que la UPC del Régimen Subsidiado no es igual a la UPC del Régimen Contributivo, a pesar de que el Plan Obligatorio de Beneficios (POS) es exactamente el mismo, al menos desde el 1° de julio de 2012. De hecho, aunque el incremento de la UPC en el último año fue igual para los dos regímenes (9,45 por ciento), la UPC nominal del Régimen Contributivo es \$689.508, mientras que la UPC nominal del Régimen Subsidiado es \$616.849, de manera que la igualación de primas puras (entendidas como la UPC descontando el gasto administrativo) alcanza el 91,45 por ciento (que es el porcentaje en que se ha mantenido constante en los últimos años). En cualquier caso, al considerar la UPC real reconocida promedio, que es equivalente a la UPC nominal una vez se han aplicado los ponderadores de sexo, grupo etario y dispersión geográfica, la brecha se amplía y la igualación se ubica en 87,05 por ciento, teniendo en cuenta que la UPC real reconocida (promedio) del Régimen Contributivo es \$779.330 y la UPC real reconocida (promedio) del Régimen Subsidiado es \$678.442, y que estas han

mostrado el comportamiento que se indica en la siguiente gráfica presentada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2016).

Gráfica 2: Valor promedio UPC Real Reconocida, 2011 – 2015.



Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2016) (Basado en Acuerdos de la Comisión de Regulación en Salud, CRES y en Resoluciones de UPC Ministerio de Salud y Protección Social)

► **¿Por qué se diferencian las primas del régimen contributivo y subsidiado en la actualidad?**

Precisamente, en ese contexto, a partir de la sentencia T-760 de 2008 y de su orden de igualar los Planes de Beneficios (en los autos de seguimiento) de los dos regímenes, por razones comerciales de las EPS se han dado múltiples controversias sobre si se debe igualar la UPC de ambos regímenes, alegando su insuficiencia, las que, precisamente, han dado pie a los Autos de Seguimiento 261 y 262 en los que se ordena al "Ministerio de Salud y Protección Social, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a la Comisión de Regulación en Salud [liquidada mediante el Decreto 2560 de 2012] y al Departamento Nacional de Planeación, que elaboren la metodología apropiada para establecer la suficiencia de la UPC-C y de la UPC-S, que debe fundarse en estudios que demuestren contar con la credibilidad y rigorismo técnico necesarios para asegurar que los servicios de salud del POS unificado podrán prestarse eficiente y oportunamente por las EPS-S en las mismas condiciones de calidad que las EPS contributivas, garantizando el equilibrio financiero para tales entidades (...)" y que "hasta tanto (...) deberá entenderse que (...) el valor de la UPC-S será igual al establecido para la UPC del Régimen Contributivo".

Sin embargo, la igualación completa de la UPC de los regímenes no se puede dar si se siguen considerando los dos pools de manera separada, por varias razones. En primer lugar, existen diferencias estructurales entre la población del Régimen Contributivo y Subsidiado, en la medida que la población afiliada al Régimen Subsidiado es sensiblemente más joven que la del Contributivo, tal y como lo muestra el índice de dependencia del estudio de suficiencia de la UPC (2016) donde este es mayor para el Régimen Subsidiado que para el Régimen Contributivo, lo que sugiere una población más joven en el Subsidiado. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

En segundo lugar, existen diferencias fundamentales en frecuencias de uso de los servicios y en los costos medios de atención entre ambos regímenes, siendo mayor el uso en el Régimen Contributivo debido a la ausencia de barreras estructurales de acceso que sí están presentes en el Régimen Subsidiado³³. Por ejemplo, mientras el Régimen Contributivo hace uso de los servicios del sistema en un 85.7%, el Régimen Subsidiado hace uso del 61.8% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). De esta forma, resultaría claro que con la metodología actual se deben obtener dos UPC diferentes para cada uno de los regímenes dado que cada uno de ellos conforma un pool de riesgo por separado, en la medida que el cálculo actuarial, que permite estimar el valor de los costos del POS (es decir, la UPC), depende crucialmente de la frecuencia (histórica) de utilización de los servicios (consultas, medicamentos, hospitalizaciones, etc.) y del costo promedio ajustado de cada uno de estos servicios.

Actualmente, hay diferenciales importantes en la oferta de red entre regímenes en las distintas regiones del país, especialmente en las grandes ciudades donde tiende a agruparse la población, hecho que incide en las diferencias del costo médico y las frecuencias de uso de los servicios, reforzados por la diferencia etaria existente entre ambos grupos de afiliados. De esta manera y citando a Acemi (2013),³⁴ en la población con mayor edad "*se concentra la mayoría de patologías crónicas y de alto costo*" y, por tanto, "*es de esperarse que (...) los costos de prestación sean mayores*", por lo que el hecho de que la población afiliada al Régimen Subsidiado sea, en promedio, más joven que la población del Régimen Contributivo, lleva a esperar menores frecuencias, menor intensidad de uso y menores costos de prestación en el Régimen Subsidiado.

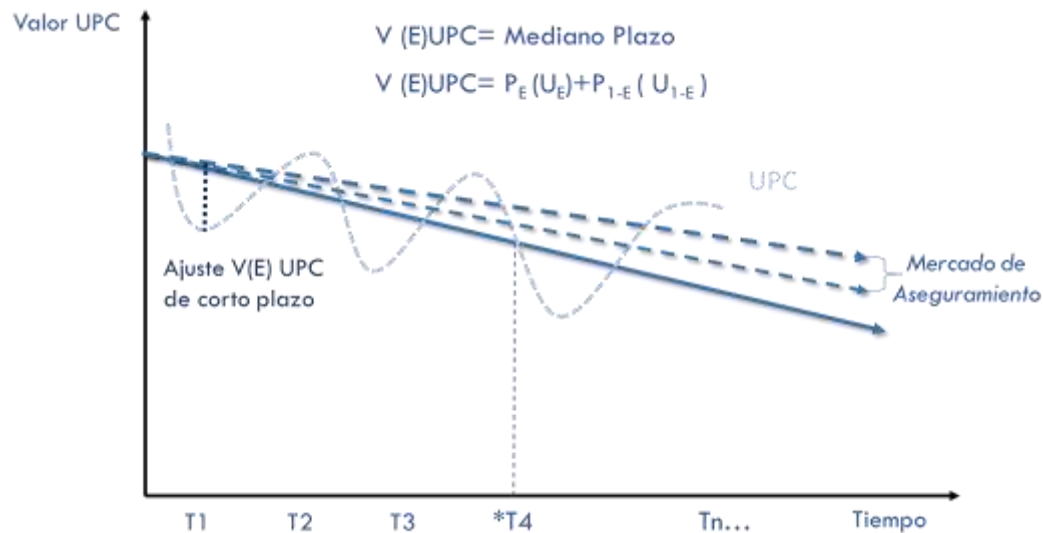
³³. Ejemplo de estas barreras es el hecho de que un afiliado del régimen subsidiado de salud no recibe incapacidades ni licencias médicas de manera que, cuando se acerca a su IPS, no sólo enfrenta el costo del desplazamiento y del tiempo, sino que también, en caso de quedar incapacitado, no tendrá ninguna cobertura ni mecanismo de protección, en contraposición a los afiliados del Régimen Contributivo.

³⁴. Acemi (2013). Cifras e indicadores del Sistema de Salud. Cifras 2008-2011.

De esta manera, salta a la vista que la distinción de la UPC en los regímenes obedece a diferencias en su operación, frecuencia de uso, gastos administrativos y distintos pools de riesgo (uno para cada régimen). Por ello, se hace imperativo una nueva estimación de la UPC en un solo pool de riesgos, agrupador de los intereses económicos, que comprenda el Régimen Único de afiliación para la agrupación conjunta de riesgos, en respuesta también a lo establecido en las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, donde se busca que las brechas entre regímenes sean inexistentes en lo referente a los beneficios en salud y a la forma de acceso a los servicios. Lo anterior implica la eliminación de la movilidad y llevar la unificación hacia un solo pool de riesgo en aseguramiento, a través de la igualación de requisitos de operación y técnicos de habilitación de las aseguradoras del sistema, como estrategia para reducir las desigualdades no deseadas en la prestación y acceso de los colombianos a los servicios de salud, tal como se presenta en esta propuesta.

En correspondencia a la Ley Estatutaria y a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 en la búsqueda por disminuir las desigualdades en el sector salud, la metodología de cálculo de la UPC debería rediseñarse y desarrollarse por medio de un modelo basado en la gestión del riesgo global en salud, en el que se defina un meta en términos del valor esperado de la UPC en el mediano plazo, por ejemplo, para cada periodo de gobierno (4 años), de acuerdo con la eficacia y estabilidad del sistema, con mecanismos de ajuste de riesgo y características individuales de las personas en el corto plazo que, en función del equilibrio del asegurador, permitan hacer las correcciones necesarias para llegar a las metas del mediano plazo. En términos generales, el valor esperado de la UPC $-V(E)_{UPC}$ estará dado como la probabilidad de enfermarse por la utilidad de enfermarse, más la probabilidad de no enfermarse por la utilidad de no enfermarse, $V(E)_{upc} = P_e(U_e) + P_{1-e}(U_{1-e})$, calculado como un valor futuro que se convierta en una meta, equivalente al concepto de la meta de inflación, que paulatinamente se vaya ajustando en función de los desempeños y costos en el corto plazo, de tal forma que se administre la estabilidad financiera del Sistema a través de un proceso institucional de regulación y seguimiento al proceso histórico de las prestaciones y las expectativas de los riesgos futuros.

Ilustración 5: Calculo UPC basado en la gestión del riesgo



Fuente: Elaboración propia.

► Equilibrio micro

El valor esperado de la UPC como meta de mediano plazo establecida por el organismo regulador³⁵, será calculado con base en la asignación previa del gasto público (ingresos globales en el sistema) de mediano plazo, la estructura de gastos definida por el reconocimiento y pago de la UPC, así como en los ajustes de cobertura tecnológica del POS, los riesgos y precios, y el desempeño de los agentes. De igual manera, se deben incluir en la estimación variables exógenas del contexto macro que aportarán importantes señales del entorno, como el crecimiento del PIB, el ingreso tributario, el índice de inflación y el salario mínimo legal vigente, así como variables endógenas asociadas al manejo del riesgo en los seguros obligatorios de salud sujetas al tamaño del grupo asegurado y el nivel territorial de operación.

Como se mencionaba, es indispensable la creación de un pool nacional de afiliados en el que se creen grupos clasificados según los posibles eventos asociados a salud. Estos grupos estarán caracterizados por aspectos determinísticos o probabilísticos que definen la probabilidad de ocurrencia de enfermarse o no en cada individuo y la forma en la que el asegurador debe actuar para gestionar el riesgo de estos afiliados. Dentro del componente determinístico, por ejemplo, se pueden enmarcar las enfermedades crónicas o hereditarias en las que el trabajo del asegurador debe enfocarse en el fortalecimiento de la atención primaria y la promoción de actividades

³⁵ Como ocurre con la definición de la inflación objetivo, en manos del Banco de la República en Colombia

tales como el control precoz de enfermedades. La intervención oportuna del asegurador reducirá el costo promedio de los afiliados y los desenlaces que estas enfermedades puedan generar, dado que la probabilidad de ocurrencia no está bajo su control, pero el éxito del manejo oportuno sí y representará un ahorro futuro. En conclusión, la utilidad de la aseguradora en este escenario estará en función del buen manejo de los pacientes que potencialmente puedan padecer de estas enfermedades, ya que en el mediano plazo se espera reducir la participación de este gasto en relación a la UPC.

Análogamente, el componente probabilístico responderá a enfermedades que se distribuyen aleatoriamente, como estados de enfermedades en etapas muy tempranas o picos epidemiológicos esporádicos. Un buen ejemplo son las enfermedades transmisibles, donde las intervenciones para su tratamiento pueden ser individuales o colectivas, y donde estas tienen un alto impacto sobre la población tratada, por lo que el interés de las aseguradoras será gastar todos sus recursos en las intervenciones más efectivas y prioritarias para reducir los mayores costos que estos pacientes puedan generar en el corto y mediano plazo. Para disminuir la probabilidad, las EPS deberán promover campañas para evitar el contagio en grupos pequeños, enfocadas por ejemplo al VIH SIDA o a la prevención del embarazo adolescente, o incentivando consultas médicas para tratar problemas de baja complejidad.

Ya sea con el componente probabilístico o determinístico, los resultados en salud y el manejo de los recursos³⁶, les permitirá a las aseguradoras llegar o no al equilibrio definido por la meta pactada del valor esperado de la UPC en el mediano plazo. Este nuevo modelo debe contemplar mecanismos de compensación de alto costo y redistribución del riesgo por características de la población que garanticen el alcance de la UPC objetivo. Por su parte, las aseguradoras deberán implementar mecanismos de ajuste que les permitan acercarse a la UPC objetivo de mediano plazo cuando se estén alejando y así garantizar su estabilidad financiera. Para promover el buen desempeño de las aseguradoras, ante el logro de la reducción del gasto de la UPC per cápita por debajo del objetivo, estas contarán con incentivos adicionales como premio a la buena gestión del pool, representados en pagos adicionales o ajustes del riesgo. Si por el contrario las aseguradoras presentan un mal desempeño, su mismo pool de riesgo a través del tiempo las castigará.

El valor de la UPC nacional que resulte del estudio también contemplará matices dados por los ajustes regionales y temporales del corto plazo. Por ello, la importancia de fortalecer institucionalmente al Ministerio de Salud y Protección

³⁶ Recursos que mínimo deben mantenerse en cuantía, o en el mejor de los casos aumentarse, dadas el contexto actual del sector reflejado en las cifras financieras provisionales reportadas por el Ministerio de Salud y Protección Social (2017)

Social, como regulador central, con reglas claras donde prevalezca una coordinación entre las aseguradoras y los prestadores, ya que es un trabajo conjunto o de lo contrario los gastos no caerán ni serán eficientes en su operación.

En conclusión, bajo el nuevo modelo de estimación de la UPC, si el agente es eficiente, la UPC tenderá a bajar en la medida que el desempeño del asegurador genere tal impacto sobre la población, que mejore el estado de salud y se logre un manejo financiero exitoso de los recursos, complementado con un apropiado manejo técnico, asimismo será indispensable contar con la efectividad en la atención lograda por la IPS contratada y la efectividad alcanzada por los programas del Ministerio de Salud y Protección Social y el manejo de la información. Estos resultados no se verán en el corto plazo, pero se pueden controlar en un escenario fiscal de mediano plazo, por medio del *Valor Esperado de la UPC en el mediano plazo*. De lo contrario, la UPC siempre será menor en el presente que en el futuro, si las EPS no hacen un adecuado manejo del riesgo. En cambio, si mejoran su desempeño, el valor de la UPC podría igualarse o ser mayor en el presente que en el futuro, considerando un efecto esperado menor en término de costos y por economías de escala, traducidas en el mayor ingreso de población al sistema.

Como resultado, es preciso eliminar la distorsión generada en la percepción de las EPS de recibir primas distintas por afiliados para quienes se debe garantizar el mismo plan de beneficios, además, una vez unificados los regímenes de afiliación en el Régimen Único, no resultará necesario mantener UPC diferenciales según la capacidad de pago de los ciudadanos y en tal sentido sus ajustes se relacionarán con esquemas de riesgos que eviten la segmentación de riesgos por parte de los aseguradores. Por tal razón, se propone avanzar en una nueva metodología que permita calcular una UPC para el Sistema y la conformación de un único pool de riesgo con los afiliados al Régimen Único del Sistema de Salud Colombiano para la suscripción conjunta de los riesgos de la población afiliada al régimen único. Es importante resaltar que el diseño y las propuestas planteadas en este documento obedecen a la propuesta de un Régimen Único.

La conformación de un pool nacional de riesgos implica que la población de referencia es la población colombiana que, al unificarse los regímenes, no tiene las características de subsidiado y contributivo, y al eliminar la idea del POS en la ley estatutaria, el marco que le da sustento al proceso de suficiencia de la UPC, debe dar paso a un esquema de cálculo de valores ajustados por los riesgos de las enfermedades y las tecnologías, pueden ser numerosas las formulas desde la creación de micro-canastas por complejidad de grupos relacionados con el riesgo clínico y el uso de tecnologías de beneficios efectivamente prestados a la luz de la experiencia en términos de valores prospectivos en metas de mediano plazo con un sistema regulatorio de precios de las primas para compensar las desviaciones entre los valores esperado y los costos reales.

2.2.3.3 Giro Directo

Instituir el giro directo en los casos que sea necesario y de manera transitoria, para lograr un equilibrio financiero en el sistema y facilitar el funcionamiento del Régimen Único.

El giro directo es el mecanismo previsto en el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011 que puede llevar a cabo el Ministerio de Salud y Protección Social para girar de forma directa los recursos del Régimen Subsidiado a las EPS y a las IPS sin que pasen por la Entidad Territorial, agilizando el flujo de recursos en el Sistema, con el objetivo de garantizar la continuidad en la prestación de servicios a los afiliados al Sistema de Salud y especialmente a la población pobre y vulnerable.

Por esta razón, la reglamentación desarrollada, entre otros en los Decretos 971 de 2011, 1700 de 2011, 2320 de 2011, 3830 de 2011, 4962 de 2011 y las Resoluciones 2320 de 2011 y 4182 de 2011, establece tres condiciones que se deben cumplir para que pueda adelantarse el giro directo a las IPS: (i) que las cuentas presentadas por la IPS hayan sido aceptadas por la EPS del Régimen Subsidiado, (ii) que cada EPS haya recibido oportunamente los recursos por parte de las entidades territoriales, y (iii) que la EPS del Régimen Subsidiado haya incurrido en mora.

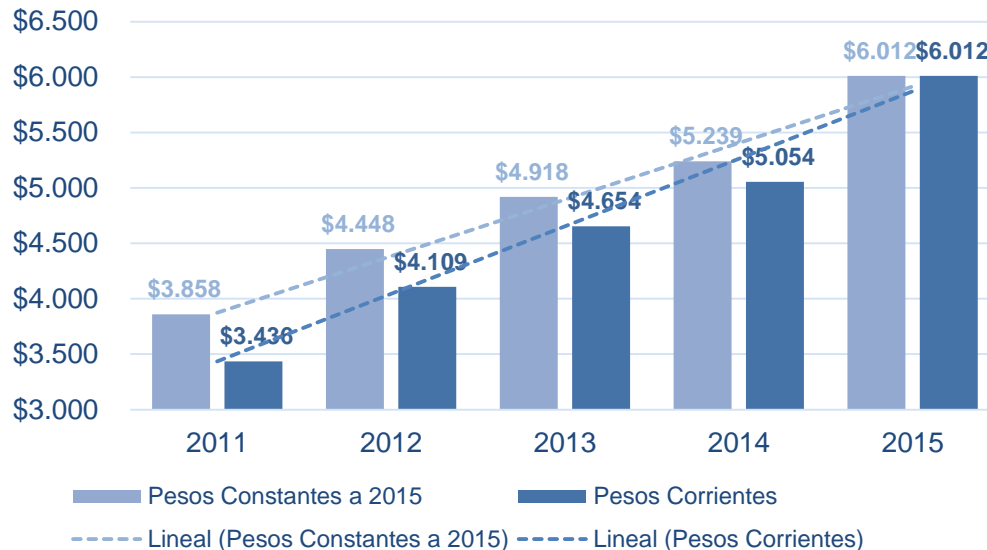
Posteriormente, esta medida es implementada para el Régimen Contributivo en la Resolución 654 de 2014 "*Por la cual se establecen los términos y condiciones para el registro de cuentas bancarias de las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud (IPS), para el giro directo de recursos del Régimen Contributivo, en aplicación del inciso primero del artículo 10 de la Ley 1608 de 2013, así como los términos, requisitos y estructura de datos para el reporte al Fosyga de las cuantías de los giros directos a IPS.*" Se aplicó para aquellas EPS que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación, y cuyo giro correspondería al 80% de las Unidades de Pago por Capitación reconocidas en el proceso de compensación de las IPS. Luego en el 2015, la Resolución 3503 de 2015 prosigue con la aplicación del giro directo a las IPS y proveedores de tecnologías de servicios en salud de los recursos del Régimen Contributivo correspondiente al 80% de la UPC de las Entidades Promotoras de Salud que no cumplan con las metas de solvencia.

De esta manera, con cifras actualizadas a 2016, desde 2011 se han girado directamente cerca de \$35 billones³⁷ para mejorar el flujo de recursos de hospitales y se habían beneficiado más de 3.292 IPS. Sin embargo, el beneficio del giro directo mayoritariamente ha aplicado en relación con el Régimen Subsidiado, pese al comportamiento de la cartera del Régimen Contributivo. En particular, como se observa en la siguiente gráfica del Boletín V de Seguridad Social del Ministerio de

³⁷ Régimen Subsidiado. Mecanismo Único de Recaudo y Giro -MURG- (2017).

Hacienda y Crédito Público, el valor total de la cartera de los hospitales públicos ha aumentado un total de 75 por ciento en pesos corrientes desde el año 2011.

Gráfica 3: Valor total de cartera de Hospitales Públicos (Miles de Millones de Pesos corrientes y constantes a 2015 (\$))



Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público a partir de información implementada en SIHO.

Teniendo en cuenta lo anterior y que además el 16 por ciento de la deuda (alrededor de \$1.1 billones de pesos) es responsabilidad de las EPS del Régimen Contributivo como se observa en la siguiente tabla, se demuestra con claridad que en este Régimen también se hace necesario agilizar el flujo de recursos en el Sistema y extender el giro directo para que cobije a dicho régimen. En ese sentido, el artículo 7° de la Ley 1797 de 2016 representa un avance al establecer que podrá haber giro directo en el Régimen Contributivo, cuando la EPS deudora no cumpla las metas del régimen de solvencia.

Tabla 4. Cartera de las EPS del Régimen Contributivo con las IPS Públicas. Resultados Circular No. 30 de 2013 - Régimen Contributivo- Coincidencias

Antigüedad de cartera en días	Cartera (\$COP)
91-120	\$ 225,331,907,267
121-150	\$ 171,244,525,499
151-180	\$ 133,517,305,777
181-360	\$ 391,142,522,667
>360	\$ 201,975,156,697
Total general	\$ 1,123,211,417,907

Fuente: Reporte gerencial con corte al 30 de Junio de 2016. Dirección de Financiamiento Sectorial. Ministerio de Salud y Protección Social

Sin embargo, es necesario ampliar esta facultad restrictiva y unificar las reglas de operación del giro directo estableciendo para el Régimen Único las mismas condiciones de puesta en marcha del giro a IPS públicas, en las situaciones que así lo ameriten y de manera transitoria, teniendo en cuenta que la unificación operativa de los regímenes también implica que las EPS se desenvolverán indistintamente en un régimen, recompondrán sus pools de riesgo, es decir, la composición de sus afiliados, así como sus perfiles de contratación con las IPS a partir de la unificación y reducción del porcentaje mínimo de contratación con la red pública. Se hace necesaria la correcta circulación de recursos en el sistema para la unificación de regímenes y, en este sentido, en los casos que haga falta la medida de giro directo a prestadores debe llevarse a cabo, pero como una medida correctiva y transitoria para lograr el ajuste financiero del Sistema. Por ello, una vez se logre el equilibrio de la cartera entre las aseguradoras y los prestadores, debe eliminarse el giro directo, de lo contrario, se estaría sustituyendo una de las principales funciones de las aseguradoras como agentes que representan a los afiliados y negocian con los prestadores para controlar los costos dentro del sistema, haciendo que fueran prescindibles y en el largo plazo su figura perdiera valor.

2.2.3.4 Porcentaje de Gasto de Administración

Nuevo estudio para la evaluación del máximo porcentaje de gasto de administración de las Entidades Promotoras de Salud, con base en criterios de eficiencia, análisis actuariales y financieros, y criterios técnicos para su funcionamiento en el Régimen Único.

La Ley 1438 de 2011 incluyó porcentajes máximos en los gastos administrativos de las EPS como una medida de control dirigida a asegurar que los recursos del Sistema se empleen de forma eficaz y eficiente, con el fin de contrarrestar los incentivos que tienen las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) para elevar sus costos, desviar el uso de los recursos de prestaciones de salud y comprometer su liquidez. En ese marco, de acuerdo con lo establecido en el artículo 23 de la mencionada Ley, el porcentaje de gasto de administración de las Entidades Promotoras de Salud, que son recursos de la UPC que se destinan a gastos de personal, logística, organización y agencia de los servicios, no podrá superar el 10 por ciento de la Unidad de Pago por Capitación, para el caso del Régimen Contributivo de Salud, mientras que el tope se encuentra fijado en el 8 por ciento para el Régimen Subsidiado.

Este hecho requiere una revisión normativa a la luz de los puntos anteriores. En particular porque la diferenciación del porcentaje de gasto administrativo carecería de sustento operativo y técnico con la unificación operativa entre los dos regímenes y la convergencia a un Régimen Único, así como el hecho de que las EPS afilien

potencialmente a cualquier individuo de la población y recompongan sus pools de riesgos.

De esta manera, se sugiere que el Gobierno Nacional utilice a su favor la facultad incorporada en la Ley 1438 de 2011, en el sentido de que debe fijar "*el porcentaje de gasto de administración de las Entidades Promotoras de Salud, con base en criterios de eficiencia, estudios actuariales y financieros y criterios técnicos*" y en este sentido, lleve a cabo un estudio para la estimación del porcentaje de administración para cada Entidad Promotora en Salud del Régimen Único, en el cual se contemplen parámetros como el número de afiliados a cargo y el ámbito geográfico de operación. De esta forma, se podrán estimar ponderadores de gasto administrativo en salud a nivel de EPS correlacionados con el tamaño de los mercados y los gastos asociados en cada región; calcular el costo marginal de operación para cada EPS y generar incentivos adicionales a las aseguradoras para mejorar la eficiencia de su operación; y vislumbrar las posibles economías de escala que se generen como resultado de la unificación de regímenes.

2.2.4 Prestación de servicios

2.2.4..1 Redes

Por un lado, se propone que geográficamente se definan prestadores primarios para el Régimen Único que aseguren la adscripción de la población, a al menos uno de ellos y que, además, el prestador se encuentre cerca de su lugar de trabajo o residencia, según la disponibilidad de la red configurada en la zona. El prestador primario mencionado debe garantizar el acceso a las actividades de salud colectivas. Por otra parte, se deberá precisar un prestador complementario que genere continuidad e integralidad en la prestación.

La unificación de los regímenes debe ser coherente con la unificación de los macroprocesos en general, por ello debe resaltarse la importancia de la articulación entre las Entidades Territoriales y las aseguradoras para la gestión del riesgo en salud, y contemplarse la entrada en marcha de la operación de redes integrales. El rol de las EPS dentro de las redes debe ser principalmente la gestión del riesgo individual de los afiliados, mientras que el de las Entidades Territoriales debe ser el trabajo en la gestión social del riesgo a partir del análisis de la situación de salud en los territorios (ASIS) y la certificación de las redes de atención integral que suplan las necesidades de su población. Sin embargo, ambas en conjunto deben unir esfuerzos para gestionar el riesgo con actividades colectivas en salud en el contexto de las redes integrales. Como se mencionó al principio de este capítulo, el seguro está en la capacidad de gestionar la probabilidad de ocurrencia de algunas enfermedades y de gestionar el valor per cápita de cada atención, entonces, si la articulación de las Entidades Territoriales y las EPS es efectiva, se espera una gestión de la

probabilidad de detección precoz de las enfermedades con actividades de Prevención y Promoción intramurales y extramurales, y por pequeño que sea el impacto (en el escenario más negativo) el gasto en salud se disminuirá de manera significativa, ya que se detectarán las enfermedades en sus primeros estadios, evitando que empeoren y con ello disminuirán los gastos para la recuperación de la salud. Ahora bien, si la atención prestada es efectiva y la condición del paciente no es crónica, se esperaría también que los pacientes se curen y no vuelvan a demandar los servicios de salud en el corto plazo por la misma condición.

De esta manera, por el lado de la red integral, la propuesta se enfoca inicialmente en la unificación de la operación del prestador primario, lo que implica que geográficamente se definan determinados prestadores primarios para la atención del Régimen Único³⁸. Para ello, es necesario que tanto el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con las Entidades Territoriales, trabajen en la definición de redes y en la obligatoriedad de la adscripción de la población a al menos un prestador primario cerca de su residencia o lugar de trabajo, dependiendo de la disponibilidad de la red habilitada en la zona. Este mismo prestador, a su vez, debe encargarse de garantizar al ciudadano las actividades necesarias correspondientes al Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones de Gestión de la Salud Pública. Por otra parte, también se deberá precisar de manera unificada el prestador complementario, ya que de esta forma se eliminaría la fragmentación actual de los servicios, logrando continuidad e integralidad en la prestación.

El MSPS ha avanzado al respecto en la Política de Atención Integral en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) que tiene como propósito mejorar el acceso y la calidad a los servicios de salud, a través de una mejor prestación. Como un medio que aportará a este objetivo, nace el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), en la búsqueda de la integralidad para el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios donde se desarrollen, lo cual exige la conjunción de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como centro del mismo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Este reto demanda la interacción entre los diferentes agentes del Sistema, tales como las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y demás entidades que participen en acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud, sin importar que no pertenezcan al sector. Hacen parte de esta articulación las nuevas Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), que comprenden un conjunto de acciones que integran el manejo del riesgo y de la enfermedad a partir de la evidencia científica en cada grupo de riesgo (individuos que comparten características

³⁸. Esta propuesta busca principalmente mejorar el acceso y uso a los servicios de salud en zonas dispersas, donde en ocasiones sólo se tiene un prestador disponible al cual no toda la población puede llegar, ya sea por la geografía del territorio y restricciones a causa de la red contratada por su aseguradora, entre otros.

similares, riesgos o condiciones de salud) durante un período de tiempo. Las RIAS, en su componente organizacional, comprenden un componente primario y un componente complementario.

En correspondencia con la propuesta de este diseño, el RIAS en su componente primario comprende la prestación de acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo con las RIAS (eventos más frecuentes a nivel personal, familiar y comunitario) en un ámbito geográfico cercano a la población que contribuya a la adecuada operación de las redes organizadas y gestionadas por los aseguradores y Entidades Territoriales, que correspondan a prestadores primarios habilitados (públicos, privados o mixtos) y cumplan con los estándares y criterios definidos por el MSPS.

El componente complementario hace referencia a la atención de eventos de enfermedad que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario, y también se presentan convergencias con las propuestas establecidas en este diseño, ya que menciona la delimitación territorial de la población para el acceso a este nivel, así como la definición de un territorio de referencia.

Se propone hacer un inventario de la capacidad instalada, tanto pública como privada, en los territorios para posteriormente hacer un análisis de la suficiencia de estas redes con respecto a las rutas integrales de atención en salud definidas por el Ministerio de Salud. Para ello, se requiere la participación de los distintos actores que participan en la construcción y que interactúan en la red, la cual debe ser soportada por un modelo asistencial, un modelo de gobierno, un modelo de organización y gestión, y un modelo de asignación. En este sentido, la unificación en la operación de la red con una determinada capacidad tecnológica que se ajuste a las necesidades del territorio, contribuiría a la calidad de la prestación de los servicios y a una reducción de los gastos administrativos sin sacrificar la calidad (Morales Eraso, 2011), permitiendo que las redes integradas sirvan como estrategia para mejorar el acceso y la coordinación asistencial.

En el marco de la PAIS, la unificación no tendría ninguna implicación operativa en términos de procesos, ya que en su desarrollo no contempla diferencias entre regímenes lo que favorece y reduce las implicaciones de la propuesta. Ahora bien, las distintas implicaciones que se puedan dar se encuentran en el documento *Análisis de las implicaciones que conlleva la unificación sobre los esquemas de aseguramiento y en el que se presentan las necesidades regulatorias para adoptar las propuestas operativas de la unificación* de esta misma consultoría.

Para la integración de las redes públicas, un ejemplo importante es la fusión y la integración de las redes públicas de Bogotá, donde a partir de 22 hospitales se

configuraron cuatro sub-redes. Lo que buscó esta experiencia fue generar economías de escala y eficiencia sin sacrificar la prestación de los servicios de salud. Lo que se plantea en este sentido es que las redes públicas deberían generar una integración regional independiente de los límites político-administrativos de los departamentos en los servicios de apoyo como son gestión de recursos humanos, financieros, servicios generales, facturación, sistemas de información, entre otros. En ese sentido se podría pensar en disminuir el número de unidades administrativas, generar unidades administrativas regionales y poder hacer que los hospitales queden adscritos a estas unidades, con lo cual, se podría lograr economías de escala importantes en términos de ser más eficientes por el número de gerentes, o el número de direcciones científicas, o por todo lo que son los procesos de apoyo de las IPS.

Los subsidios a la oferta se siguen justificando en la medida en que existe hoy una capacidad instalada que es el resultado de la inversión de toda la sociedad colombiana y que es la que en muchos casos está presente siempre en las regiones apartadas. En ese sentido, se podría pensar en un esquema donde se mantiene el subsidio a la oferta en zonas rurales dispersas o en centros poblados de difícil acceso para la población.

2.2.5 Prestaciones económicas: Licencias de Maternidad y de enfermedad general

Todas las madres afiliadas al sistema de salud colombiano tendrán derecho a licencias de maternidad, sin importar su capacidad de pago.

La Ley Estatutaria al eliminar la relación entre la capacidad de pago y el derecho a la salud genera condiciones para la ampliación de la cobertura de las licencias por enfermedad general y por maternidad en el sentido de que su naturaleza es de carácter prestacional, se originan en un problema relacionado con la salud de las personas, y en el caso de las licencias de maternidad, de poblaciones cubiertas con protecciones especiales como es el caso de la madre y el niño. Se originan en un problema de salud que tiene implicaciones sobre la capacidad de las personas de realizar sus actividades diarias y especialmente de sus actividades laborales y en tal sentido requieren de un tiempo y unas condiciones necesarias para la recuperación de la salud; de no tenerlas, los riesgos para la salud se incrementarían y las consecuencias sobre la mortalidad y la discapacidad serían muy severas aumentando la carga de enfermedad.

Las denominadas prestaciones económicas tienen su origen en el sistema de clasificación de riesgos propio de la seguridad social, relacionando la salud de las personas con el ejercicio del trabajo. Inicialmente estuvieron enfocadas hacia el cubrimiento en casos de accidentes de trabajo y, posteriormente, se fueron

extendiendo hacia las licencias de maternidad. Hoy en día, se reconocen los eventos que pueden perjudicar la salud de las personas o su integridad corporal como resultado de su actividad laboral, hechos que a su vez impactan el bienestar de la sociedad, la firma, el trabajador y su propia familia. Es por ello que las denominadas eufemísticamente prestaciones económicas en el Sistema de Seguridad Social han cobrado importancia, por sus efectos adversos sobre la salud, la estabilidad económica del trabajador y su hogar y la productividad. Lo hacen reconociendo un pago por eventos como incapacidad temporal, licencia de maternidad, licencia de paternidad, indemnización por incapacidad permanente o parcial, pensión de invalidez, pensión de vejez, pensión de sobrevivientes y auxilio funerario.

De manera desigual e inequitativa, a los beneficiarios y beneficiarias del régimen contributivo y a los afiliados al Régimen Subsidiado no se les cubre este tipo de prestaciones, que en lugar de denominarse económicas, deben ser parte del capítulo de las condiciones necesarias para la recuperación de salud, lo que puede ser entendido como una desigualdad no aceptable, como una barrera de acceso a los servicios de salud y como una falta de concordancia entre la Ley Estatutaria y el derecho a la salud en la medida en que se derivan claramente de una necesidad. De esta forma, deben ser incorporadas como una prestación universal, como dice la Ley, a quienes la requieran con necesidad e incorporarlas con mayor claridad en el plan obligatorio de salud. La pertenencia al Régimen Contributivo para los trabajadores dependientes es de carácter obligatorio, y difícilmente las prestaciones económicas establecen un incentivo para los informales en la decisión de pertenecer al régimen.

Adicionalmente, dado que se va a considerar un Régimen Único y que se generan desigualdades entre las madres para el cuidado de sus hijos en los primeros meses, más los beneficios expuestos en la propuesta, consideramos que esta se debe mantener.

Recientemente se ha aprobado una Ley que extiende las licencias en términos de tiempo y reconocimiento salarial. Desde el punto de vista prestacional se constituye en una modificación progresiva, no obstante al limitarla a las trabajadoras cotizantes y no hacerla extensiva a las beneficiarias en el Régimen Contributivo y a las mujeres del Régimen Subsidiado, esta Ley aumenta las desigualdades en términos prestacionales y el goce efectivo del derecho a la salud.

Es así como los procesos de cambios en el financiamiento no solo facilitarán la unificación de los regímenes en Colombia, sino que permitirán acabar con la denominación de beneficiarios y cotizantes en el sentido de acabar con las diferencias no justificadas en el trato para prestaciones en salud y para el pago de recursos adicionales como los copagos y las cuotas moderadoras.

Ahora bien, de acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), las licencias de maternidad son mecanismos que están diseñados para proteger la salud de las mujeres e hijos, durante y después del embarazo, así como garantizarle a la mujer que, el hecho de convertirse en madre, no afectará negativamente su seguridad económica o laboral (International Labour Organization, 2010). Es así como su razón se origina en el concepto del costo de oportunidad, siendo este distinto para cada una de las madres que cotizan al sistema, ya sean beneficiarias o subsidiadas. Para este último grupo de madres, el costo de oportunidad tiende a ser más alto porque se enfrentan a la decisión de dejar de realizar su actividad productiva, por lo general informal, para ir en busca de un servicio de salud para su hijo o para ella misma; o, en el otro extremo, muy desfavorecedor también, ir a su trabajo sin poder ofrecer los cuidados necesarios a su bebé en los primeros días, ya que no tiene derecho al pago de una licencia que aminore este costo.

Los beneficios de las licencias de maternidad no sólo son para las afiliadas al sistema que se conviertan en madres, sino representan un beneficio colectivo para el sistema de salud en general, ya que se ha demostrado que tienen importantes ventajas. Algunos estudios han evidenciado que las licencias de maternidad reducen las muertes de lactantes y niños pequeños, aumentan la probabilidad y la frecuencia de la asistencia al pediatra de los menores y, por ende, es más factible que reciban sus vacunas a tiempo.

Por su parte, la OMS en 2005 reconoce la importancia de que una madre tenga la oportunidad de lactar a sus hijos, al menos en los primeros seis meses, y al respecto se pronuncia *"la lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños. Combinada con la alimentación complementaria, la lactancia materna óptima previene la malnutrición y puede salvar la vida a cerca de un millón de niños. Si se empezase a amamantar a cada niño en la primera hora tras su nacimiento, dándole solo leche materna durante los primeros seis meses de vida y siguiendo dándole el pecho hasta los dos años, cada año se salvarían unas 800.000 vidas infantiles"* (WHO, 2015). Otros estudios han mencionado que la lactancia reduce el riesgo de infecciones en los niños y la probabilidad de sufrir de obesidad, mientras que en la madre el periodo de lactancia reduce el riesgo de desarrollar cáncer de seno y ovario, diabetes tipo 2 y problemas del corazón. Actualmente, en Colombia solo las mujeres con capacidad de pago tienen derecho a 18 semanas de licencia en las cuales pueden dar de comer a su bebé, pero se desconoce el tiempo disponible que tengan aquellas madres sin acceso a una licencia de maternidad y que posiblemente hagan parte del sector informal, el cual representa el 48.9 por ciento³⁹ de la población colombiana.

³⁹ <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-informal-y-seguridad-social>

Como sugiere la literatura, la licencia de maternidad en las mujeres puede ser un costo asociado a la reproducción y a la crianza, que trae grandes beneficios al sistema de salud en cuanto a reducción de costos en el corto y mediano plazo, así como la disminución de la probabilidad de desenlaces en niños y madres. Al resaltar estos beneficios, la desigualdad entre las mujeres que tienen y no tienen derecho a acceder a una licencia de maternidad se hace más dramática, y obliga a considerar el desarrollo de una política que otorgue el derecho a todas las madres del país a recibir esta prestación. Como se ha planteado, los sistemas de salud y los sistemas socioeconómicos deben revisar las experiencias de los países nórdicos en los cuales una estricta regulación del mercado y una fuerte intervención pública redujeron las desigualdades y promovieron un crecimiento rápido y relativamente estable. Este esquema no busca aumentar las cotizaciones, sino disminuir las desigualdades.

El acceso a las prestaciones derivadas de las enfermedades y de eventos como el embarazo y el parto se justifican como una figura que garantiza la prestación efectiva de los servicios; en cambio, su inexistencia niega dicha garantía. En virtud del derecho preferencial establecido en la Ley Estatutaria, debe darse prioridad a la protección del niño y la madre, por ello se sugiere la unificación en el acceso al beneficio, comenzando por las licencias de maternidad, para las madres afiliadas al Sistema, como política de mediano plazo. Esta alternativa será viable en la medida que se tenga en cuenta dentro del cálculo de la UPC que se haga con una nueva metodología, sugerencia que se hace en el apartado de *Financiamiento*, y considerando que para las mujeres con capacidad de pago, la prestación se siga haciendo en relación con su salario base de cotización, mientras que para las madres beneficiarias sin capacidad de pago el cálculo se haga sobre el salario mínimo legal vigente

Como se habla de una transición hacia la financiación del Sistema vía impuestos generales, el efecto de hecho sería sobre la proporción del PGN destinado a salud.

2.2.6 Sistemas de Información

Se establecerá una regla general en la que la aseguradora que no reporte la información solicitada por el Ministerio de Salud y Protección Social para hacer el cálculo de la unidad de pago por capitación, será penalizada con la restricción de los incrementos reales de la UPC.

En la actualidad, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) es la entidad encargada de realizar, a través de una de sus Direcciones,⁴⁰ los estudios técnicos que tienen por objeto determinar la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación

⁴⁰. La Dirección encargada es la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

(UPC) de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, para financiar los servicios contenidos en los respectivos Planes Obligatorios de Salud (POS). Para cumplir esta tarea, el MSPS revisa anualmente que la metodología de cálculo de la prima de aseguramiento sea suficiente para financiar el POS, teniendo en cuenta factores de ajuste de riesgo, con el fin de proponer una recomendación a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, comisión técnica encargada de realizar la asesoría en múltiples temas de política en salud.

Con el fin de realizar el cálculo de la prima de aseguramiento tal que esta sea suficiente actuarialmente, el MSPS requiere al menos cuatro grupos de variables principales. La primera, es la población afiliada a las EPS del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado distribuida por sexo, municipio, nivel de Sisben y grupos etarios; además de la información sobre el tipo de afiliado, su antigüedad y el Ingreso Base de Cotización (IBC). La segunda, son los ingresos para la prestación de servicios de salud recibidos por las EPS. De forma análoga, en tercer lugar, los gastos en la prestación de servicios de salud asumidos por las EPS. Finalmente, el MSPS requiere para el cálculo, el reporte de todas las prestaciones en salud recibidas por los afiliados con sus respectivos costos directos (para la EPS, el usuario y el Sistema), detallando las formas de reconocimiento y pago de cada uno de ellos.

Por lo anterior, es evidente que el punto básico para el análisis de la suficiencia de la UPC son las fuentes de información de las EPS respecto a los datos poblacionales y de servicios, en la medida que estos también permitan adelantar los procesos de compensación del FOSYGA para el Régimen Contributivo y la Liquidación Mensual de Afiliados del Régimen Subsidiado.

Así las cosas, con la intención de que el MSPS cuente con la información necesaria para obtener las frecuencias y costos por prestación de salud, los valores de reconocimiento de servicio de las aseguradoras y los costos de los servicios por Régimen, y posteriormente del Régimen Único, la Ley 1438 de 2011 en su artículo 114 estableció la obligación de las EPS, de las IPS y de los demás agentes del Sistema de Seguridad Social, de reportar y *"proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna, clara y clara dentro de los plazos que se establezcan (...)".* En cualquier caso, este mandato fue reiterado en la Resolución 5522 de 2013 (artículo 14) y en la Resolución 5925 de 2014 (artículo 20) especificando incluso que deben *"proveer la información solicitada de forma confiable con la estructura, nivel de detalle, calidad, oportunidad y claridad que requiera la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio".*

En ese marco, se esperaba que las EPS tengan incentivos para reportar la información necesaria para actualizar el pago que reciben por afiliado (UPC). Sin embargo, hoy en día se encuentra que, mientras la mayoría de las EPS del Régimen

Contributivo reportan su información, la norma en el Régimen Subsidiado es no reportar información o enviar información que no supera mínimos filtros de calidad y consistencia. La razón puede sustentarse en un mandamiento de la Corte Constitucional que se ha interpretado (equivocadamente) como una orden que implica que la UPC del Régimen Subsidiado no puede crecer menos que la UPC del Régimen Contributivo (con el fin de igualar gradualmente la brecha entre primas), a menos que exista evidencia de que deben ser diferentes, por lo que las EPS del Régimen Subsidiado tienen todos los incentivos para no enviar información con el fin de que su UPC se incremente atada al incremento de la UPC del Régimen Contributivo (que es mayor de lo que sería el incremento de la UPC del Régimen Subsidiado, dado que este último tiene usuarios menos costosos y que acceden al servicio con menores frecuencias).

Ante lo anterior, la unificación operativa de los regímenes Subsidiado y Contributivo resuelve esta distorsión, en la medida que las EPS ya no sean diferenciadas por régimen y deberán enviar la información correspondiente sin importar la capacidad de pago de los afiliados, lo que permitirá también a las grandes EPS del Sistema (con cuya información se explica buena parte de los costos y frecuencias) participar de forma más competitiva, permitiendo disponer de información de calidad únicamente del Sistema.

En el escenario en que alguna administradora no cumpla con su deber legal de reportar la información con la estructura, nivel de detalle, calidad, oportunidad y claridad requerida, se proponen dos estrategias. La primera de ellas consiste en empezar a hacer cumplir la norma (hoy plenamente vigente desde hace 5 años) establecida en el artículo 116 de la Ley 1438 de 2011, según la cual *"los obligados a reportar que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud o de las prestaciones de salud, serán reportados ante las autoridades competentes para que impongan las sanciones a que hubiera lugar. En el caso de las Entidades Promotoras de Salud y prestadores de servicios de salud podrá dar lugar a la suspensión de giros [y] la revocatoria de la certificación de habilitación"* (subrayado fuera del texto original). La segunda estrategia consiste en establecer incentivos a las EPS para entregar la información necesaria. Así, se propone como regla general establecer que la EPS que no envíe la información requerida no tenga incrementos reales en la UPC, es decir, que la UPC únicamente se incremente con el IPC del año respectivo, a medida que se presume que no existe la necesidad de actualizar la prima de aseguramiento a menos que la administradora reporte información.

3 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL MODELO OPERATIVO UNIFICADO

La siguiente tabla presenta las acciones propuestas para avanzar en la unificación de los regímenes, y que permitirán adelantar la solución de las inequidades existentes en el Sistema actual. También señala de forma general algunas ventajas y desventajas de las medidas sugeridas.

Tabla 5. Ventajas y desventajas de las propuestas del diseño operativo de unificación

Propuesta	Ventajas	Desventajas
Unificación de fuentes de financiación vía impuestos generales	<ul style="list-style-type: none"> • Dada su estructura mancomunadora para el Régimen Único, permite garantizar que el gasto en salud se haga de acuerdo con las necesidades y no con la capacidad de pago. • Simplifica y clarifica el recaudo, asignación, flujo y financiación del SGSSS. • Permite mayor control de los recursos del Sistema, de manera centralizada, respetando la titularidad territorial. • Hace posible lograr información y realizar trazabilidad de los pagos y flujos de recursos a través del control directo de los procesos de mantenimiento, desarrollo y administración del Sistema de información del FOSYGA. • Elimina sobrecostos y distorsiones sobre el mercado laboral. • Disminuye los desincentivos a realizar cotizaciones al establecer las mismas reglas para todos los individuos. 	<ul style="list-style-type: none"> • La sustitución de ingresos por cotizaciones es del orden de \$12 billones, que es equivalente a 6 puntos del IVA. • Implica una sustitución gradual y cambio normativo de orden legal, como la definición de «capacidad de pago» • Implica el desmonte gradual de algunas competencias de entidades como la UGPP y hace innecesario al mediano o largo plazo la existencia de PILA y de sus operadores. • Requerirá periodos de transición y deberá ser incluido como un paquete de reforma legal (modificando la Ley 100 de 1993) y estableciendo un nuevo régimen tributario.
Contrataciones con la red pública	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer más competitiva la prestación en términos de calidad para los prestadores. • Con la mejora en los resultados en calidad de la prestación, se espera un impacto positivo en el estado de salud de la población. • No se desfinancian los hospitales públicos, ya que se mantiene un porcentaje de obligatoriedad fijo. • Proteger el patrimonio social y garantizar que este satisfaga la demanda del colectivo sin cuestionar dichas necesidades a una utilidad esperada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr una medición precisa que dé cuenta de los resultados en salud. • El auto-reporte de la información, puede sesgar los indicadores de cobertura efectiva. • Si los hospitales públicos no se fortalecen y con ellos sus resultados, la institucionalidad que representan en zonas dispersas podría verse amenazada en las regiones por el riesgo del pago correspondiente al 30%.
Giro Directo	<ul style="list-style-type: none"> • Agiliza el flujo de recursos en el Sistema en los puntos donde este proceso podría verse entorpecido. • Contribuye a garantizar la continuidad en la prestación de servicios a los 	<ul style="list-style-type: none"> • Implica mayor capacidad operativa por parte del MSPS. • Puede alargar tiempos de reconocimiento y trámite del giro directo.

Propuesta	Ventajas	Desventajas
	<p>afiliados al Sistema de salud, a pesar de la situación financiera de los aseguradores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduce los pasivos de las EPS (disminuyendo la cartera de mayor edad), mientras fortalece a las IPS. • Disminuye la probabilidad de los prestadores de ser partícipes de los mecanismos de saneamiento fiscal por carteras de difícil recaudo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implica menor liquidez para las EPS que tengan que someterse al giro directo en un contexto de capitalización para cumplir requisitos de habilitación financiera.
Gastos Administrativos	<ul style="list-style-type: none"> • El nuevo estudio con los ponderadores aquí propuestos para el cálculo del gasto administrativos, permitirá determinar el costo marginal de la operación de las aseguradoras facilitando la definición del tamaño óptimo de operación, y con ello generar economías de escala que aumenten la eficiencia. • Reconoce que no existen diferencias operativas entre Regímenes, y va en la senda hacia la transición al Régimen Único, una vez se hayan llevado a cabo las modificaciones sugeridas. • Hace posible realizar un mayor control a los recursos que, de la UPC, se destinan a la prestación de servicios de salud según las particularidades en la operación de cada asegurador. • Incentiva a los aseguradores a recomponer sus pools de riesgo y a afiliarse individuos indistintamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • La igualación parte de la idea de que las EPS recompondrán su pool de riesgo, siendo indiferentes entre afiliados dada su capacidad o no de pago. • Tiene como precondition la igualación de reglas de contratación respecto a la red de prestadores. • Al interior de determinadas regiones se pueden generar desbalances (especialmente en aquellas zonas con mayor concentración de población dispersa sin capacidad de pago), por lo que requiere participación nacional de los aseguradores y un nuevo estudio de cálculo del porcentaje de gasto administrativo como se propone en este diseño.
UPC	<ul style="list-style-type: none"> • Potencialmente se generaría mayor suficiencia de los recursos del Sistema debido a que en la metodología propuesta se contemplaría la gestión del riesgo en salud en el corto y mediano plazo, llevando no solo a estimaciones más precisas de los recursos necesarios para el Sistema, sino además incentivaría un mejor desempeño por parte de las aseguradoras y con ello se esperarían mejores resultados en salud para la población. • Permite reconocer que no existen diferencias operativas entre Regímenes, una vez se hayan hecho las modificaciones propuestas. • Incentiva a los aseguradores a recomponer sus pools de riesgo y a afiliarse individuos, sin importar su capacidad de pago. • Permite un gasto público más eficiente dentro del Sistema de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implica un cambio de la metodología actual de cálculo de la prima de riesgo. • Puede generar una disminución o aumento de los recursos efectivamente percibidos por las EPS que tienen afiliados predominantemente del Régimen Contributivo, es decir, aquella población con capacidad de pago. En caso de que se garantice mantener constante el ingreso de estos aseguradores, puede aumentar el gasto total en el Sistema. • Tiene como precondition la unificación operativa de los Regímenes y la recomposición del pool de riesgo de los aseguradores del Sistema.
Red de prestación primaria	<ul style="list-style-type: none"> • La unificación de la red mejora el 	<ul style="list-style-type: none"> • El proceso de habilitación de la red

Propuesta	Ventajas	Desventajas
y complementaria	<p>acceso y uso a los servicios de salud, a la vez que genera una reducción en los gastos de administrativos para las EPS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una red habilitada por el MSPS y la Entidad Territorial aseguraría la cobertura de las necesidades en atención primaria de la población y su cercanía (en lo posible) al lugar de prestación más cercano. • Si llega a ser necesaria una mayor capacidad y tecnología, se podrían fortalecer ciertos hospitales de la red garantizando a la población la suficiencia en la atención. 	<p>por parte de la Entidad Territorial puede ser costoso y tomar tiempo, mientras se configura y se establecen las necesidades particulares del territorio.</p>
Prestaciones económicas para las madres del Sistema de Salud Colombiano	<ul style="list-style-type: none"> • Garantía de la prestación efectiva a los servicios de salud, gracias a la igualdad entre las madres sin importar su capacidad de pago. • Disminución del costo de oportunidad entre el cuidado de la salud de la madre y el hijo, y la actividad laboral. • Aunque requiere un esfuerzo financiero, este es viables siempre y cuando se incluya en la nueva metodología para el cálculo de la UPC. • Disminuye los gastos en salud en el corto y mediano plazo de posibles desenlaces que se evitarían para madres e hijos gracias a la licencia de maternidad y el mejoramiento en la oportunidad de la lactancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se internalizarían los costos de la reproducción y la crianza de toda la población en el sistema de salud, al generar un aumento en el presupuesto requerido, ya que actualmente las prestaciones económicas no están cubiertas para las personas sin capacidad de pago o beneficiarias del Régimen Contributivo.
Sistemas de Información	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar oportunidad y calidad en la información reportada al MSPS por parte de las aseguradoras con el propósito de realizar estimaciones más precisas de la UPC y hacer un uso más eficiente de los recursos de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar la sanción de omitir el aumento real de la UPC a aquellas EPS que no reporten puede generar dificultades en el flujo de los recursos, especialmente hacia los prestadores.

4 EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL ESTUDIO DEL BID

En este apartado se presentan los principales resultados del estudio *"Realizar una evaluación de resultados e impacto de la unificación del Plan Obligatorio de Salud – POS y una evaluación de resultados de su más reciente actualización, que permita identificar los avances en cuanto a equidad y acceso de las nuevas tecnologías en salud incluidas en los planes de beneficios. Adicionalmente, realizar una evaluación de los procesos implementados por aseguradores y prestadores en el marco de la unificación y actualización del POS"*, que tiene como objetivos evaluar los impactos de la unificación del POS y su actualización en aspectos como: acceso, uso y frecuencia de utilización de los servicios, y modificación de procesos críticos de las EPS e IPS como resultados del mismo.

4.1 Uso y frecuencia de uso

El estudio parte de la identificación de 11 patologías a través de las cuales desarrolla el análisis de las diferencias en los servicios de salud por régimen de afiliación. Estas son: cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata, VIH, enfermedad renal, depresión, esquizofrenia, hipertensión, diabetes, neumonía, enfermedad pulmonar crónica y otras patologías (Econometría, 2015, pág. 3). Para la definición de las condiciones de acceso se toma la definición presentada por Aday y Andersen (1974) quienes definen el *acceso* como el proceso mediante el cual las personas que padecen alguna enfermedad (o tienen un estado de salud deteriorado) logran recibir la atención que necesitan (Econometría, 2015, pág. 20).

La evaluación de las condiciones de acceso y uso toma los indicadores de morbilidad auto-reportada, estado de salud auto-reportado, visitas al médico por precaución, frecuencia de uso del servicio de hospitalización, promedio de estancia en hospitales, acceso a atención domiciliaria, acceso a medicamentos en 2012, así como las tutelas por no prestación de servicios y acato al fallo de tutela. En relación con las condiciones de acceso, a nivel nacional, evaluadas por estos indicadores se encontró que únicamente tres de ellos presentaban diferencias estadísticamente significativas entre ambos regímenes: frecuencia de uso del servicio de hospitalización, promedio de estancia en hospitales y acceso a medicamentos. Los indicadores de frecuencia de uso del servicio de hospitalización y promedio de estancia en hospitales exhiben un mayor nivel de uso en el Régimen Subsidiado, mientras que el indicador relativo al acceso a medicamentos presenta un mayor acceso para el Régimen Contributivo. Se podría afirmar que los mayores niveles de uso están justificados por la posible menor percepción de la gravedad en el Régimen Subsidiado, lo que podría generar peores condiciones de salud de los pacientes al momento de acudir al médico (Econometría, 2015, pág. 28). Por su parte, el menor acceso a medicamentos para el Régimen Subsidiado, se sugiere puede ser producto del ajuste de los procesos por

parte de las EPS, teniendo en cuenta que el análisis de su acceso a través de las 11 patologías identificadas y de consulta general muestra una disminución en su acceso para ambos regímenes después de la unificación (Econometría, 2015, pág. 22).

En consulta general, se encuentra que de los indicadores mencionados para acceso y uso, la mayor diferencia entre los dos regímenes la presenta el indicador *estado de salud auto-reportado*, que para los afiliados del Régimen Contributivo es 32,6 por ciento superior al reportado por los afiliados al Régimen Subsidiado y estadísticamente significativo.

Las posibles explicaciones de las diferencias encontradas al analizar el acceso a los servicios del SGSSS, permite afirmar que hay factores distintos a la oferta que explican dichos comportamientos; es decir, las diferencias presentadas en el acceso a cada una de las *tecnologías* no está siendo explicada por el conjunto de servicios al que tienen derechos los afiliados en cada uno de los regímenes. A manera de ejemplo, las razones que explican el no acceso y uso de la mamografía (en el marco de las 11 patologías identificadas) son divergentes en ambos regímenes. Para el Régimen Contributivo, las razones que más aducen son, en su orden: la ausencia de la orden, haberse realizado el examen antes de 2011, desconocimiento del derecho frente a la tecnología y no haberlo considerado necesario. De otra parte, las razones esgrimidas por los afiliados al Régimen Subsidiado en orden son: no haber querido realizárselo, la ausencia de la orden y el desconocimiento del derecho frente a la tecnología. Es de resaltar la importancia de no haber querido realizarse el examen para el Régimen Subsidiado, y el hecho de que la diferencia existente para este indicador es significativa a un nivel de confianza del 99 por ciento (Econometría, 2015, pág. 28).

La evaluación de las barreras de acceso con ocasión de la solicitud de atención médica (en el marco de las 11 patologías) muestra que, para ambos regímenes, la baja percepción de la severidad de la enfermedad explica, en la mayoría de los eventos, la decisión de no solicitar atención médica: el 50 por ciento de los afiliados en el Régimen Contributivo y el 81 por ciento de los afiliados al Régimen Subsidiado (Econometría, 2015, pág. 29). El estudio afirma que la baja percepción de la enfermedad puede estar relacionada con mayores dificultades, o costo de oportunidad, que puedan afrontar los afiliados del Régimen Subsidiado al solicitar y asistir a los servicios de salud. La evidencia estadística de las condiciones de uso de las tecnologías en el SGSSS, en relación con las 11 patologías escogidas, no mostró diferencias significativas entre el Régimen Contributivo y Subsidiado.

Por último, se conoce que indicadores como utilización de los servicios de salud y visitas al médico, no tuvieron significancia estadística ente los regímenes (Econometría, 2015, pág. 21), sin embargo, hay que poner de presente la posible subutilización de los servicios de salud por parte de los afiliados al Régimen

Subsidiado, como consecuencia de su menor percepción sobre la gravedad de la enfermedad (Econometría, 2015, pág. 248).

4.2 Oportunidad

La oportunidad es entendida como la realización de la atención en el momento requerido, según las condiciones del paciente y sin retrasos que pongan en riesgo su vida o llevarla a un deterioro prevenible de su enfermedad (Econometría, 2015, pág. 39). Se encontró que los tiempos de espera para ambos regímenes superan el plazo de 3 días hábiles establecidos por el artículo 123 del Decreto 19 de 2012. Por ejemplo, la consulta general toma más de 10 días para ser asignada y la consulta médica especializada un plazo aún mayor, que para el RS corresponde a 26,5 días (Econometría, 2015, pág. 39). En la atención de urgencias, aunque se presentan diferencias entre ambos regímenes con una mejor oportunidad en el servicio para el Régimen Subsidiado, se pudo evidenciar que el 84 por ciento para el RS y 51 por ciento para el RC, la atención tardó menos de una hora, calificando de satisfactorio el RS y convirtiendo como objeto de análisis futuros el RC (Econometría, 2015, pág. 41).

Asimismo, el tiempo de espera estimado, en el marco de las 11 patologías estudiadas, para la realización de cirugía programada es de 35,8 días para el Régimen Contributivo y 25,1 para el Régimen Subsidiado; y para la consulta médica especializada los días aumentan a 37,5 en promedio para el RC y 26,5 para el Subsidiado (Econometría, 2015, pág. 39).

El mismo análisis aplicado con ocasión de los pacientes de consulta general, también se destacan los tiempos de espera superiores en el RC que para el RS. Mientras que en consulta médica general y consulta de odontología general los rangos oscilan entre 3,5 y 5,5 días, y 4,7 y 8,6 días, respectivamente. Por último, la consulta médica especializada evidencia tiempos de espera mayores, superando los 27 días para el RS y 43 para el RC (Econometría, 2015, pág. 41). No obstante, la consulta médica general cuenta con plazos menores a los encontrados para las once patologías que han sido mencionadas.

En términos generales, el estudio alude tiempos de espera mayores para el Régimen Contributivo que para el Subsidiado.

4.3 Prestación de servicios

La evaluación cuantitativa del impacto de la unificación en la prestación de servicios se analizó a través de sus efectos en el número de consultas, número de hospitalizaciones, procedimientos y en el número de atenciones por urgencias.

La evaluación de impacto de la unificación del POS, a partir de un modelo de diferencias en diferencias, permitió afirmar que sí hubo un impacto positivo en el número de consultas a las que accedieron las personas del Régimen Subsidiado después de la unificación; y dicho impacto es mayor en los niños menores de 12 años y en los adultos mayores de 60 (Econometría, 2015, pág. 123).

El número de hospitalizaciones, evaluado en el total, no muestra impactos estadísticamente significativos como resultado de la unificación. Por su parte, su análisis desagregado por cada una de las patologías muestra un mayor acceso para hospitalizaciones por enfermedad pulmonar en pacientes entre 18 y 59 años de edad, y en hospitalizaciones por cáncer de mama para pacientes mayores de 60 años.

En relación con el número de procedimientos no se encontraron diferencias significativas como resultado de la unificación del POS. Según los mismos autores, la ausencia de diferencias puede estar explicada por el hecho de que 6 de las 11 patologías analizadas ya estaban cubiertas, dada su calidad de enfermedades de alto costo, y los procedimientos que comprenden las restantes no fueron afectados en el marco de la unificación (Econometría, 2015, pág. 130).

Tampoco se encontraron diferencias en el número de atenciones por urgencias y hospitalizaciones en ambos regímenes; hecho que puede estar explicado porque las personas del Régimen Subsidiado tenían acceso a las hospitalizaciones por medio de la oferta pública de servicios, situación que no cambió luego de la unificación (Econometría, 2015, pág. 128).

La ausencia de impacto de la unificación del POS en aspectos como número de procedimientos, número de hospitalizaciones y número de atenciones por urgencias (en el marco de las 11 patologías de interés), permite afirmar que financieramente la unificación y actualizaciones no tuvieron un impacto en cuanto al monto de los recursos requeridos, sino únicamente, tal como mencionan las EPS, en el cambio del pagador de los servicios por el giro directo.

El análisis cualitativo buscó evaluar, a través de categorías como: acceso, calidad, protección financiera, integralidad y la oportunidad, el cambio en las condiciones de prestación de los servicios como resultado de la unificación (Econometría, 2015, pág. 143). Esta evaluación se hizo a través de los siguientes grupos de patologías: cáncer de mama, cuello uterino y próstata; hipertensión y diabetes; virus de inmunodeficiencia humana; enfermedad renal; enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, y depresión y esquizofrenia. La evaluación para el diagnóstico que estudió el grupo de patologías cáncer de mama, cuello uterino y próstata arrojó algunos avances y la permanencia de algunas problemáticas evidenciadas antes de la Unificación.

Las problemáticas relatadas por los participantes en los grupos focales, previa la unificación, hacen referencia a aspectos como: la existencia de diagnósticos errados que permitieron el deterioro de las condiciones de los pacientes; los tiempos de espera prolongados que, además de afectar las condiciones de los pacientes, es probable desincentiven el acceso a los servicios; la inestabilidad existente en la contratación entre las EPS y las IPS y, como resultado, los inconvenientes generados frente a la prestación de los servicios; así como las dificultades en términos de los procesos que tienen que surtir los afiliados para acceder a los medicamentos (Econometría, 2015, pág. 146). No obstante, el estudio encuentra que las experiencias de los afiliados en ambos regímenes pueden arrojar perspectivas muy disímiles en términos de la calidad (Econometría, 2015, pág. 148).

El estudio pudo encontrar avances en la calidad y rapidez de los diagnósticos, lo que pudo ser producto de la estandarización de los procesos de diagnóstico (Econometría, 2015, pág. 149). En cambio, se pudo evidenciar la permanencia de las demás dificultades evidenciadas con anterioridad a la unificación, entre ellas: los tiempos de espera prolongados, la incertidumbre frente al acceso a los procedimientos y la inestabilidad existente en la contratación entre las EPS y las IPS. Adicionalmente, los participantes a los grupos focales hicieron referencia a dificultades frente al acceso a los exámenes previos requeridos para una hospitalización o cirugía y al desconocimiento de los pacientes de su condición de salud (Econometría, 2015, pág. 151). La evaluación de las condiciones de los servicios para las otras patologías es análoga a las referidas con ocasión del cáncer de mama, cuello uterino y próstata.

4.4 Contratación, red y capacidad instalada

La evaluación de procesos y actualización del POS tuvo como finalidad determinar los efectos de la unificación sobre los procesos identificados como críticos, que fueron, en el marco del ciclo PHVA⁴¹: planeación administrativa, gestión de calidad, atención al cliente, contratación y venta de servicios, y prestación de servicios (Econometría, 2015, pág. 210)⁴². En las EPS se encuentra la mayor cantidad de resultados en la etapa Hacer (H), en la cual los procesos de recobros ⁴³,

⁴¹. Ciclo Planear-Hacer-Verificar-Actuar, metodología de mejora continua de la cadena de valor que permite a las empresas una mejora permanente en competitividad, sin dejar de lado la mejora en la calidad reduciendo los costos, optimizando la productividad, reduciendo los precios.

⁴². De acuerdo con la metodología PHVA, se identificó en la fase de planeación el proceso de planeación administrativa; en la fase de hacer, los procesos de contratación y venta de servicios, y prestación de servicios; en la fase de verificación, los procesos de gestión de la calidad y atención al cliente, y en el proceso de actuar, el proceso de prestación de servicios.

⁴³ De acuerdo con la Resolución 458 de 2013 los procesos de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) "el procedimiento que se adelanta para presentar cuentas por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), suministradas a un usuario y autorizadas por el Comité Técnico Científico (CTC), u ordenadas por fallos de tutela".

autorizaciones⁴⁴ y manejo de la red⁴⁵ fueron clasificados como críticos. Solo algunas EPS trabajan en procesos de planificación (P) y “ninguna tuvo acciones en verificación o medición (V) ni en atención al usuario para efectos de mejoramiento (Actuar)” (Econometría, 2015, pág. 229). Lo anterior sugiere que la unificación del POS no generó la necesidad en las EPS de nuevas mediciones de sus procesos.

Como resultado de la evaluación se encontró que: frente a la contratación y venta de servicios, se presentaron ajustes para la inclusión de nuevas tecnologías incluidas en el POS, y no hubo cambios frente a la posible ampliación de la red de contratación y aumento de clientes para las IPS (Econometría, 2015, pág. 223)⁴⁶. Por su parte, los cambios frente al uso de red y capacidad, en la medida que las EPS mantuvieron la red contratada, y las IPS continuaron con la oferta de servicios, impidieron el aumento esperado de la capacidad instalada (Econometría, 2015, pág. 223). Por ello, se recomienda que tanto prestadores como aseguradores cumplan con la obligación de presentar los estudios de expectativas de demanda de servicios y las acciones previstas para suplirlas (Econometría, 2015, pág. 224); de lo contrario el incumplimiento de esta obligación podría desencadenar el aumento de los tiempos de espera en el Régimen Subsidiado (Econometría, 2015, pág. 245).

4.5 Conclusiones

El estudio pudo encontrar avances en la calidad y rapidez de los diagnósticos, lo que pudo ser producto de la estandarización de los procesos de diagnóstico (Econometría, 2015, pág. 149). Sin embargo, resalta que las problemáticas anteriores a la unificación subsisten: largos tiempos de espera, excesiva tramitología, la exclusión de algunos medicamentos y la inestabilidad en los contratos entre los agentes involucrados en el Sistema. En este sentido, las

⁴⁴ De acuerdo con la Resolución 548 de 2010 el proceso de autorización es el realizado por los Comités con el fin de “Evaluar, aprobar o desaprobado el suministro de los medicamentos o de los servicios incluidos en las prescripciones u órdenes médicas presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, de los medicamentos y demás servicios médicos y prestaciones de salud por fuera tanto del Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud como del Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

⁴⁵ De acuerdo con la Ley 100 de 1993 son funciones de las EPS: 1) “Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley”; 2) “Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia”. De lo anterior se puede afirmar que el concepto de manejo de la red hace referencia a la contratación de las Instituciones Prestadoras de Servicios encargadas de la prestación de los servicios de salud a cargo de las diferentes Entidades Promotoras de Salud.

⁴⁶ La identificación del efecto de la unificación sobre la oferta se quiso determinar a través de una pregunta enfocada sobre los cambios en la red de atención, identificación de nuevas necesidades, carencia de servicios contratados, nuevo direccionamiento de red, entre otros (Econometría, 2015, pág. 213).

propuestas contempladas en este diseño son potenciales soluciones a estas problemáticas. Por ejemplo, los tiempos de espera y la excesiva tramitología son aspectos que se podrán empezar a controlar con el pago por desempeño, en un inicio solo con las entidades públicas, ya que esta medida ayuda a intervenir los estándares de calidad que se prestan, y dentro de estos están implícitos aspectos como la oportunidad y excesiva tramitología que refieren en el estudio.

En relación con la oportunidad, el mismo estudio afirma que es posible que sea necesario el desarrollo de más estudios acerca de la suficiencia de la red de prestadores en ambos regímenes y, en este caso específico, para el Régimen Subsidiado, que permitan identificar las razones que han podido afectar la oportunidad en la prestación de los servicios. En lo atinente a la tramitología, el Estudio encuentra que la falta de sensibilidad de las personas encargadas de la atención, el desplazamiento para adelantar los trámites necesarios para los servicios, la demora, el reprocesamiento y la desarticulación entre sedes dificultan el acceso al Sistema. Para determinar los efectos de este aspecto se podrían adelantar estudios que estimen los costos que este fenómeno está externalizando en los pacientes, frente a los posibles beneficios que podría obtener el Sistema por conservar los procesos en las condiciones que se encuentran en la actualidad. De encontrarse evidencia que apoye la modificación de los procesos actuales, podría pensarse en aspectos como la profundización y mejor articulación de los diferentes actores que toman decisiones en cuanto al acceso al Sistema y que limite las disputas a su mínima expresión.

Por otra parte, la inestabilidad de los contratos es corregida con la definición de las redes habilitadas por el MSPS y las Entidades Territoriales, que no se han definido debido a que no ha sido expedida la resolución de Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud. Las aseguradoras tendrán un mercado específico de prestadores que les proveerán sus servicios y de quienes dependen para ejercer su función de gestionar el riesgo en salud de la población, entendiéndose por tal la gestión de los diferentes factores causales que pueden incidir positiva o negativamente en la materialización de las enfermedades y de los efectos que se pueden presentar una vez la enfermedad ocurre. La gestión del riesgo en salud podría tener efectos positivos en cuanto a la calidad de la salud de la población y en materia de reducción de costos para el Sistema. Asimismo, el giro directo de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las Instituciones Prestadores de Servicios actúa como un mecanismo que dirime las diferencias que existan entre EPS e IPS, haciendo que los afiliados no vean perjudicado su acceso al Sistema.

De la misma manera, el estudio encuentra que no se evidenciaron modificaciones en la contratación de la red por parte de las EPS, ni aumento de la capacidad instalada

por parte de las IPS, por lo que se infiere que dichos procesos no han afectado las obligaciones de contratación de las EPS de acuerdo con su naturaleza, privada o pública, y al régimen en el cual desarrollan su operación. Sin embargo, es importante que se exija la presentación de los estudios de expectativas de demanda de servicios con el fin de determinar con mayor claridad las razones que explican este comportamiento puesto que, en el corto y mediano plazo, la falta de capacidad instalada puede afectar la oportunidad en el acceso y uso de los servicios de salud, configurándose como una barrera en el Sistema. Por ello, cobra importancia, por un lado la disminución de gastos administrativos que pueden dejar excedentes y en un corto plazo ser invertidos en capacidad instalada y nuevas tecnologías. Por otro lado, la organización de las redes en el ámbito territorial, y alrededor de estudios de necesidades de la región, permiten evidenciar la suficiencia prestada por el Sistema (representada por los aseguradores) en zonas específicas y, posteriormente, hacer los procesos de IVC⁴⁷ para definir si hay contención de gasto que impida, siendo necesaria, la expansión de la red.

Dado que el estudio es acerca de la unificación del POS y no los regímenes por completo, se observa que en términos financieros se concluye que a partir del bajo impacto en el aumento de la frecuencia en procedimientos, hospitalizaciones y urgencias, posiblemente la unificación no tiene un efecto importante en cuanto a los recursos requeridos, sino sólo en el cambio del pagador y que, como se sabe, el procedimiento a través del cual las EPS acceden a los recursos cambiará con la creación de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Al evaluar las razones que llevaron a los afiliados enfermos a no solicitar atención médica, se encontró que la subestimación de la gravedad de la enfermedad predominó en ambos regímenes, con un porcentaje del 50 por ciento para el Contributivo y un 81 por ciento para el Subsidiado. El análisis cualitativo a través de grupos focales permitió observar la baja percepción de la gravedad y relacionarse con la renuencia de las personas de los dos regímenes para tomarse el tiempo de acceder efectivamente a los servicios.

⁴⁷. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

5 **BIBLIOGRAFÍA**

- Aday, L., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Service Research*, 208-20.
- Ardón Centeno, N., Rubio Silva, Z., Parra Navarro, C. I., Daza de Caballero, R., Ariza Olarte, C., & Cubillos Novella, A. F. (2004). Sistema para el monitoreo de la calidad de la atención en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 107-115.
- Econometría. (2015). *Realizar una evaluación de resultados e impacto de la unificación del POS y una evaluación de resultado de su más reciente actualización*. Bogotá.
- Martínez, S., Carrasquilla, G., Guerrero, R., Gómez-Dantés, H., Castro, V., Arreola-Ornelas, H., & Bedregal, P. (2011). Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. *Salud pública de México*, 53, 578-584.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Lineamientos de política para el mercado de aseguramiento en salud*. Bogotá: Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.
- Ministerio de Salud y protección Social . (16 de 11 de 2015). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/pos.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política Integral en Salud. "Un sistema de salud al servicio de la gente"*. Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Morales Eraso, N. (Agosto de 2011). *Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción*. Obtenido de Universidad del Rosario: https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwib58jfk5jQAhUB3GMKHTGD6MQFggbMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.urosario.edu.co%2Furosario_files%2Fab%2Fab%2F56836-f233-459d-bc20-f5f29bf89ed3.pdf&usq=AFQjCNF0kt-vMIC2s6Wtfo
- Osorio, E. (17 de 11 de 2015). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/Modelo%20de%20Gesti%C3%B3n%20Pública%20y%20PIC.pdf>
- Peabody, J., Taguiwalo, M., Roba, D., & Frenk, J. (2006). Improving the Quality of Care in Developing Countries. Chapter 70. En J. DT, B. JG, M. AR, & e. et al., *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development.
- Calderón, J. (2015). Autonomía médica y ley estatutaria de salud. *Acta Médica Colombiana*, 40(1), 51-53. Retrieved from Autonomía médica y ley estatutaria de salud.

- Gomes, M. A. (2005, Agosto). *Organización Panamericana de la Salud- OMS Nicaragua*. Retrieved from Monitoreo y análisis de los procesos de cambio de los sistemas de salud. Puerto Rico.
- International Labour Organization. (2010, Abril 10). *Maternity at work: A review of national legislation. Second edition*. Retrieved from http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_124442/lang--en/index.htm
- Ley 1438, Diario Oficial 47957 (Enero 19, 2011).
- Ley 1751 (Congreso de Colombia Febrero 16, 2015).
- Merlano, C. A., & Gorbanev, I. (2011). ¿Por qué se limita la integración vertical en el sector salud en Colombia? *Revista de gerencia y políticas en salud*, 10(20), 170-180.
- Ministerio de Salud y protección Social . (2015, 11 16). Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/pos.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la unidad de pago de capitación para garantizar el plan de beneficios en salud para el año 2016*. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política Integral en Salud. "Un sistema de salud al servicio de la gente"*. Bogotá. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. (2015). *Población Pobre No Asegurada. Metodología para su estimación y resultados obtenidos*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/metodologia-ppna-sisben-junio-oct.pdf>
- Morales Eraso, N. (2011, Agosto). *Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción*. Retrieved from Universidad del Rosario: https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwib58jfk5jQAhUB3GMKHTGD6MQFggbMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.urosario.edu.co%2Furosario_files%2Fab%2Fabe56836-f233-459d-bc20-f5f29bf89ed3.pdf&usq=AFQjCNF0kt-vMIC2s6WtfO
- Osorio, E. (2015, 11 17). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/Modelo%20de%20Gesti%C3%B3n%20Pública%20y%20PIC.pdf>
- Peñaloza Quintero, E., Puerto García, S., Rios Montañez, A. M., García Cancino, M., & Orozco Rodríguez, N. (2012). *Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas*. Bogotá D.C.: ECOE EDICIONES LTDA.
- Perry, M. (1989). Vertical integration, determinants and effects. *Handbook of industrial organization*, Amsterdam, North-Holland.

- Resolución 5261 (Ministerio de Salud Agosto 5, 1994).
- Restrepo, J. H., Lopera, J. F., & Rodríguez, S. M. (2007). La integración vertical en el sistema de salud colombiano. *Revista de economía institucional*, 9(17), 279-308.
- Robinson, J., & Casalino, L. (1996). Vertical integration and organizational network in healthcare. *health Affairs* 15, 7-22.
- Secretaría de Salud. (2016, Octubre 25). Retrieved from Acerca del Sisbén: <http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/ABCdelSISBEN.aspx>
- WHO. (2015, Julio). *10 facts on breastfeeding*. Retrieved from World Health Organization: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>
- Reforma tributaria, LEY 1739 (Congreso de la Republica 23 de DICIEMBRE de 2014.).
- Vega Vargas, W., & Guzmán Bravo, Ó. (2012). *Conceptos sobre copagos y cuotas moderadoras*. Obtenido de Monitor estratégico: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/Conceptos-sobre-copagos-cuotas-moderadoras.pdf>

5.1 Normatividad

- Ley 100 de 1993, Diario Oficial 41.148 del 23 de diciembre de 1993 (Congreso de la República)
- Ley 1122 de 2007, Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007 (Congreso de la República)
- Ley 1393 de 2010, Diario Oficial No. 47.768 de julio 12 de 2010 (Congreso de la República)
- Ley 1438 de 2011, Diario Oficial 47.957 de enero 19 de 2011 (Congreso de la República)
- Ley 1607 de 2012, Diario Oficial No. 48.655 de diciembre 26 de 2012 (Congreso de la República)
- Ley 1608 de 2013, Diario Oficial No. 48.661 de enero 2 de 2013 (Congreso de la República)
- Ley 1751 de 2015, Diario Oficial 49.427 de febrero 16 de 2015 (Congreso de la República)
- Ley 1753 de 2015, Diario Oficial No. 49.538 de junio 9 de 2015 (Congreso de la República)
- Ley 1797 de 2016, Diario Oficial No. 49.933 de julio 13 de 2016 (Congreso de la República)
- Ley 1819 de 2016, 29 de diciembre de 2016 (Congreso de la República)
- Decreto 19 de 2012, Diario Oficial 48.308 de enero 10 de 2012.
- Decretos 971 de 2011, Diario Oficial No. 48.028 de marzo 31 de 2011 (El Presidente De La República De Colombia)

- Decreto 1429 de 2016, Diario Oficial No. 49.983 de septiembre 01 de 2016. (El Presidente De La República De Colombia)
- Decreto 2353 de 2015, Diario Oficial No. 49.715 de diciembre 03 de 2015 (Ministerio De Salud Y Protección Social)
- Decreto 2560 de 2012, Diario Oficial No. 48.640 de diciembre 10 de 2012 (Ministerio de la Protección social)
- Decreto 2702 de 2014, Diario Oficial No. 9.374 de diciembre 23 de 2014 (Ministerio De Salud Y Protección Social)
- Decreto 1700 de 2011, Diario Oficial 48.078 de mayo 23 de 2011 (El Presidente De La República De Colombia)
- Decreto 3830 de 2011, Diario Oficial 48.221 de octubre 13 de 2011 (El Presidente De La República De Colombia)
- Decreto 4962 de 2011, Diario Oficial No. 48.298 de 30 de diciembre de 2011 (Ministerio De Salud Y Protección Social)
- Resolución 654 de 2014, Diario Oficial No. 49.084 de 6 de marzo de 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social)
- Resolución 1328 de 2016, Diario Oficial No. 49.886 de mayo 27 de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social)
- Resolución 2320 de 2011, Diario Oficial No. 48.106 de junio 20 de 2011 (Ministerio de la Protección social)
- Resolución 3503 de 2015, (Ministerio de Salud y Protección social)
-
- Resolución 4182 de 2011, Diario Oficial N°. 48.201 De septiembre 23 De 2011 (Ministerio de Salud y Protección social)
- Resolución 5395 de 2013, Diario Oficial No. 49.016 de diciembre 27 de 2013 (Ministerio de Salud y Protección social)
- Resolución 5522 de 2013, Diario Oficial No. 49.019 de diciembre 30 de 2013 (Ministerio de Salud y Protección social)
- Resolución 5593 de 2015, Diario Oficial No. 49.739 de diciembre 28 de 2015 (Ministerio de Salud y Protección social)
- Resolución 5925 de 2014, Diario Oficial No. 49.381 de diciembre 31 de 2014 (Ministerio de Salud y Protección social)
- Sentencia T-760 de 2008, Diario Oficial No. 47.489 de octubre 1 de 2009 (Comisión de Regulación en Salud)

6 LISTADO DE ABREVIACIONES

Abreviación	Definición
ADRES	Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad en Salud
APS	Atención Primaria en Salud
BDUA	Base Única de Afiliados
CRES	Comisión de Regulación en Salud
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EAPB	Entidades Aseguradoras de Planes de Beneficios
EPS	Empresas Promotoras de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
FONSAET	Fondo de Salvamento y Garantía para el Sector Salud
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MHCP	Ministerio de Hacienda y Crédito Público
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
PAIS	Plan de Atención Integral en Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
POS	Plan Obligatorio de Salud
PPNA	Población Pobre No Asegurada
PSPIC	Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
RC	Régimen Contributivo
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
RS	Régimen Subsidiado
SGP	Sistema General de Participaciones
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISBEN	Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
SNS	Superintendencia Nacional de Salud
SOGC	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad
UPC	Unidad de Pago por Capitación