

**LA ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA EN EL SISTEMA
GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE
COLOMBIA**

LUÍS ALBERTO LOPERA MARTÍNEZ

UNIVERSIDAD PONTIFICIA JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD

2012

**LA ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA EN EL SISTEMA
GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE
COLOMBIA**

LUÍS ALBERTO LOPERA MARTÍNEZ

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título
de Magíster en Administración de Salud**

ARIEL EMILIO CORTES

Tutor

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD**

2012

Página de aceptación

Este trabajo está dedicado a Beatriz y Laura, que son el motor de todos mis propósitos.

Agradecimientos a todas las personas que hicieron posible este proyecto, especialmente a los profesores Ariel Emilio Cortes, José Fernando Cardona y Nelson Ardón.

CONTENIDO

| | Pg. |
|---|------------|
| LISTA DE FIGURAS..... | 9 |
| LISTA DE CUADROS..... | 10 |
| LISTA DE TABLAS..... | 11 |
| LISTA DE SIGLAS | 12 |
| INTRODUCCIÓN | 13 |
| 1. LA INVESTIGACIÓN..... | 14 |
| 1.1. ANTECEDENTES..... | 14 |
| 1.2. JUSTIFICACIÓN | 19 |
| 1.3. PROPÓSITO..... | 19 |
| 1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 20 |
| 1.5. OBJETIVOS..... | 20 |
| 2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL..... | 21 |
| 2.1. EL RIESGO SOCIAL Y LA SEGURIDAD SOCIAL | 21 |
| 2.2. LOS SISTEMAS DE SALUD..... | 23 |
| 2.3. CLASES DE SISTEMAS DE SALUD..... | 24 |
| 2.4. TIPOLOGÍA DEL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA | 26 |
| 2.5. LA FUNCIÓN DE ARTICULACIÓN Y EL ASEGURAMIENTO EN COLOMBIA .. | 28 |
| 2.6. LAS ORGANIZACIONES ARTICULADORAS Y LA ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA | 33 |
| 2.7. LA GESTIÓN DE LA ENFERMEDAD EN EL CASO PUNTUAL DE LAS ENFERMEDADES RARAS..... | 38 |
| 2.8. RESPONSABILIDADES Y HERRAMIENTAS DE LAS ORGANIZACIONES ARTICULADORAS Y LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA | 39 |
| 3. ESTADO DEL ARTE..... | 40 |
| 4. METODOLOGÍA..... | 43 |
| 4.1. TIPO DE ESTUDIO..... | 43 |
| 4.2. POBLACIÓN Y UNIDADES EN OBSERVACIÓN..... | 44 |
| 4.3. MUESTRA | 45 |

| | | |
|---------|---|----|
| 4.4. | UNIDAD DE ANÁLISIS | 46 |
| 4.5. | SISTEMA DE VARIABLES | 46 |
| 4.6. | FUENTES DE INFORMACIÓN | 47 |
| 4.7. | INSTRUMENTOS | 47 |
| 5. | RESULTADOS DEL EJERCICIO EMPIRICO | 48 |
| 5.1. | LA ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA SEGÚN LOS POSTULADOS DEL PLURALISMO ESTRUCTURADO..... | 48 |
| 5.2. | LA ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA.SEGÚN LA LITERATURA | 49 |
| 5.3. | LA ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA SEGÚN EL ENFOQUE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA..... | 51 |
| 5.4. | LA ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA EN EL DESARROLLO NORMATIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD..... | 53 |
| 5.4.1. | Obligatoriedad de la afiliación | 53 |
| 5.4.2. | Promoción de la salud y prevención de la enfermedad..... | 55 |
| 5.4.3. | Red de servicios con libre escogencia acotada..... | 57 |
| 5.4.4. | Administración de beneficios farmacéuticos | 59 |
| 5.4.5. | Planes de salud..... | 60 |
| 5.4.6. | Prima fija por capitación regulada..... | 62 |
| 5.4.7. | Ajuste de riesgos para determinar el valor de las primas. | 64 |
| 5.4.8. | Solidaridad..... | 66 |
| 5.4.9. | Puerta de entrada / Referencia y contrareferencia | 67 |
| 5.4.10. | Eliminación de la selección de riesgos..... | 68 |
| 5.4.11. | Salud pública | 69 |
| 5.4.12. | Sistema de tarifas para los servicios de salud | 70 |
| 5.4.13. | Sistema Obligatorio de Calidad de los Servicios | 72 |
| 5.4.14. | Procedimientos para controlar la atención (Auditoría Médica) | 73 |
| 5.4.15. | Comité Técnico Científico..... | 74 |
| 5.4.16. | Procedimientos de Evaluación Tecnológica | 75 |
| 5.4.17. | Sistema de Gestión del Riesgo | 77 |
| 5.4.18. | Sistema de Información Epidemiológica..... | 80 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 5.4.19. | Sistema de Control de Costos..... | 81 |
| 5.4.20. | Guías de Atención Integral | 82 |
| 5.4.21. | Atención Primaria | 85 |
| 5.5. | LA ATENCIÓN MÉDICA ADMINSTRADA EN EL EEJERCICIO EMPÍRICO | 85 |
| 5.5.1. | Programas de manejo de las enfermedades crónicas a la vista del público. | 85 |
| 5.5.2. | Programas de manejo de las enfermedades crónicas relatados por las entidades promotoras de salud. | 89 |
| 5.5.3. | Enfermedad coronaria..... | 90 |
| 5.5.4. | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 90 |
| 5.5.5. | Hipertensión arterial..... | 92 |
| 5.5.6. | Insuficiencia cardiaca..... | 93 |
| 5.5.7. | Insuficiencia renal..... | 94 |
| 5.5.8. | Obesidad | 95 |
| 5.5.9. | Diabetes mellitus | 96 |
| 5.5.10. | Asma | 98 |
| 5.5.11. | Cáncer..... | 98 |
| 5.5.12. | Artritis..... | 100 |
| 5.5.13. | Depresión clínica | 100 |
| 5.5.14 | Osteoporosis..... | 101 |
| 5.6. | SISTEMAS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS ENFERMOS CRÓNICOS. | 102 |
| 5.7. | SISTEMAS DE SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DE LOS AFILIADOS EN EL LARGO PLAZO..... | 103 |
| 6. | CONCLUSIONES | 105 |
| 7. | RECOMENDACIONES | 108 |
| | BIBLIOGRAFÍA | 111 |

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|-----------|---|----|
| Figura 1 | Sistema General de Seguridad Social en Salud. Introducción del enfoque de atención primaria. | 52 |
| Figura 2 | Sistema General de Seguridad Social en Salud. Obligatoriedad de la afiliación. | 54 |
| Figura 3 | Sistema General de Seguridad Social en Salud. Promoción y prevención. | 56 |
| Figura 4 | Red de servicios con libre escogencia acotada. | 58 |
| Figura 5 | Administración de beneficios farmacéuticos. | 60 |
| Figura 6 | Planes de Salud. | 61 |
| Figura 7 | Prima fija por capitación regulada. | 63 |
| Figura 8 | Ajuste de riesgo para determinar el valor de las primas. | 65 |
| Figura 9 | Solidaridad entre niveles de ingresos. | 66 |
| Figura 10 | Puerta de entrada. Referencia y contrareferencia. | 67 |
| Figura 11 | Eliminación de la selección de riesgos. | 68 |
| Figura 12 | Salud pública. | 69 |
| Figura 13 | Sistema de tarifas hospitalarias. | 70 |
| Figura 14 | Sistema obligatorio de garantía de la calidad de los servicios. | 72 |
| Figura 15 | Procedimientos de control sobre la atención. Auditoría Médica | 73 |
| Figura 16 | Comité Técnico – Científico. | 74 |
| Figura 17 | Procedimientos de evaluación tecnológica. | 76 |
| Figura 18 | Sistema de gestión de riesgos. | 78 |
| Figura 19 | Sistema de información epidemiológica. | 80 |
| Figura 20 | Sistema de control de costos. | 81 |
| Figura 21 | Guías de atención integral. | 83 |
| Figura 22 | Atención primaria. | 85 |

LISTA DE CUADROS

| | | |
|-----------|---|-----|
| Cuadro 1 | Principales elementos de la atención médica administrada en los fundamentos del Sistema General de Seguridad Social | 51 |
| Cuadro 2 | Disponibilidad de centros de atención ambulatoria | 86 |
| Cuadro 3 | Procedimiento ofrecido para acceder a consulta y servicios especializados relacionados con su enfermedad. | 87 |
| Cuadro 4 | Procedimiento establecido por la EPS para manejar su enfermedad en el largo plazo. | 87 |
| Cuadro 5 | Procedimiento tiene la EPS para suministrar servicios no incluidos en el POS | 88 |
| Cuadro 6 | Procedimiento establecido por la EPS para manejar su enfermedad en el largo plazo. | 89 |
| Cuadro 7 | Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con enfermedad coronaria | 90 |
| Cuadro 8 | Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) | 91 |
| Cuadro 9 | Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Hipertensión arterial. | 92 |
| Cuadro 10 | Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Insuficiencia Cardíaca. | 94 |
| Cuadro 11 | Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Insuficiencia Renal. | 95 |
| Cuadro 12 | Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Obesidad | 96 |
| Cuadro 13 | Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Diabetes Mellitus | 97 |
| Cuadro 14 | Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Asma | 98 |
| Cuadro 15 | Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Cáncer | 99 |
| Cuadro 16 | Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Artritis. | 100 |
| Cuadro 17 | Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Depresión Clínica. | 101 |
| Cuadro 18 | Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Osteoporosis | 101 |
| Cuadro 19 | Sistemas para identificar y prestar atención médica a pacientes con enfermedades crónicas comunes | 103 |
| Cuadro 20 | Sistemas para efectuar seguimiento al estado de salud de los afiliados, en el largo plazo, enfermos o sanos). | 104 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Empresas Promotoras del Régimen Contributivo que la muestra | 45 |
| Tabla 2. Empresas Promotoras del Régimen Contributivo en la muestra | 46 |

LISTA DE SIGLAS

POS: Plan obligatorio de Salud.

POS-s: Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

EPS: Empresa Promotora de Salud

DMAA: Disease Management Association of America

UPC: Unidad de pago por capitación.

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

IAMC: Instituciones de Atención Médica Colectiva.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

MPS: Ministerio de la Protección Social.

CRES: Comisión Reguladora en Salud.

CNSSS: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

GAI: Guías de Atención Integral

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PBM: Administración de Beneficios Farmacéuticos

INTRODUCCIÓN

Este documento contiene un trabajo de grado presentado en cumplimiento de requisitos de orden académico exigidos por la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana a los estudiantes que pretenden alcanzar el título de “MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD”; se refiere a la aplicación de las herramientas de atención médica administrada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.

Más allá de la formalidad académica, este trabajo de investigación pretende hacer una contribución, así sea modesta, a la discusión sobre el Sistema de Salud de Colombia, teniendo en cuenta que su buen funcionamiento ayuda a mejorar la calidad de vida sus habitantes. En esto radica el interés en el tema.

Sobre el funcionamiento del Sistema General de Salud, los formuladores de políticas formulan los siguientes cuestionamientos: (1) no ha alcanzado la cobertura universal; (2) ni ha igualado ni los planes de beneficios de los dos regímenes; (3) ni ha logrado que la red pública funciones con los estándares de calidad y eficiencia que estaban previstos; (4) tampoco se ha resuelto del todo la estructura técnica y financiera del sistema. Mientras tanto las evaluaciones académicas se centran en la justicia social, el acceso, la calidad, la eficiencia y la equidad en el sistema de salud y en el estado de salud de la población, sin se haya ensayado como otro mecanismo de evaluación el cumplimiento de las funciones y el uso de las herramientas que le son propias, entre otras las que se derivan de la atención médica administrada.

Bajo la denominación "atención médica administrada" se ha desarrollado una amplia gama de herramientas que intentan corregir las deficiencias que se perciben en la práctica médica al interior de los sistemas de aseguramiento en salud; constituyen un conjunto de actividades para organizar la atención médica de tal manera que se mejore la calidad de vida de los enfermos y se evite el desperdicio de esfuerzos y recursos. Es sobre

El trabajo se realizó de conformidad con los lineamientos metodológicos de la Universidad; su ejercicio empírico comprendió la revisión de normas técnicas y legales y la entrevista a pacientes y a dirigentes de les Entidades Promotoras de Salud.

Como logro principal queda la caracterización de atención médica administrada en el Sistema General de Seguridad Social de Colombia.

1. LA INVESTIGACIÓN

1.1. ANTECEDENTES

Sobre el desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud pesan fundamentalmente dos cuestionamientos: el logro de las metas de cobertura y el aumento progresivo de los beneficios para los afiliados.

A partir del año 2000, todo colombiano debió acceder al sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado. (Ley 100 de 1993, art. 162). No obstante, de conformidad con el informe presentado al Congreso por la Presidencia de la República (Uribe 2009,), a diciembre de 2008 de una población de 44 millones de habitantes, de 17.8 millones estaban afiliados al régimen contributivo y 23.8 al régimen subsidiado.

En la norma citada, también estaba previsto que el año 2000 también era el término para unificar los planes de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y que los servicios de los planes de beneficios actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

No obstante, de conformidad con los fundamentos expuestos por el gobierno Nacional para expedir el Decreto 4975 de 2009 (declarado inexecutable por la Corte Constitucional), por medio del cual se declaró el estado de emergencia social, no existen las condiciones institucionales, financieras, fiscales y operativas para unificar los beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General Social en salud; el sistema tampoco tiene como procurar el acceso oportuno a los servicios definidos por los planes de beneficios ni para alcanzar la universalidad del aseguramiento. (Decreto 4975 de 2009). Esta situación revela que el sistema no resulta bien evaluado según la metodología basada en indicadores de cobertura efectiva, entendida esta como el acceso real a los servicios de salud por medio de la afiliación a un seguro obligatorio.

En este sentido, la cobertura ha de entenderse en los términos del principio de universalidad consagrado en el Artículo 153 de la Ley 643 de 2001, en virtud del cual el Sistema General de Seguridad Social en Salud debe cubrir a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.

Pero tampoco sale bien librado en el juicio ético ni tiene una percepción favorable, si nos atenemos a exámenes tales como el efectuado por la Corte Constitucional con ocasión de la Sentencia T-760 de 2008. Esta corporación consideró que en el

Sistema General de Seguridad Social en Salud desconoce el derecho a la salud pues no garantiza la prestación de los servicios ordenados por el médico tratante, cuando no encuentran incluido en el plan obligatorio de salud; condiciona el acceso a un servicio de salud al pago moderador que corresponda reglamentariamente, no concede prioridad a los niños por encima de las normas del sistema; no reconoce los servicios ordenados por los médicos no adscritos; desconoce el pago de prestaciones económicas a quienes no pagan oportunamente; niega los servicios a quienes dejan de cotizar; no afilia a personas con enfermedades de alto costo, oponen tramites a la prestación del servicio de salud; aplica una interpretación restrictiva del POS, según la cual se entienden excluidos los insumos no mencionados expresamente en el POS. (Sentencia T-760 de 2008).

Para la Corte el derecho a la Salud es un Derecho Fundamental que de ser desconocido se opone al concepto de “*dignidad humana*”, y por ende se opone nada menos que a la “...*libertad de elección de un plan de vida concreto en el marco de las condiciones sociales en las que el individuo se desarrolló...*” ya que niega “*la posibilidad real y efectiva de gozar de ciertos bienes y de ciertos servicios que le permiten a todo ser humano funcionar en la sociedad según sus especiales condiciones y calidades, la lógica de la inclusión y de la posibilidad de desarrollar un papel activo en la sociedad*”. (Sentencia T-760 de 2008).

De esta evaluación se tiene que no se han cumplido dos metas fundamentales del sistema: La primera, cobertura universal, medida como la afiliación de toda la población a una aseguradora; la segunda, la nivelación del contenido del Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado (POS-s) con el del régimen contributivo (POS) y que tampoco ha cumplido con los propósitos cardinales del sistema, expresados desde su definición legal: “*La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad*”. (Ley 100 de 1993, preámbulo).

No obstante, el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS de Colombia no ha sido evaluado en relación con la aplicación del esquema de **atención médica administrada**, previsto desde su formulación (Ministerio de Salud (1994), propio del pluralismo estructurado (Londoño J. L. y Frenk J., 1997) e inherente a los sistemas de salud basados en el aseguramiento (Starfield Bárbara, 2000), teniendo en cuenta la recopilación de (Kongstvedt, 2001).

En resumen, se trata de evaluar el Sistema General de Seguridad Social en Salud teniendo en cuenta si funciona de conformidad con los pilares cardinales

contemplados su diseño legal y conceptual, más allá de la mera movilización de recursos entre financiadores y prestadores de servicios de salud, pues el aseguramiento en un sistema de aseguramiento en los términos del pluralismo estructurado tiene asignadas unas funciones esenciales que se resumen en la **administración de la atención médica**.

Esta modalidad de evaluación se hace necesaria a la luz de los siguientes hechos:

- El uso de guías de práctica clínica en el sistema está previsto desde la expedición de la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud y su inscripción en ellas es de carácter obligatorio.

No obstante, solo hasta el mes de septiembre de 2009 estuvo disponible la guía metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia. (Ministerio de la Protección Social, 2009). La guía piloto de esta metodología fue la guía de práctica clínica sobre Diabetes Tipo 1: niños, niñas y adolescentes, la cual fue entregada en octubre de 2009. (Ministerio de la protección Social, 2009-2).

La Guía para el manejo de la enfermedad renal crónica y el modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica, fue publicada en 2007. Ministerio de Protección Social. (2007-3).

- El FOSYGA está atendiendo 2.000.000 de recobros por medicamentos, por la metodología de pago por servicios prestados. Esta modalidad de pago no resulta compatible con un modelo de aseguramiento de segundo piso. (Correa. 2010).
- La metodología de administración de beneficios farmacéuticos, que es una herramienta clásica de la atención médica administrada, apenas se intentó introducir el año 2009.

Para el efecto el Ministerio de la Protección Social, a través del FOSYGA, celebró con la Caja de Previsión de las Comunicaciones CAPRECOM el contrato 334 del 10 de septiembre de 2009 para la *“Coordinación del acceso a servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios – suministro de insumos y medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud – e igualmente la prestación de estos servicios”*. En desarrollo del convenio Caprecom publicó la invitación pública N° 2 de 2010, cuyo objeto era la contratación de una empresa para el desarrollo de la Metodología de Administración de Beneficios Farmacéuticos (PBM por sus siglas en inglés) y su implementación en el Sistema de Salud Colombiano para eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, del régimen contributivo.

(Caprecom 2010. Este proceso contractual fue abortado y el convenio no se ejecutó).

- Los mecanismos de reaseguro del sistema fueron establecidos en el artículo 162, de la Ley 100 de 1993, norma que ordenó a las entidades promotoras de salud que reaseguraran los riesgos derivados de la atención de enfermedades de alto costo, mandato ratificado en el artículo 19 de la Ley 1122 de 2007 que dispuso contratar un seguro o responder en forma colectiva.

No obstante, solamente hasta el año 2007 se creó la denominada cuenta de alto costo (Decreto 2699 de 2007), con el propósito de conformar y administrar el fondo colombiano de enfermedades de alto costo.

- Transcurridos dieciséis años desde la expedición de la Ley 100 de 1993, el sistema de salud no hay desarrollado una metodología para actualizar el Plan Obligatorio de Salud, y por ende para calcular la unidad de pago por capitación.

Solamente hasta el año 2010 la Comisión de Regulación en Salud abrió el concurso de méritos para *“Desarrollar la metodología y los estudios necesarios para actualizar el Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia (...).”*

- El cálculo de la prima en el sistema (unidad de pago por capitación) ha excluido la clasificación de los pacientes al asignar los recursos. O mejor, lo ha limitado a la edad y al sexo. Por lo anterior, el sistema carece de mecanismos de ajuste del riesgo destinados a mantener el equilibrio técnico y financiero del sistema. (Ministerio de Salud 2009-3)

Lo expuesto indica que *la existen dudas razonables sobre la aplicación en el sistema de salud de Colombia de los mecanismos propios del cuidado administrado y sobre el desarrollo de los procesos de articulación de servicios de salud propios del modelo que se adoptó. Esta situación probablemente está relacionada con el desempeño del sistema en términos globales, y comprometiendo la viabilidad de su matriz de equilibrio financiero.*

En efecto, la falta de aplicación de esas herramientas y su sustitución por mecanismos alternativos tales como los recobros al FOSYGA por la metodología de eventos individuales es un hecho notorio, cuyos efectos se analizan a continuación.

Se ha documentado que el FOSYGA está atendiendo al año dos millones de recobros por medicamentos, por la metodología de pago por servicios prestados.

Esta modalidad de pago no resulta compatible con un modelo de aseguramiento de segundo piso y de paso produce los siguientes efectos:

Para el año 2011, los servicios recobrados al FOSYGA representaban el 20% de los ingresos totales de las Entidades Promotoras de Salud (Superintendencia Nacional de Salud 2011 PP. 1).

Mientras tanto, las cuentas por cobrar de los hospitales a las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes a ese mismo corte tenían un valor de \$9.0 billones en ese periodo. (Superintendencia Nacional de Salud 2012 PP. 1). Esta cifra es significativa teniendo en cuenta los ingresos por unidad de pago por capitación de las Entidades Promotoras de Salud en el periodo ascendieron a \$ 13.4 billones.

Para esa fecha, la subcuenta de compensación del FOSYGA tenía un saldo de apenas \$1.7 billones, para responder por las cuentas que según la contabilidad de las Empresas Promotoras de Salud valen \$ 2.2 billones, de cobro incierto y provisión insuficiente (Superintendencia Nacional de Salud 2011). Este aspecto es crítico porque la estructura financiera de las EPS, en ese momento, presentaba las siguientes características:

- **Iliquidez.** Índice de liquidez de 0.8 en el régimen subsidiado y de 1.1 en el contributivo.
- **Capital de trabajo.** Negativo en el régimen subsidiado (\$-551. Miles de millones) y apenas \$ 508.340.522 en el contributivo.
- **Solvencia.** Endeudamiento superior al 87% en ambos regímenes.
- **Rendimiento.** Los índices de sobre ingresos, activos y patrimonio son negativos.
- **Insuficiencia patrimonial.** De conformidad con los requisitos de solvencia actuales se observa un faltante de \$ 2.5 billones en los dos regímenes; el patrimonio total es \$ 728.6 y (\$-538.1) para las EPS del régimen contributivo y subsidiado respectivamente.
- **Resultados.** Las pérdidas de la vigencia en los dos regímenes fueron de (\$-320) miles de millones y las acumuladas \$780 miles de millones.

Esta estructura financiera no aguanta cambios en la frecuencia o en la severidad económica de las utilidades de servicios de salud, así que el aumento de los requisitos de solvencia simplemente aumenta un costo del capital que ya es insostenible.

Así las cosas, la prestación de servicios de salud por fuera del Plan Obligatorio de Salud se hizo por medio de mecanismos incompatibles con el esquema de atención médica administrada, los cuales destruyeron el equilibrio financiero del sistema y que eliminaron el margen de maniobra para llevar la cobertura del sistema al ciento por ciento de la población, para nivelar los planes de beneficios

entre regímenes y para actualizar el plan de beneficios al compás de la realidad epidemiológica y del desarrollo de la oferta de medicamentos, equipos y dispositivos médicos.

Probablemente, también en términos particulares, la aplicación de las herramientas de cuidado administrado sea una buena alternativa. Es el caso del desarrollo del sistema de protección por parte del estado colombiano a la población que padece de enfermedades huérfanas, el cual fue ordenado por la Ley 1392 (2010). Este sistema de protección debe garantizar el acceso a los servicios de salud y tratamiento y rehabilitación a las personas que se diagnostiquen con dichas enfermedades, por medio de diferentes planes, programas y estrategias de intervención en salud, emitidas por el Ministerio de la Protección Social, las cuales necesariamente corresponden al ámbito del cuidado de la salud administrado.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La importancia de este trabajo de investigación radica en que resulta socialmente relevante establecer si las herramientas de la atención médica administrada son aplicables para ayudar a corregir los problemas de desempeño Sistema General de Seguridad Social en Salud. Además en la actual coyuntura, se considera deseable la búsqueda de caminos hacia la cobertura universal, la nivelación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado y la prestación de servicios no cubiertos por los planes de beneficios.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud maneja un esquema de aseguramiento diseñado bajo las premisas de modelo de pluralismo estructurado, el cual contiene mecanismos de articulación entre financiadores y prestadores de servicios de salud, compatibles con el esquema la atención médica administrada.

1.3. PROPÓSITO

El desarrollo de esta investigación tiene como propósito el cumplimiento de un requisito exigido por la Universidad Pontificia Javeriana para optar al título de Maestría en Salud, pero también representa una oportunidad para ampliar la base conceptual que el autor aplica en su práctica profesional cotidiana.

De otra parte, existe la modesta pretensión de aportar elementos de discusión sobre el destino del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ahora que se

hace necesario revisar sus mecanismos de financiación y de operación. El diseño de la investigación también pretende ayudar a desarrollar el sistema de protección a los pacientes con enfermedades huérfanas, llevando a la práctica los postulados de la Ley 1392 de 2010.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe un amplio consenso sobre los cuestionamientos al desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sobre todo porque que no ha alcanzado las metas de cobertura y ni las de ampliación de beneficios; por ello se ha planteado su reestructuración, frente a lo cual surgen varias inquietudes:

¿El aseguramiento en Sistema General de Seguridad Social en Salud se comporta como un sistema de atención médica administrada o como un sistema de aseguramiento tradicional?

¿Las empresas promotoras de salud asumen las responsabilidades inherentes a su condición de organizaciones articuladoras de servicios de salud?

¿El desempeño del Sistema General de Seguridad en Salud está vinculado con la aplicación de las herramientas de la atención médica administrada?

¿El cumplimiento de las responsabilidades y el uso de las herramientas propias de la atención médica administrada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden contribuir a alcanzar la cobertura universal, la nivelación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado y la ampliar periódicamente los planes de beneficios?

¿El uso de las herramientas propias de la atención médica administrada puede contribuir a cumplir con obligaciones puntuales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como los establecidos por la Ley 1392 de 2010 para los pacientes que sufren enfermedades huérfanas?

1.5. OBJETIVOS

De conformidad con estos cuestionamientos, el objetivo general de la investigación se centró en:

Determinar la aplicación y cumplimiento, en el sistema de salud de Colombia, de las herramientas y responsabilidades propias de un sistema de atención médica administrada.

Así mismo, los objetivos específicos fueron:

- Revisar exhaustivamente el concepto de atención médica administrada y evaluar su aplicación en el Sistema General de Seguridad Social en salud.
- Establecer si las empresas promotoras de salud asumen plenamente las responsabilidades inherentes a su condición de organizaciones articuladoras de servicios de salud.
- Verificar si el desempeño del Sistema General de Seguridad en Salud está vinculado con la aplicación de las herramientas de la atención médica administrada.
- Determinar si el cumplimiento de las responsabilidades y el uso de las herramientas propias de la atención médica administrada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden contribuir a alcanzar la cobertura universal, la nivelación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado y la ampliar periódicamente los planes de beneficios.
- Efectuar un ejercicio empírico sobre la aplicación de la atención médica administrada en la regulación actual del sistema general de seguridad social en salud, particularmente en el sistema de protección a los pacientes con enfermedades crónicas.

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. EL RIESGO SOCIAL Y LA SEGURIDAD SOCIAL

El riesgo social se puede definir como *“...un acontecimiento que compromete la capacidad de los individuos para asegurar por si mismos su independencia social”* (Castel, 2004 p.p. 35). A esta familia de acontecimientos pertenecen la enfermedad, el desempleo y la vejez, y la protección contra ellos suele estar relacionada con discusiones más profundas, por ejemplo sobre el individuo o el ciudadano, las cuales rebasan ampliamente el concepto de seguridad social.

La seguridad social está conformada por el conjunto de mecanismos que cada sociedad le ofrece a sus miembros “...mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte...” (OIT, 2001 p.p. 14)

Hacen parte de la seguridad social programas de los estados tales como la jubilación, la vivienda, los alimentos y los servicios de salud, los cuales se estructuran en lo que se ha venido denominando sistemas de protección social. A primera vista los sistemas de protección social son inherentes al estado, pero en ellos subyace una alianza entre el estado y la economía que permite organizar la producción y distribución de amparos. Los sistemas de protección social se estructuran, en consecuencia, como funciones de complemento al mercado. (Rodríguez y Le Boniec, 2006).

En consistencia con lo indicado, en el Sistema General de Seguridad Social de Colombia, la seguridad social fue definida en los siguientes términos:

“La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.” (Ley 100 de 1993, preámbulo).

La provisión de servicios de salud al interior de los sistemas de protección social se le encarga a los que denominaremos, sistemas de salud.

A los sistemas de salud se llega cuando los procesos de desarrollo de las sociedades agotan el acceso a los servicios asistenciales con cargo a la riqueza de los individuos en el caso de los ricos o con cargo a la asistencia pública y la beneficencia, en el caso de los pobres.

En el contexto colombiano, la aparición de la seguridad social estuvo precedida, en primer lugar, por la concepción higienista de los servicios de salud, dirigida a la prevención y la atención de enfermedades desde la óptica de lo colectivo; en segundo lugar, el sistema de atención médica individual para los pobres, por medio del hospital y con la participación de la beneficencia privada y la asistencia pública; en tercer lugar, la atención médica privada, incluyendo la medicina tradicional; y finalmente la provisión de servicios la seguridad social, nacida del conflicto obrero patronal y por tanto concebida como la salud de los obreros y los empleados. (Hernández, 2000)

2.2. LOS SISTEMAS DE SALUD

Se puede afirmar que los sistemas de salud son mecanismos de las sociedades para regular, financiar y prestar los servicios de salud de la mejor manera posible. Estos mecanismos no se pueden reducir a una simple colección de organizaciones, puesto que encarnan relaciones complejas entre sus componentes principales: las poblaciones que tienen unas necesidades de salud y las instituciones, establecidas para responder organizadamente a esas necesidades. (Londoño y Frenk, 1997).

Los sistemas de salud se estructuran para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, asignando ciertas funciones básicas a las instituciones que lo conforman. (Londoño y Frenk, 1997). En términos de North (1990), por instituciones se ha de entender el conjunto de reglas de juego de una sociedad, o sea, el marco de restricciones ¹ en el que se dan los intercambios humanos de carácter económico y social. En otras palabras, las instituciones son las reglas formales e informales que rigen tanto la economía como las prácticas sociales.

Esas reglas son el producto del desarrollo histórico y social de los países, y son el marco para formular la política económica y para trazar las estrategias para el desarrollo; al formularlas, la discusión se centra en el grado de libertad del mercado y el grado de intervención gubernamental en la economía. (Alatorre, 2005). En Colombia la intervención del estado en la provisión de servicios de salud ha sido debatida desde mucho antes de la creación del Ministerio de Salud, situación que se ilustra con la siguiente cita:

“Esta política de seguro social encarna un intervencionismo estatal bastante declarado... Hemos tenido el seguro libre y privado, con las sociedades mercantiles de seguros de vida, cajas de ahorro, mutualidades, cooperativas, sociedades de socorro, etc., pero todas estas instituciones sujetas a un interés mercantil e individual sólo representan en beneficio colectivo un porcentaje (sic.) minúsculo sin consecuencias hacia los fines integrales que con ellas se buscan. Esto hace que el estado moderno funde y cristalice sus aspiraciones en materia de previsión para la clase obrera y la clase media en el seguro social obligatorio, declarándolo ‘un nuevo servicio público’, que sustituye la llamada beneficencia pública, que tiene el carácter de la limosna, por un derecho imprescriptible a favor del individuo engendrado por el seguro social.” (Colombia, Cámara de Representantes, 1933 p.p. 844, Citado en Hernández, 2000)

Las funciones esenciales de los sistemas de salud son el **financiamiento** y la **prestación de servicios**, entre los cuales median **mecanismos de articulación** y

¹ En esta escrito el concepto de *restricción* corresponde a la delimitación de los roles sociales.

sistemas de pago a los prestadores de los servicios. (Londoño y Frenk, 1997 y OCDE, 1990).

Así, pues, los modelos de los sistemas de salud están definidos por las funciones que tienen asignadas y por el grado de participación del estado en la ejecución de sus funciones. En los países de economía central planificada no hay participación privada ya que todas las funciones están asignadas a agentes estatales, pero al contrario no se ha documentado la existencia de un sistema de salud con participación totalmente privada. Para Arrow (1963) el mercado de servicios de salud tiene unas características estructurales que lo definen como no competitivo y sub óptimo, características que se derivan fundamentalmente de la no comercialidad de muchos de los riesgos y de la comercialidad imperfecta de la información, que degeneran en lagunas de cobertura y que justifican diversos grados de intervención estatal. La intervención del estado en la financiación, la provisión, la regulación de los servicios de salud se explica y justifica, según Stiglitz (2000), con los siguientes argumentos: 1) Los fallos del mercado de servicios de salud son tan protuberantes que no puede ser eficientes en términos de Pareto; 2); se requiere un acceso equitativo a los servicios de salud, y; 3) se requiere el acceso de los que no se aseguran o que son muy pobres para pagar por los servicios.

En general la intervención del estado en la vida económica y social se encuentra justificada en la búsqueda del bien común. Para Bianchi (2001) ello se traduce en garantizar el derecho a gozar de los frutos de su trabajo, el ejercicio de los derechos individuales, sobre todo los económicos y la corrección de las desigualdades.

La salud pública es otra justificación de la intervención del estado en la provisión de servicios de salud, pues en su calidad de intervención colectiva, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas, requiere de un consumo inducido, tal como se desprende de la siguiente definición: *“La salud pública es entendida como la salud del público, de la población, y abarca, por tanto, todas las dimensiones colectivas de la salud. Esta noción de salud pública nace del mismo concepto de salud, concebida como la ausencia de enfermedad, de lesiones y de incapacidad, en un completo estado de bienestar.”*(OPS, 2000). La prestación de los servicios de salud pública no es una tarea exclusiva de los sistemas de salud, pues su vocación es intersectorial.

2.3. CLASES DE SISTEMAS DE SALUD

Con excepción de los modelos de planificación centralizada de la economía que aún subsisten, los países estructuran sus sistemas de salud dejando actuar el

mercado en combinación con mecanismos de distribución de ingresos, entendidos estos como la provisión de servicios médicos con cargo a los impuestos. De este esquema se espera tanto igualdad como eficacia macroeconómica, ya que el mercado aporta competencia lo cual motiva al consumidor a exigir calidad y al proveedor a buscar la eficiencia. No obstante, sistemas de salud basados totalmente en los impuestos o por el contrario únicamente en el mercado no son una opción actualmente. En la América Latina de los años noventa la tipología de sistemas de salud construida de conformidad con las funciones y la agrupación de las poblaciones era la siguiente: modelo público unificado, o de monopolio estatal; modelo de contrato público, basado en prestadores privados financiados con recursos públicos; modelo privado atomizado, basado en la financiación y prestación privada de los servicios; y, modelo segmentado. (OCDE, 1990).

El modelo segmentado es el más común y se caracteriza por que en la relación entre poblaciones e instituciones median diversos mecanismos de integración, definidos en función de los grupos poblacionales. Estos grupos poblacionales corresponden a segmentos de la población caracterizados según su capacidad de pago. Es lo que se denomina modelo segmentado. (Londoño J. L. y Frenk J., 1997).

Los tres segmentos identificados por el autor son los siguientes:

- **Trabajadores de la economía formal.** Reciben servicios de salud de las instituciones de seguridad social, para sí y frecuentemente para su familia. Se consideran que tienen capacidad de pago en razón a los fondos que conforman sus aportes y de quienes los emplean.

Estas instituciones son inspiradas en el modelo de seguridad social instaurado en Alemania entre 1883 y 1889, el cual se extendió por el mundo y hoy continua siendo la base de los sistemas de seguridad social.

La social democracia europea desarrolló un sistema de seguridad social basado en un seguro obligatorio dirigido fundamentalmente a los trabajadores, cuyas prestaciones tienen el carácter de derecho imprescriptible del ciudadano, y son prestadas asumidas como servicio público administrado por el Estado. (Hernández, 2000).

- **Población de altos ingresos sin cobertura de la seguridad social.** Este segmento de la población accede a los servicios de salud con sus propios recursos.

La OCDE, (1990) determina que para un grupo familiar la provisión de servicios médicos en el mercado es impredecible y por tanto puede resultar tan costosa que afecte el patrimonio o que resulte impagable. Una manera de solucionar el problema es equilibrar las cargas económicas es el aseguramiento. Pero si el

aseguramiento es voluntario y privado se tenderá a excluir a los individuos con enfermedades costosas o preexistentes. Por su parte los asegurados tenderán a consumir servicios por encima de sus necesidades, con el consiguiente efecto sobre el valor de las primas y el aumento de los costos globales de los servicios.

- **Población pobre.** Son personas excluidas de la seguridad social porque no tienen empleo formal. Como no pueden pagar por los servicios de salud, están a cargo de los ministerios de salud, frecuentemente por medio de la red pública de hospitales o también por instituciones privadas financiadas con recursos públicos o de beneficencia.

2.4. TIPOLOGÍA DEL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA

En los años 80 los diferentes sistemas de salud de Latinoamérica fueron cuestionados severamente, teniendo en cuenta medidores de desempeño tales como la eficiencia, la cobertura y la calidad. A los sistemas segmentados como el de Colombia, se les cuestionaba que la población con frecuencia debía traspasar las divisiones artificiales entre los segmentos para obtener servicios, con la consiguiente consecuencia económica. (Londoño J. L. y Frenk J., 1997).

Por otra parte, la evidencia empírica revelaba la existencia de una brecha entre el estado de salud de la población observado y el estado de salud potencialmente alcanzable con el correcto funcionamiento de los sistemas de salud. Es decir, el mal funcionamiento de los sistemas de salud en América Latina produce una brecha entre niveles de cobertura de los servicios de salud, las tasas de mortalidad de menores de cinco años, la esperanza de vida al nacer y el peso de la enfermedad en la población, observados y los esperados. Las deficiencias de todos los modelos de sistemas de salud inspiraron las reformas de los años 80. (Londoño J. L. y Frenk J., 1997).

El sistema de salud de Colombia en esa época se caracterizaba por la falta de universalidad, solidaridad y eficacia: La población colombiana gozaba de la protección del sistema de salud en una proporción muy baja; los recursos que se asignaban a los diferentes grupos poblacionales presentaban diferencias significativas y no existían canales financieros para la ayuda mutua entre individuos y conglomerados; los resultados obtenidos no guardaban relación entre los recursos asignados. (Ministerio de Salud, 1994).

Este panorama impulsó la búsqueda de nuevos modelos de salud.

Colombia terminó aplicando un modelo de salud denominado “pluralismo estructurado”. De conformidad con Londoño J. L. y Frenk J., (1997), este modelo tiene las siguientes características:

- Es un punto medio entre el monopolio del modelo público unificado y el modelo privado atomizado.
- En vez de agrupar la prestación de los servicios por grupos sociales, lo hace por funciones.
- El modelo identifica claramente cuáles son las funciones del sistema de salud: Modulación (regulación), financiamiento, articulación y prestación de servicios.
- La función de modulación se le asigna al Ministerio de Salud y con ella la responsabilidad de trazar la dirección estratégica del sistema. Pasa así de ser un proveedor más de servicios, por lo general cuestionado, a ser el garante de la interacción de todos los integrantes del sistema en términos de eficiencia y equidad.
- La función financiamiento es la responsabilidad central en este nuevo modelo de sistema de salud. El ejercicio de esta función, de conformidad con los principios de las finanzas públicas, debe garantizar la ampliación gradual de la cobertura, hasta alcanzar la protección universal del sistema de salud.

En este modelo, la financiación del acceso de la población a los servicios de salud cambia radicalmente puesto que los subsidios estarán orientados a la demanda y no a oferta, lo cual tiene como consecuencia que en vez de asignar un presupuesto histórico a cada institución prestadora de servicios de salud se asigna una suma a cada persona “asegurada” para que acuda al prestador de su elección.

- La función articulación es responsabilidad de instituciones especializadas denominadas genéricamente “organizaciones para la articulación de servicios de salud” (OASS) y su principal papel es el manejo del pago que el sistema le asigna a cada individuo, tanto si paga con sus propios recursos o si recibe un subsidio del estado. En el sistema de salud de Colombia estas entidades recibieron la denominación de Entidades Promotoras de Salud EPS.

Las funciones de financiación y articulación en los sistemas de salud organizados en los sistemas de salud del pluralismo estructurado corresponden a un modelo de aseguramiento.

- La prestación de los servicios de salud es la función que se asigna a las instituciones de salud, tanto públicas como privadas.

Lo anteriormente expuesto constituye el fundamento teórico del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia - SGSSS -, conformado por un conjunto de instituciones y mecanismos de financiación, dirección, organización control, y prestación de servicios. (Ley 100 de 1993, Artículo 152). Este conjunto se describe a continuación:

En el artículo 155 de la Ley 100 de 1993, se definen los integrantes del sistema general de seguridad social en salud, los cuales se agrupan de la siguiente manera:

Organismos de dirección, vigilancia y control: El Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la Superintendencia Nacional en Salud. Desde el año 2007 se introdujo la Comisión de Regulación en Salud (Ley 1122 de 2007 Art. 3). Estos organismos ejercen la función de modulación o regulación.

Las funciones de administración y financiación del sistema están a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud y el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA. Estas entidades, asumen pues, la función de articulación, en coordinación con los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones, los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.

La función de prestación de los servicios está a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas.

Los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud provienen fundamentalmente de las siguientes fuentes: Cotizaciones obligatorias de los trabajadores y de los patronos; pagos compartidos obligatorios; transferencias de recursos del presupuesto nacional a las entidades territoriales y a los organismos de administración y financiación; recursos generados por los monopolios rentísticos de juegos de suerte y azar y licores. (Barón, 2007)

Como se ha puesto en evidencia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud que se estableció en Colombia, con la expedición de la Ley 100 de 1993, corresponde al modelo de pluralismo estructurado aquí descrito.

2.5. LA FUNCIÓN DE ARTICULACIÓN Y EL ASEGURAMIENTO EN COLOMBIA

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia –SGSSS- la función de coordinación la ejercen esencialmente las Entidades Promotoras de

Salud (EPS). A cambio de un pago periódico, denominado unidad de pago por capitación (UPC), estas entidades, le garantizan a sus afiliados los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS. (Ley 100, 1993) Esta modalidad de remuneración per cápita asimila su papel al de las aseguradoras privadas tradicionales y voluntarios.

De hecho, en los antecedentes técnicos del sistema, se habla de planes, primas y aseguramiento para explicar de qué manera se diseñaron las EPS. Es más, se habla de aseguramiento y afiliación como una misma actividad. (Ministerio de Salud, 1994). Este documento adicionalmente, reconoce explícitamente la vulnerabilidad financiera de sistema de salud y la de los grupos familiares, ante eventos de enfermedad de alto costo, por lo cual reservó un porcentaje de la UPC para crear mecanismos aseguramiento de segundo piso. El desarrollo legal de este concepto se encuentra en el Parágrafo 4 del artículo 162, de la Ley 100 de 1993 le ordenó a las entidades promotoras de salud reasegurar “...los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social como de alto costo.” y en el artículo 19 de la Ley 1122 de 2007 que introdujo algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero mantuvo el aseguramiento de los eventos de alto costo. En su artículo 19 dispuso que “Para la atención de enfermedades de alto costo las entidades promotoras de salud contratarán el reaseguro o responderán, directa o colectivamente por dicho riesgo, de conformidad con la reglamentación que sobre la materia expida el Gobierno Nacional.”

A las EPS también se les asignaron funciones relacionadas con el **manejo del riesgo, para disminuir la incertidumbre financiera asociada a la aparición de la enfermedad**, sobre todo la generada por los casos de alto costo. Por lo anterior, se crea una prima per cápita (unidad de pago por capitación), que es el costo esperado para el promedio de la población, **confiándole a los mecanismos de reaseguro el riesgo generado por los eventos catastróficos y por los de alto costo** (Ministerio de Salud, 1994).

No cabe duda pues, sobre la aplicación de la figura del aseguramiento en el sistema de salud de Colombia.

No obstante, únicamente hasta la expedición de la Ley 1122 de 2007, por medio de la cual se modificó la Ley 100 de 1993, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoció expresamente el aseguramiento en salud y lo definió como “... la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud...” con la consiguiente obligación para el asegurador de “... asumir el riesgo transferido ...” (Ley 1122 de 2007 Art. 14). Pero la norma no limita el aseguramiento a la gestión del riesgo, pues comprende también la articulación de los servicios para garantizar el acceso efectivo a los servicios, la garantía de la calidad en la prestación de los mismos y la representación del paciente ante el prestador. El aseguramiento así definido, quedó en cabeza de las EPS.

El modelo de aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia dista mucho del modelo de los seguros privados que se basan en el sistema de reembolso y por tanto requieren una organización muy simple en la que prima la libre elección del prestador en forma irrestricta. A diferencia de las aseguradoras privadas, que se limitan a pagar reembolsos, las EPS tienen la obligación de **administrar la prestación de los servicios** de las instituciones prestadora, así como establecer procedimientos para controlar **la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad de esos servicios**. (Ley 100 de 1993).

En este sentido, las EPS corresponden a las entidades articuladoras descritas por Londoño y Frenk (1997 p.p.16), como *“organizaciones para la articulación de servicios de salud” (OASS) ya que su papel va más allá de la separación entre las funciones de financiamiento de las de prestación de los servicios de salud*. Para estos autores las OASS están llamadas a rebasar la función clásica del aseguramiento (recibir una prima y reembolsarle a los afiliados el valor que paguen por los servicios de salud); se espera que desempeñen un papel activo en el mercado de servicios de salud y que operen como agentes de compra a nombre de los consumidores.

Lo anterior quiere decir, en términos del texto en comento, que *“...en vez de ser **pagadores pasivos**, como las compañías tradicionales de seguros, se vuelven **compradores activos**...”* de servicios de salud a los que accede la población beneficiaria de los diferentes paquete de intervenciones. La representación que asuman las OASS busca el beneficio de los afiliados pero no únicamente el económico, **sino en también la libertad de elección y la continuidad y calidad en la atención**. Pero sobre todo, mejorar el estado de salud de la población, que es el fin último de los sistemas de salud.

Para ampliar el concepto de organizaciones articuladoras y aclarar la función de articulación propia del pluralismo estructurado, continuación se recurre a los siguientes autores:

Para Acosta (2006 p.p. 13), citando a un grupo amplio de teóricos, la articulación responde a la organización y gerencia del consumo de servicios de salud y a la representación de los consumidores frente a los prestadores de esos servicios. En el contexto de la función de articulación, la atención médica administrada es un grupo de estrategias y de mecanismos que contribuyen a organizar el acceso a servicios de salud, mediante la contratación selectiva de proveedores, a la vez que cumple funciones de agencia aseguradora que ejerce la evaluación del manejo del riesgo, la contención de costos y la evaluación de evaluación de la calidad de los servicios médicos que se compran.

En ese sentido, las entidades articuladoras se comportan como intermediarias de la prestación de servicios médicos para corregir las fallas del mercado asociadas al modelo de aseguramiento tradicional, *“en el cual el libre pago y escogencia del proveedor acentúa las imperfecciones del mercado de servicios de salud, constituidas básicamente por la asimetría de la información y los incentivos para el incremento de costos.”* y como se mencionó ya, el aumento de las primas y la selección adversa.

Echeverry (2003), por su parte, encuentra que la función de articulación debe ampliar el problema de la prestación de servicios hacia el ámbito de la protección social evitando el fraccionamiento de las acciones de aseguramiento en salud y asistencia. Para la autora no basta con ofrecer planes de salud o aumentar las tasas de aseguramiento, pues lo que se busca es impactar el estado de salud de la población y de paso mejorar la eficiencia en el uso de los recursos, incentivando la calidad de los servicios y la red hospitalaria. En este esquema, el aseguramiento no consiste en prestar servicios de salud sino en ofrecer el acceso a ellos, distribuyendo el riesgo para controlar el efecto financiero sobre asegurados y aseguradores; en síntesis el aseguramiento es un puente entre la salud y la protección social, que introduce mecanismos como la obligatoriedad del aseguramiento, la creación de un fondo único de recursos, el pago a los aseguradores de una prima per cápita y el ofrecimiento de un plan básico de salud.

Las organizaciones para la articulación de los servicios de salud (OASS), son comunes en América Latina y aunque cumplen más o menos las mismas tareas de articulación, adoptan diferentes denominaciones: Empresas Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, Instituciones de Atención Médica Colectiva (IAMC) en Uruguay, Obras Sociales en Argentina, Empresa de Servicios Prepagos en Brasil, IGUALAS en la República Dominicana, Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) en Chile, y Organizaciones Propuestas para la Protección de la Salud (PROSALUD) en México. (Londoño y Frenk, 1997).

Las funciones de las organizaciones articuladoras merecen unas consideraciones adicionales:

En los sistemas de salud que corresponden a la tipología del *pluralismo estructurado*, las organizaciones para la articulación de los servicios, como se ha venido sosteniendo, tienen funciones complejas; los sistemas de aseguramiento privado por su parte, son muy simples y se limitan a reembolsar a los asegurados el valor que ellos paguen por los servicios de salud que reciban en cualquier circunstancia, de cualquier proveedor. Mientras tanto, las organizaciones articuladoras de servicios, contratan a los médicos, hospitales y proveedores de insumos y medicamentos, y es en el marco de estos contratos que los pacientes reciben los servicios de salud. También es frecuente que presten los servicios de salud por sus propios medios.

De lo expuesto hasta acá, se podría proponer la siguiente generalización: En un sistema de salud basado en el aseguramiento, las entidades, o bien se limitan a pagar por los servicios o bien administran la prestación de los mismos. Ahora, la OCDE (1990), encontró que los sistemas de financiación de los servicios de salud son generalmente dos: fuentes voluntarias y fuentes obligatorias o públicas; y los métodos de pago que reconoce son: (1) pago directo a los prestadores, efectuados por los consumidores de servicios; (2) desembolso de los consumidores de servicios, a quienes el seguro les reembolsa lo que gastaron; (3) pago directo de los aseguradores a terceros; y (4) pago a una organización integrada. En Colombia aún se aplican las cuatro modalidades.

Las EPS, como organizaciones articuladoras, cumplen con las funciones de afiliar a los individuos, movilizar recursos financieros, gestionar los riesgos y organizar la prestación de los servicios de salud, pero su fin último es "... promover el estado de salud de sus usuarios, garantizando la prestación de los servicios de salud debidos en el Plan Obligatorio de Salud con criterios de integralidad, eficacia, eficiencia, y calidad". (Ministerio de Salud 1994 p.p).

Pero, ¿cuáles actividades concretas deben realizar las EPS para mejorar el estado de salud de la población, como fin último de un sistema de salud? De conformidad con la definición transcrita, tales actividades estarían relacionadas con la integralidad, la eficacia, eficiencia y la calidad.

Estas cuatro categorías figuran en el inventario de problemas frecuentes en el funcionamiento de los sistemas de salud de establecidos por la OCDE (1990), pero no lo agotan: la lista incluye también la utilización excesiva de los servicios, la atención impersonal, el aumento de los tiempos de espera, las variaciones de las actividades y de los costos entre instituciones, la falta de coordinación entre los diferentes prestadores de servicios y la desigualdad del estado de salud entre individuos y comunidades, el envejecimiento de la población y el incremento de los costos de la tecnología médica.

La asignación y el cumplimiento de las actividades relacionadas con la eficiencia son obvios. Uno de los principales problemas de los sistemas de salud es el aumento de los precios de los servicios médicos a tasas superiores a las tasas de crecimiento de la inflación y de la población, combinadas. Este fenómeno frecuentemente está acompañado por el incremento del gasto tanto público como privado y se traduce en aumento constante del gasto como porcentaje del producto interno bruto. (Stiglitz, 2000). Además de las fallas propias del mercado de servicios de salud descritas, Arrow (1963 p.p. 3), postula que *"Los seguros también inducen a la gente a consumir más servicios y a preocuparse menos de su coste..."*

La ejecución actividades relacionadas con el sistema obligatorio de garantía de la calidad, es apenas natural, ya que tienen un propósito claro.

Pero, ni el uso eficiente de los recursos, ni la calidad adecuada de los servicios garantizan el mejoramiento del estado de salud de la población. En términos de la OCDE (1990: p 21), el problema de fondo es la medición el "... *producto final de los servicios sanitarios...*".

Lo expuesto se puede resumir en que las "*organizaciones para la articulación de servicios de salud*" (OASS) no son simples tramitadoras de cuentas; su papel es organizar la atención para mejorar el estado de salud de la población. Su función es administrar el cuidado de la salud.

Londoño y Frenk (1997 p.p. 17) observaron que "*El desempeño de estos diferentes tipos de organizaciones varía mucho. Algunas de ellas siguen funcionando simplemente como aseguradoras tradicionales. Otras se acercan al ideal de una OASS plenamente desarrollada.*"

El ideal de las **OASS** plenamente desarrolladas implicaría la aplicación de diversas herramientas de coordinación. Y esas herramientas modifican la relación clásica del paciente con su médico, y con ello se redefine la clínica tradicional.

2.6. LAS ORGANIZACIONES ARTICULADORAS Y LA ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA

Se asumirá la medicina clínica clásica como "*la ciencia que tiene por objeto la **conservación y el restablecimiento de la salud***", o "*el arte de prevenir, cuidar y asistir en la curación de la **enfermedad***", o finalmente, "*la ciencia de curar y **prevenir las enfermedades***". (Baru y Berendson, 1996). Esta definición corresponde a una clínica clásica que fue impactada por la colectivización de la prestación de los servicios de salud.

Esta colectivización es hija de los sistemas de salud y choca directamente con dos pilares de la clínica tradicional: la práctica liberal y autonomía profesional, como marco del intercambio en el mercado de servicios de salud. Por autonomía se debe entender relacionada con la propiedad de los medios de trabajo y de la clientela. (Nogueira 1998 p.p. 5). El autor acude a la definición de práctica liberal propuesta por Donnangelo (1975) la cual cita tal como se transcribe a continuación:

"Clientela propia, canalizada por medio de procesos informales, con la que establecen directamente las condiciones de tratamiento y de remuneración del trabajo; instrumentos de trabajo propios, en los que se incluye el posible

alquiler de equipo, sobre todo cuando su actividad implica utilización de recursos hospitalarios. (...) Por tanto, para la mayoría de esos profesionales, el consultorio aislado constituye el principal centro de actividad"

En este esquema, el encuentro entre el paciente y el médico ocurre en un mercado abierto. Los pacientes acuden al médico a comprar sus conocimientos y su información sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, las intervenciones quirúrgicas o los tratamientos farmacológicos que deba comprar al mismo médico o a otros proveedores. (Stiglitz, (2000).

Los mecanismos de financiación y de organización propios de los sistemas de salud definen, por un lado la colectivización de la prestación de servicios y por otro resultan creando lo que se podría denominar la clínica actual. (Cárdenas, 2008).

Este autor propone que en la clínica moderna la tarea de comprender y cuidar la vida está enmarcada en una red de acciones individuales y colectivas, que abarcan no solo al individuo sino también a sus familias y a su comunidad. La medicina clínica tradicional define que el paso de un estado de salud a un estado de enfermedad es la consecuencia del orden natural que rige la vida. En la recuperación de ese orden natural mediante intervenciones de diferente índole, se resume la tarea de la medicina clínica. En la medicina clínica actual, esas intervenciones superan el ámbito de la acción médica y se convierten en acciones políticas en gracia a su capacidad de transformación de las condiciones iniciales y las condiciones sociales que enmarcan los estados de salud y de enfermedad.

Así las cosas, la capacidad transformadora del acto médico radica en que en los servicios de salud colectivizados el acto médico es un acto institucional. Esto quiere decir que el médico y el paciente se encuentran en el ámbito de las instituciones. Éstas están definidas como las reglas que crean un espacio para que los individuos se encuentren e interactúen.

En los sistemas de salud basados en el aseguramiento, las **OASS** desmontan lo que para la OCDE (1990, p.p. 53) son el fundamento de la medicina liberal: 1) La libertad de elección del médico; 2) La libertad de prescripción y de lugar de hospitalización; 3) pago de honorarios acordados entre el médico y el paciente; y 4) confidencialidad.

La medicina liberal ha sido reemplazada por la "colectivización de la medicina" generada por los sistemas de salud, sobre todos los basados en el aseguramiento. En opinión de De La Fuente y Otros (1996, p.p. 60), la colectivización de la medicina, léase los sistemas de salud, generan una maquina burocrática que despoja al médico de su individualidad, lo que sumado a una especialización que impide la visión integral del paciente altera la relación médico - paciente como base y razón de ser de la medicina.

La colectivización de la medicina y el consiguiente desmonte de la práctica liberal de la medicina, en los sistemas de salud basados en el aseguramiento por intermedio de las organizaciones articuladoras de servicios de salud **OASS**, generan una modalidad de atención que se conoce como **Atención Médica Administrada**. También se conoce como **Atención Administrada** o cuidado médico administrado.

La **Atención Médica Administrada** es un sistema que prevé la coordinación de los servicios de salud y que abarca la intervención del asegurador para el control de los precios, el volumen, el lugar de prestación y la intensidad de uso de los servicios de salud solicitados por la población asegurada, con el objeto de maximizar la salud de los asegurados, y maximizar el impacto de las prestaciones de salud; lo que pretende es ofrecer una atención de calidad, a un costo racional, mediante la supervisión efectiva y la organización de la prestación de los servicios (Medical Dictionary, 2007).

La **Atención Médica Administrada** implica la intervención del pagador en el control de la calidad y en los costos de los servicios, lo cual conlleva a la organización de la prestación de los servicios utilizando herramientas tales como: la negociación de acuerdos con los restadores de servicios y los proveedores de medicamentos y dispositivos; el estímulo de la competencia; la racionalización de los procesos de prestación de servicios; la atenuación del riesgo moral propio de los sistemas de aseguramiento; el manejo de las enfermedades crónicas y degenerativas propias de la transición epidemiológicas; la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la intervención temprana en los problemas de salud de la población asegurada. (Kongstvedt, 2001)

Este autor expone que en el arsenal de herramientas de las organizaciones articuladoras de servicios de salud **OASS**, para practicar la atención médica administrada, también figuran las siguientes:

- La adopción de modalidades de pago tales como la capitación, por caso o por presupuesto.
- La administración de los beneficios farmacéuticos.
- La creación de incentivos para la racionalización de los costos.
- El ajuste de riesgo al determinar el valor de las primas.
- La gestión del riesgo.
- El uso de sistemas de información sobre el estado de salud de la población afiliada.
- La gestión de la tecnología médica.
- La práctica de la auditoría médica.
- La gestión de la enfermedad.

La **gestión de la enfermedad** es la herramienta del cuidado administrado estudiada más ampliamente y se le conoce también bajo las siguientes denominaciones: gestión de casos, gestión de atención o cuidados, coordinación de cuidados, gestión de patologías, gestión integral de patologías, atención integral de patologías, gestión de procesos. (Terol y otros 2001)

Para la Asociación de Gestión de Enfermedades de Estados Unidos (The Disease Management Association of America - DMAA), la administración de la enfermedad es un sistema de coordinación de la prestación de servicios de salud y de comunicación con una población que presenta una determinada enfermedad de salud en las que el auto cuidado del paciente es significativo. (DMAA, 2004).

De la revisión de Terol y otros (2001), se tiene que gestión de enfermedades es un proceso de optimización de la provisión de servicios de salud, a cargo de todo el sistema de salud y durante todo el ciclo de la enfermedad, basado en evidencia científica. Representa una estrategia más de los sistemas de salud, enfocada tanto a la manera de prestar los servicios como a la obtención de resultados de salud.

Aunque su origen se vincula a la contención de costos de la atención a largo plazo – retrasando la aparición de la enfermedad o minimizando sus efectos - los autores consideran que la gestión de enfermedades mejora la calidad de los servicios e impacta positivamente la calidad de vida de los pacientes, por lo cual ha impactado el modelo de trabajo de los sistemas de aseguramiento que se enmarcan en la atención administrada; aunque fue planteada inicialmente como una táctica para alinear los intereses de los aseguradores y las empresas farmacéuticas para disminuir el consumo de recursos costosos tales como la hospitalización y la cirugía originada por parte de enfermos con patologías concretas, por ejemplo asma o insuficiencia cardíaca, produjo una mejora en la adhesión a los tratamientos, el cumplimiento de objetivos terapéuticos y en el estilo de vida de los enfermos, que según estos autores facilitó su extensión, en el entendido de que al gestionar intensivamente una patología a lo largo de su curso natural, se produce una mejora en el estado de salud de la población.

Siguiendo con Terol y otros (2001), la gestión de enfermedades impacta la práctica tradicional de la medicina, ya que exige el uso de la medicina basada en la evidencia, en vez del conocimiento, la costumbre o la experiencia personal de cada médico; esta globalización del saber médico teóricamente cambia los valores y prioridades del personal sanitario pues su acción ya no se orienta tanto a la atención de patologías agudas sino a su prevención y a la gestión de las condiciones crónicas. Lo anterior, potencialmente traslada el centro del sistema de salud de los médicos a los pacientes.

Sobre los efectos de la gestión de enfermedades en los costos de los tratamientos y en el estado de salud de los pacientes o de los conglomerados, vale la pena citar

a Holtz-Eakin (2003), quien realizó una amplia revisión de literatura sobre programas de gestión de enfermedades en los Estados Unidos, concluyendo que la evidencia no es concluyente debido a que se requieren estudios de muy largo plazo que por el momento no están disponibles. Los estudios de proceso por su parte son abundantes pero raramente abordan simultáneamente los costos y el estado de salud, por lo cual las evaluaciones de los efectos económicos y sanitarios encuentran adolecen de una limitación importante generada por la literatura existente.

Así las cosas, la gestión de enfermedades exige el desarrollo de facetas del cuidado médico tales como la prevención, la educación en salud, el autocuidado, los sistemas de detección de riesgos y los sistemas de información.

No obstante lo anterior, la gestión de enfermedades no altera la relación médico paciente ni su plan de tratamiento y por el contrario debe fortalecerla. Simplemente la enfoca en la prevención de la exacerbación y complicación de una entidad clínica en particular, utilizando guías de práctica clínica basadas en la evidencia y evaluando los resultados de los tratamientos desde los puntos de vista clínico, humano y económico, teniendo como telón de fondo el mejoramiento de la salud del paciente y de la comunidad.

La Asociación Americana de Gestión de Enfermedades DMAA, coincide con estos planteamientos por cuanto consideran que los principales componentes de la gestión de enfermedades son: (1) La identificación de la población; (2) las guías de práctica clínica basada en la evidencia; (3) la participación del médico y de los prestadores de servicios; (4) la educación del paciente para el auto cuidado, preferiblemente incluyendo prevención primaria, modificación de la conducta y vigilancia del cumplimiento de la adhesión al tratamiento. (5) evaluación permanente y medición de resultados. (6) presentación rutinaria de informes y retroalimentación. (DMAA, 2004).

Por lo anterior, la **gestión de la enfermedad** es muy útil en el manejo tanto de las enfermedades crónicas en cualquier momento de la vida como en las enfermedades degenerativas.

Según la OPS (2005) las enfermedades crónicas producen el 60% de las muertes a nivel mundial, porcentaje que asciende al 80% en los países en desarrollo, lo cual tiene serios efectos adversos en la calidad de vida de los individuos afectados, en los recuentos de muertes prematuras y en la economía de las familias, los sistemas de salud y los países. La transición epidemiológica se traduce en el aumento de estas enfermedades y de las enfermedades degenerativas.

Para Nobel (1991) las enfermedades crónicas son un trastorno orgánico o funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que

persiste durante largo tiempo. Y que por tanto llevan a una limitación importante en la calidad de vida de quienes las padecen.

2.7. LA GESTIÓN DE LA ENFERMEDAD EN EL CASO PUNTUAL DE LAS ENFERMEDADES RARAS.

La gestión de la enfermedad también puede resultar pertinente para manejar enfermedades que corresponden a la clasificación de enfermedades raras, enfermedades olvidadas y enfermedades huérfanas.

Según el artículo 2° de la Ley 1392 de 2010 las enfermedades huérfanas corresponden a la siguiente definición:

*“Son aquellas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 2.000 personas, **comprenden, las enfermedades raras, las ultra huérfanas y olvidadas.** Las enfermedades olvidadas son propias de los países en desarrollo y afectan ordinariamente a la población más pobre y no cuentan con tratamientos eficaces o adecuados y accesibles a la población afectada.”*

Sin embargo, en la literatura internacional esta definición corresponde mejor a la definición de las enfermedades raras. Pero estas, no se definen exclusivamente en función de su baja prevalencia, pues el enfoque estadístico apenas refleja su gravedad en términos de morbi-mortalidad y discapacidad. De hecho, ni siquiera existe un criterio de prevalencia homogéneo y varía entre los diferentes países y agencias. (Avellaneda, 2007).

De conformidad con el Reglamento CE N° 14 (2000) del Parlamento Europeo, sobre medicamentos huérfanos, las enfermedades raras “...son enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y alto nivel de complejidad. La mayoría de ellas son enfermedades genéticas; otras son cánceres poco frecuentes, enfermedades auto inmunitarias, malformaciones congénitas, o enfermedades tóxicas e infecciosas, entre otras categorías...” Se puede afirmar entonces, que la definición de enfermedades raras depende mucho del contexto particular de los países y de sus sistemas de salud y que comprende lo que en Colombia se vino a denominar como enfermedades huérfanas. El caso es que es este tipo de enfermedades se conoce más bajo la denominación de enfermedades raras que de enfermedades huérfanas. El concepto de “orfandad” se encontró más aplicado a los medicamentos que a las enfermedades.

El problema de los medicamentos huérfanos emana del problema de las enfermedades raras. No obstante, se han impuesto definiciones menos

restrictivas, tales como las de Unión Europea (Reglamento CE N° 14 (2000), transcrito a continuación:

“Un “medicamento huérfano” es aquel que, siendo de elevado interés terapéutico y científicamente viable, no está disponible localmente, por diferentes causas y/o circunstancias, para atender problemas de salud en un paciente y que posee una o ambas de las siguientes características: porque no se comercializa (como producto industrializado) en el ámbito nacional o porque no está oficialmente aprobado su uso (indicación) para el problema de salud en el cual se requiere o utiliza. ”

En general, los medicamentos huérfanos están destinados a tratar enfermedades graves o incapacitantes de muy baja incidencia (menos de cinco personas por cada diez mil en la Unión Europea), cuya producción resulta no comercial e improbable, por razones financieras, a menos que se estimule por medio de intervenciones específicas. Reglamento CE N° 14 (2000)

Finalmente, bajo la denominación de enfermedades huérfanas contenida en la citada Ley 1392 de 2010, también están comprendidas las enfermedades olvidadas. Según Chirac y Torreale E., (2006 p.p 25), existe un tipo de enfermedades de alta incidencia, que matan o incapacitan a millones de personas y que en los países pobres generan un volumen muy importante de carga de la enfermedad, pero a pesar de ello están completamente desatendidas. Son enfermedades sobre todo tropicales, tales como la Malaria, la Enfermedad de Chagas, la enfermedad del Sueño (THA), la Leishmaniosis Visceral (LV), la Fibrosis Linfática, el Dengue y la Esquistosomiasis.

Para el autor, estas enfermedades son olvidadas porque mientras aportan el 11,4% del volumen global de las enfermedades “...sólo 21 (1,3%) de los 1.556 nuevos medicamentos registrados, entre 1975 y 2004, fueron desarrollados específicamente para estas enfermedades. Durante el mismo período, se registraron 1.535 medicamentos para otras enfermedades...” porque el gasto de investigación y desarrollo de la industria farmacéutica está asignado en función de la ganancia y por ende enfocado a problemas globales con un potencial de rentabilidad que no se logrará en un entorno local y pobre.

2.8. RESPONSABILIDADES Y HERRAMIENTAS DE LAS ORGANIZACIONES ARTICULADORAS Y LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA

Las **EPS** de Colombia, que como ya se dijo, son entidades pertenecientes a la familia de las organizaciones articuladoras de servicios de salud, **OASS** cuyas funciones van más allá del reembolso, tienen unas responsabilidades inherentes.

Para el cumplimiento de estas responsabilidades han desarrollado diversas herramientas.

Starfield (2000) propone y sustenta que en los sistemas de salud (o por lo menos aquellos que corresponden a la definición presentada en los numerales anteriores, basados en el aseguramiento), la atención primaria tiene unas **responsabilidades que le son inherentes, a saber**: La accesibilidad, la longitudinalidad, la integralidad y la coordinación. Para la autora, estos atributos corresponden a la siguiente definición:

La accesibilidad: Está constituida por las estructuras de los sistemas de salud que tiene como fin facilitar el primer contacto con el mismo. Esta definición reconoce que los sistemas de salud se organizan en niveles de atención de complejidad primaria, secundaria y terciaria y que el paciente siempre debe entrar al sistema de atención desde el primer nivel por que las personas no tienen un juicio informado acerca del lugar, momento y características de los servicios que requieren.

La longitudinalidad: Está definida como la posibilidad de utilizar una fuente permanente de servicios de salud, lo cual permite un seguimiento al paciente en el largo plazo, con base en la relación personal médico – paciente.

La integralidad: Es un principio en virtud del cual se identifica la gama completa de necesidades de salud de los pacientes y se proveen los recursos para solucionarlas.

La coordinación: Es la integración de todos los servicios relacionados con la salud, independientemente del lugar donde se reciban.

Pero es claro que la atención primaria no agota el inventario de las responsabilidades inherentes de estas entidades. Por definición, el cuidado de la salud administrado, es a la vez una herramienta y una función propia de las organizaciones articuladoras de servicios de salud, **OASS**. (Kongstvedt, 2001).

3. ESTADO DEL ARTE

El principal indicador para evaluar el desempeño de un sistema de salud es la cobertura efectiva, en sus tres dimensiones: la cobertura de las acciones en salud, el cubrimiento de la demanda de atención y el acceso efectivo a los servicios. (Lozano Rafael y otros, 2007). Los autores apoyan su argumento en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) sobre la emisión de juicios sobre el éxito o fracaso de los sistemas de salud con base en la evidencia.

Además de la metodología objetiva, existen otras metodologías de evaluación. La economía normativa por ejemplo. La economía normativa está relacionada con la ética pues analiza el cumplimiento de las funciones que el estado tiene asignadas, basándose en un juicio de valor (Stiglitz, 2000). O el uso de la percepción, más que las consideraciones sobre costo – beneficio o costo – efectividad, para medir el valor generado por la producción pública de bienes y servicios, tal como lo propone Moore (1998).

Sin perjuicio de los mecanismos de evaluación descritos, cuando Londoño y Frenk (1997) manifiestan que el desempeño de las organizaciones articuladoras de servicios de salud, **OASS** varía mucho y que algunas de ellas siguen funcionando simplemente como aseguradoras tradicionales, plantean otro mecanismo de evaluación: el cumplimiento de sus funciones y el uso de las herramientas que le son propias, que no son otras que las que se derivan de la **atención médica administrada**.

Los estudios sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud consultados para la realización del presente trabajo no han abordado el uso de las herramientas y el cumplimiento de las responsabilidades inherentes a los modelos de sistema de salud, basado en el aseguramiento, como en el caso del pluralismo estructurado.

La *Evaluación del Régimen Subsidiado* (Ministerio de la Protección Social, 2009), se centra en la operación del sistema, atendiendo categorías tales como el acceso a los servicios y la equidad, la protección de los derechos ciudadanos, la mecánica contractual, y el flujo de la información y de los recursos. Se trata en todo caso de una evaluación desde los mecanismos operativos, la cual concluye que la incorrecta aplicación de esos mecanismos limita el goce efectivo del derecho a la salud. El estudio recomienda la adopción de mecanismo de operación ágiles, tales como la suscripción electrónica de contratos.

Vega (2001) evalúa el sistema de salud de Colombia teniendo en cuenta el contenido en justicia social de las políticas de salud. Su indagación se basa en tres lineamientos metodológicos: la crítica en relación con los problemas y efectos de una política de salud; la promoción de la subjetividad de la autorregulación ética de los sujetos sociales; y, la participación de los sujetos sociales en la toma de decisiones, políticas en materia de salud. El autor concluye que no hay razones para pensar que la racionalidad que orienta al actual Sistema de Seguridad Social en Salud es la mejor alternativa para los colombianos y que lo que habría que hacer es perfeccionar su aplicación, atendiendo los sueños de justicia social y pluralidad y en consecuencia plantea una revisión integral de la política sanitaria. No obstante, la metodología para evaluar los resultados de la reforma del sistema de salud de Colombia, materializada con la expedición de la Ley 100 de 1993 (Vega, 2010), aparentemente no ha sido practicada aún.

Vélez (2003) parte de su propia experiencia y la de otros autores, para evaluar el sistema de salud de Colombia, en función de la aplicación del modelo de salud comunitaria, para concluir que la aplicación de este modelo de asistencia en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud no es viable ya que la integralidad, interdisciplinariedad e intersectorialidad le son ajenas.

Delgado (2005) evalúa el sistema de salud de Colombia con fundamento en las políticas que promueven la participación social en el sistema de salud, tópico que considera considerada esencial para su buen funcionamiento; encuentra que existen diferencias cruciales entre la participación normada para expresar la política de participación social y la práctica habitual de los agentes sociales, por lo que llama a una unificación de concepto.

Desde el punto de vista del usuario, una evaluación reciente es la Encuesta Nacional de Salud del año 2007 (Ministerio de la Protección Social 2009-2). Su enfoque se centró en la cobertura, para recabar información sobre la morbilidad sentida y la institucional, factores de riesgo, discapacidad y caracterización de la oferta y la demanda de servicios públicos. Este instrumento dispuso una amplia variedad de datos que aún están en evaluación y que en todo caso se utilizarán en el futuro para formular y evaluar la política sobre la materia.

En Yepes (2010) encontramos una evaluación de los resultados de la reforma, basada en la evidencia disponible sobre la cobertura, las barreras de acceso a los servicios, la calidad, la equidad y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud, así como en el estado de salud de la población. Esta evaluación revela los aspectos positivos y negativos de la reforma de 1993 y concluye que es necesario avanzar hacia un nuevo sistema.

En este mismo sentido se orientan los trabajos presentados en el marco del Primer Congreso Internacional de Sistemas de Salud (Cubillos, 2011)

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), los sistemas de salud tienen como propósito el mejoramiento del estado de salud de la población, pero deben cumplir con dos atributos: alcanzar el mejor nivel de salud posible y procurar la menor diferencia posible entre las personas. Es decir, debe ser “bueno” y “equitativo”. Con base en esta definición, el informe de salud construye y presenta el índice de desempeño de los sistemas de salud, con base en el cumplimiento de sus metas generales: mejoramiento de la salud de población, respuesta a las expectativas de las personas y equidad de las contribuciones financieras.

El documento revela que teniendo en consideración factores tales como la esperanza de vida y los años vividos en buena salud o en discapacidad, el desempeño de los sistemas de salud varía dramáticamente entre los países, pese

a que en general todos ellos han contribuido enormemente a mejorar la salud de las personas.

A pesar de la abundancia de estudios, solamente hasta el año 2010 se dispuso de un estudio integral enfocado a los efectos y resultados de la reforma al sistema de salud. Este estudio recoge la evidencia disponible no solo la literatura sino los hallazgos científicos sobre el desempeño del reformado sistema de salud del país, para indagar sobre el acceso, la calidad, la eficiencia y la equidad en el sistema de salud y sobre el estado de salud de la población. (Yepes J. Francisco y otros, 2010).

Como se observa en esta revisión, sobre el cuidado médico administrado en Colombia, aparentemente se ha escrito muy poco. La revisión bibliográfica indica que aun a nivel de libros textos, la disponibilidad es prácticamente nula en las bibliotecas universitarias y públicas. Por su parte, la búsqueda de investigaciones y artículos sobre la materia resultó infructuosa para el contexto colombiano. Hasta donde llegó esta indagación, no se encontraron evidencia de investigaciones o artículos sobre la aplicación del cuidado médico administrado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.

Fuera del mundo académico, sobre el desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud pesan fundamentalmente dos cuestionamientos: el logro de las metas de cobertura y el aumento progresivo de los beneficios para los afiliados. Estos cuestionamientos se basan tanto en el análisis de indicadores como en los juicios de valor y las percepciones de diferentes actores, tal como se relató en el numeral de antecedentes.

4. METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos planteados se aplicó la metodología descrita a continuación.

4.1. TIPO DE ESTUDIO

La investigación es del tipo descriptivo, lo cual es acorde con el propósito de determinar sistemáticamente la aplicación de las herramientas de cuidado médico administrado en el Sistema de Salud de Colombia.

En su calidad de estudio descriptivo, trazó una imagen o representación del fenómeno estudiado, partiendo de sus características. Estas características fueron medidas para establecer las propiedades relevantes del Sistema de Salud de

Colombia, las cuales representan el fenómeno bajo análisis. Por lo anterior, los resultados de la investigación no se pueden usar para predecir el comportamiento del Sistema de Salud en términos estadísticos. No obstante, sustentan el cuerpo de recomendaciones puntuales sobre su conducción.

Como estudio de tipo longitudinal, las observaciones tomaron en cuenta la dinámica con la que aparecen en el tiempo las herramientas de atención médica administrada. La presencia de planes de administración de salud específicos tubo un corte de tipo transversal.

De acuerdo con el lugar y los recursos para obtener la información requerida, la investigación es mixta, ya que tiene un componente documental y otro componente de investigación campo.

El componente documental se realizó a través de la consulta de documentos - principalmente normas legales y técnicas - mientras que la investigación directa se efectuó en el lugar y tiempo en que ocurrieron los fenómenos objeto de estudio, para el caso el uso de las herramientas del cuidado administrado. Por lo tanto, prescinde de las comprobaciones estadísticas de hipótesis y de su comprobación experimental.

La hipótesis de trabajo del presente estudio es que el Sistema General de Seguridad Social en Salud carece de las herramientas que según su tipo, se entienden inherentes.

4.2. POBLACIÓN Y UNIDADES EN OBSERVACIÓN.

El universo en estudio estuvo conformado de la siguiente manera:

En primer lugar, por las Empresas Promotoras de Salud, tanto del régimen subsidiado como del régimen contributivo, que aparecían autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud en agosto de 2010.

En segundo lugar, por las normas expedidas por el Congreso de la República, el Gobierno Nacional, el Ministerio de la Protección Social, El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la Comisión de Regulación en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, en el periodo comprendido entre el 23 de diciembre de 1993 y el 31 de julio de 2010, de conformidad con el catalogo comercial denominado “Avance Jurídico”

4.3. MUESTRA

Las Empresas promotoras de Salud a las que se aplicaron los instrumentos de recolección de información fueron seleccionadas a criterio del investigador, procurando que la muestra quedara conformada por aquellas que acreditaban un mayor número de afiliados el 31 de diciembre de 2009, de tal manera que reunieran cuando menos el 50% de los afiliados tanto del régimen subsidiado como del régimen contributivo. Es decir el método de muestreo no fue probabilístico, y como se indicó se basó en el juicio personal.

En el régimen contributivo se indagaron las entidades que se muestran en la tabla 1, las cuales representan el 61.30% de los afiliados, en el momento de la aprobación del protocolo de la investigación.

| Tabla 1 Empresas Promotoras del Régimen Contributivo que la muestra | |
|---|--|
| Empresa Promotora de Salud | Afiliados a como porcentaje del total del Régimen Subsidiado (1) |
| Saludcoop | 18,99% |
| Comeva | 15,51% |
| Nueva EPS | 13,13% |
| Famisanar | 7,01% |
| Compensar | 6,66% |
| Porcentaje de afiliados al Régimen Contributivo por medio de las EPS de la muestra | 61,30% |

(1) Afiliados compensados con corte a 31 de diciembre de 2009 Fuente: FOSYGA – BUDA y cálculos propios.

En el caso del retomen subsidiado la muestra estuvo conformada por un grupo de EPS que reunían el 52,29% de los afiliados al régimen subsidiado. Estas entidades son: Caprecom, Cooperativa de Salud Comunitaria, Solsalud, Asociación Mutual La Esperanza, Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda., Empresa Mutual para el Desarrollo Integral y Saludvida.

En la tabla 2 se detalla el peso de las EPS seleccionadas en la afiliación al régimen subsidiado, el 31 de diciembre de 2010.

Las normas legales y técnicas se estudiaron exhaustivamente, y por ende se efectuó una revisión censal, desde la expedición de la Ley 100 de 1993 hasta junio de 2010. El criterio de inclusión de una norma legal o técnica en la muestra fue su relación clara y directa con las herramientas de atención médica administrada descritas en el marco conceptual.

| Tabla 2 Empresas Promotoras del Régimen Contributivo en la muestra | |
|--|--|
| Empresa Promotora de Salud | Afiliados como porcentaje del total del Régimen Subsidiado (1) |
| Caprecom | 14,11% |
| Cooperativa de Salud Comunitaria Comparta | 6,41% |
| Solsalud | 6,40% |
| Asociación Mutua La Esperanza Asmet Salud | 5,67% |
| Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda. Coosalud | 5,56% |
| Asociación Mutua Empresa Solidaria de Salud de Nariño Emsanar | 5,21% |
| Empresa Mutua para el Desarrollo Integral Endisalud | 4,86% |
| Saludvida | 4,08% |
| Porcentaje de afiliados al régimen subsidiado por medio de las EPS de la muestra | 52,29% |

(1) Afiliados compensados con corte a 31 de diciembre de 2009 Fuente: FOSYGA – BUDA y cálculos propios

4.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

El objeto específico de estudio y medición fue la presencia normada o desarrollada de cada una de las herramientas de cuidado médico administrado debidamente descritas en el marco conceptual. Para cada herramienta se describió el marco normativo expedido, incluyendo sus mecanismos financieros. Para el caso de la herramienta de gestión de la enfermedad se eligieron las enfermedades crónicas que según la DMAA pertenecen al grupo de enfermedades crónicas de mayor incidencia, conocido como las 5 grandes, a saber: Enfermedad isquémica del corazón, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma y la insuficiencia cardiaca. No obstante, durante el desarrollo del trabajo se excluyó la enfermedad isquémica del corazón y se incluyeron las siguientes enfermedades crónicas: enfermedad coronaria, hipertensión arterial, insuficiencia renal, obesidad, cáncer, artritis, depresión clínica y osteoporosis.

4.5. SISTEMA DE VARIABLES

La naturaleza del estudio exige el uso de variables cualitativas, las cuales expresan las cualidades, características y modalidades de herramientas de cuidado médico administrado presentes en las unidades de análisis. Las variables son dicotómicas, ordinales o nominales. Así pues, para cada herramienta de cuidado médico administrado requiera un sustento legal, se medirá como “normada” o “no normada”.

Cuando se trata de herramientas de “cuidado médico administrado” que no requieran sustento normativo la medición fue “aplicada” o “no aplicada”.

La medición de la aplicación de la aplicación de herramientas de la gestión una de enfermedades del grupo de las “cinco grandes” la variable a medir fue programa “disponible” o “no disponible”. Para el programa disponible, se describe su pertinencia teniendo en cuenta la respectiva guía de práctica clínica expedida en Colombia o por un organismo internacional acreditado para el efecto.

4.6. FUENTES DE INFORMACIÓN

Se utilizaron dos tipos de fuentes de información: Las fuentes primarias fueron las Empresas Promotoras de Salud, en las se efectuaron entrevistas solicitadas desde octubre de 2010 hasta marzo de 2011, con la colaboración de la universidad. También se registraron los programas específicos para las enfermedades crónicas, siempre que éstos estuvieran al alcance del público, durante la indagación efectuada ante puntos de atención, manifestando que el encuestador se afilió el día de la indagación y solicita información para su patología.

Las fuentes secundarias serán los compendios normativos y los registros estadísticos y las publicaciones del Ministerio de la Protección Social, desde el año 1993 hasta junio de 2010.

4.7. INSTRUMENTOS

La revisión de las herramientas de cuidado administrado fue recopilada mediante fichas bibliográficas del tipo “ficha textual”, las cuales contienen la transcripción de la norma, la cual estará combinada con una “ficha personal” en la que constan las anotaciones interpretativas.

La información de las EPS fue tomada por medio de dos instrumentos:

El primero: Entrevista estructurada con los directivos de las EPS. Las preguntas se refieren a la disponibilidad y aplicación de las herramientas de gestión de la enfermedad.

El segundo: Fichas personales para registrar la indagación que se realizaron a nombre de un enfermo crónico en cada una de las EPS seleccionadas en la muestra, con base en un libreto preparado para el efecto. Por restricción es de tipo ético no fue posible acudir a la experiencia de enfermos crónicos que estuvieran recibiendo tratamiento en el momento de la indagación.

5. RESULTADOS DEL EJERCICIO EMPIRICO

El Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombia nace con la expedición de la Ley 100 de 1993. Esta norma materializa el modelo de pluralismo estructurado que había elegido el gobierno, basado en el aseguramiento por medio de Organizaciones Articuladoras de Servicios de Salud –OASS- denominadas Entidades Promotoras de Salud, EPSs.

Como era de esperarse, el sistema General de Seguridad Social, desde sus fundamentos, descarta el aseguramiento tradicional basado en el reembolso y adopta los principales elementos de la atención médica administrada, con lo cual descarta también la práctica liberal de la medicina.

El sistema, desde sus inicios, incorpora muchas de las herramientas de atención médica administrada previstas en las fuentes teóricas que invoca: el pluralismo estructurado en términos del Ministerio de Salud (1994) y Londoño y Frenk (1997), la literatura sobre cuidado administrado recopilada por Kongstvedt (2001) y la literatura sobre las responsabilidades de las OASS desde la óptica de la atención primaria en términos de Starfield (2000). Este hallazgo se detalla a continuación:

5.1. LA ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA SEGÚN LOS POSTULADOS DEL PLURALISMO ESTRUCTURADO.

El sistema, desde sus normas fundacionales, incorpora los elementos de atención médica administrada previstos en el pluralismo estructurado para las organizaciones articuladoras de servicios de salud, tal como se observa en el Cuadro 1, las cuales son descritas a continuación:

- **Separación de las funciones de financiación y prestación de servicios de salud.** Se expresa fundamentalmente en la creación de una prima por capitación regulada para remunerar a las entidades promotoras de salud, en su papel de **OASS**; estas entidades contratan los servicios de salud con los agentes prestadores; es obligatoria la afiliación al sistema para garantizar mecanismos de solidaridad entre los diferentes conglomerados sociales. La organización de una red de servicios, con libre escogencia acotada, hace parte de las obligaciones de las **EPS**, con lo cual se materializa la separación entre la financiación y la prestación de servicios de salud.
- **Agencia de compra de servicios a nombre de los asegurados.** Este elemento se incorpora al sistema como la obligación que se le asigna a las

entidades promotoras de salud para la conformación de una red de prestadores de servicios de salud, al interior de la cual opera la libre escogencia. También se establecen mecanismos como el sistema de tarifas hospitalarias, obligatorio para algunos beneficios.

Con el establecimiento de la obligatoriedad, la decisión de aseguramiento le fue trasladada del individuo o del grupo familiar al empleador o al estado, en el marco de la competencia regulada entre aseguradores. De hecho, la obligatoriedad es uno de los principios rectores del sistema, consagrado como fundamento de la prestación del servicio público de salud.

5.2. LA ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA.SEGÚN LA LITERATURA

Las normas fundacionales del sistema, también incorporan las herramientas de Atención Médica Administrada, previstas en la literatura de la seguridad social según la recopilación de Kongstvedt (2001), las cuales definen además las responsabilidades cardinales de las OASS.

- **Capitación:** La prima regulada que reciben las entidades promotoras de salud aparece en el sistema bajo la figura de la Unidad de Pago por Capitación, la cual es obligatoria bajo cualquiera de las modalidades de afiliación a una Empresa Promotora de Salud.
- **La administración de beneficios farmacéuticos.** Los planes obligatorios de salud incluyen el suministro de medicamentos esenciales. No obstante las normas que fundamentan el sistema no reconocen explícitamente la figura de la administración de beneficios farmacéuticos, lo cual es más notorio en relación a los medicamentos y dispositivos que se suministran por fuera de los planes de beneficios.
- **Gestión del riesgo.** En el sistema es está expresamente prohibida la selección de riesgos, que es uno de los elementos naturales del seguro tradicional o de reembolso; de hecho se prohíbe la cancelación de la afiliación o la aplicación de preexistencias que condicionen la afiliación o la prestación de servicios. Además, es obligatoria la implementación de un sistema de gestión de riesgos financieros.
- **Sistemas de información sobre el estado de salud de la población.** El sistema obliga a las entidades promotoras de salud a implementar un sistema

de información epidemiológica que permita conocer el estado de salud de la población afiliada.

- **Incentivos al control de costos.** Las empresas promotoras de salud están obligadas a establecer un sistema de control de costos. El incentivo para controlarlos es que la prima es regulada y por ende los costos de la atención no se pueden trasladar al usuario directamente. Es decir, descartado el traslado de los aumentos de costos de manera automática a la prima, la única manera de proteger las utilidades es el control de costos.
- **Auditoría Médica.** Esta herramienta se encuentra incluida en el sistema como un componente del sistema obligatorio de garantía de calidad y como parte de los procedimientos para controlar la calidad de la atención, consagrados ambos como obligaciones a cargo de las entidades promotoras de salud.
- **La gestión de la tecnología médica.** El sistema de salud quedó explícitamente dotado de las metodologías y los procedimientos de evaluación técnica y económica de las nuevas tecnologías aplicables a la atención médica.
- **La gestión de la enfermedad.** A pesar de que la gestión de la enfermedad es la herramienta de atención médica administrada más estudiada, en el sistema de salud no fue considerada ni como herramienta, ni como función a cargo de las Entidades Promotoras de Salud.
- Adicionalmente, los fundamentos legales del sistema de salud de Colombia establecen que el plan obligatorio de salud debe contener actividades de prevención y promoción, dejando en claro que el papel del sistema es ir más allá de la financiación y de la provisión de servicios de salud.

La obligación de prestar servicios de promoción y prevención es el primer elemento que incorpora el sistema de aseguramiento, que sería impensable en un seguro tradicional de reembolso. Igualmente, el sistema contempla ofrecimiento a los afiliados de un plan amplio de salud pública y la prestación de servicios cuya demanda se induce desde las entidades promotoras de salud y desde los sistemas nacional, departamental y municipal de salud.

Las leyes que se expidieron con posterioridad a la Ley 100 de 1993, referidas a programas para el manejo de patologías especiales, tales como enfermedades raras, -obesidad, VIH, lepra, limitaciones auditivas o enanismo, contienen fundamentalmente beneficios sociales y mecanismos financieros, sin que se refieran a modelos de atención clínica.

En el cuadro número se presentan Principales elementos de la atención médica administrada en los fundamentos legales del Sistema General de Seguridad Social de Colombia.

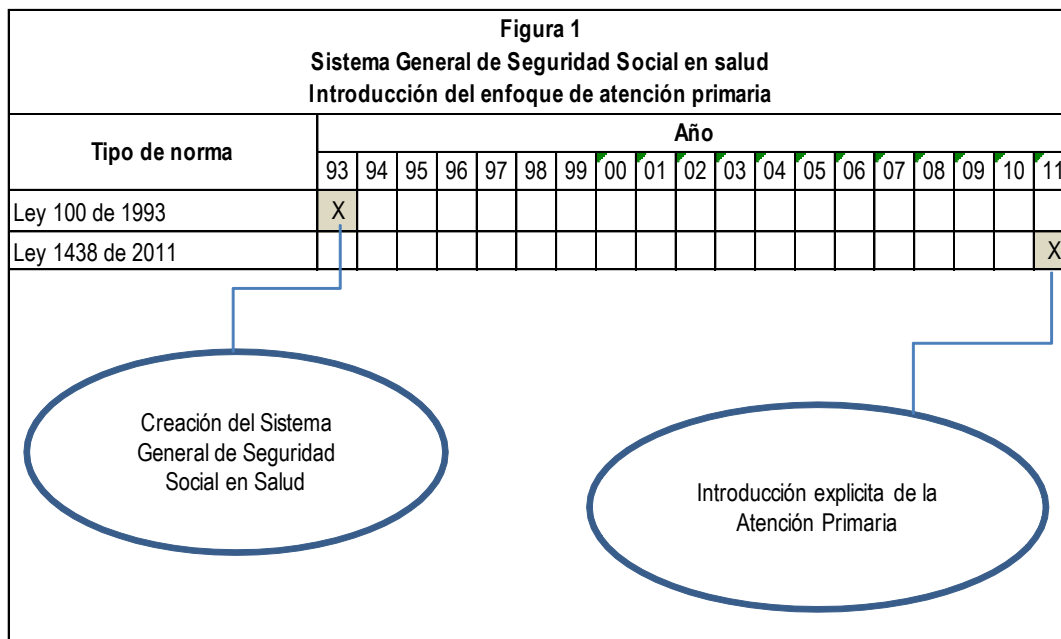
| Cuadro 1 | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Principales elementos de la atención médica administrada en los fundamentos del Sistema General de Seguridad Social de Colombia | | | | |
| Tema | Ley 100 de 1993 | Ley 1122 de 2007 | Ley 1392 de 2010 | Ley 1438 de 2011 |
| Obligatoriedad de la afiliación | Art. 152 - 154 - 156 - 178 - 183 | | | Art. 3 |
| Promoción y prevención | Art. 152 | | | Art. 3 |
| Red de servicios – libre escogencia acotada | Art. 152 - 156 - 159 - 178 - 183 | Art. 25 | | Art. 3 |
| Administración de beneficios farmacéuticos | Art. 156 - 162 - 172 | | | |
| Plan de salud | Art. 156 - 162 - 172 | | | |
| Prima fija por capitación regulada | Art. 156 - 162 - 172 | | | |
| Ajuste de riesgos para determinar el valor de las primas | Art. 156 - 162 - 172 | | | |
| Solidaridad entre estratos socioeconómicos | Art. 156 | | | |
| Puerta de entrada / Referencia y contrareferencia | Art. 162 | | Art. 8 | Art. 14 |
| Eliminación de la selección de riesgos | Art. 164 - 172 | Art. 25 | | |
| Salud pública y demanda inducida | Art. 165 | | | |
| Sistema obligatorio de tarifas hospitalarias | Art. 172 | Art. 25 | | |
| Sistema obligatorio de calidad de los servicios y auditoría médica | Art. 172 - 178 – 180 - 227 | | | |
| Procedimientos para controlar la atención (Auditoría Médica) | Art. 178 -179 | | | |
| Procedimiento de la evaluación tecnológica | Art. 190 | | | |
| Sistema de gestión del riesgo | Art. 178 -179 | Art. 14 - 19 | | |
| Comité Técnico – Científico | Art. 179 | | | |
| Sistema de información epidemiológica en EPS | Art. 190 | | | |
| Sistema de control de costos | Art. 225 | | | |
| Guías de atención integral | | | Art. 6 | |
| Atención primaria | | | | Art. 12 |

Fuente: Esta investigación (Fichas de revisión normativa)

5.3. LA ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA SEGÚN EL ENFOQUE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

De conformidad con el enfoque de atención primaria, los sistemas de salud tienen un régimen inherente de responsabilidades, dentro de las cuales resultan

especialmente relevantes la accesibilidad, la longitudinalidad, la integralidad y la coordinación. La aparición de la atención primaria como componente explícito del sistema de salud en Colombia fue muy tardía; se introdujo apenas en el año 2011, con la expedición de la Ley 1438, situación que se ilustra con la presentación de la figura 1.



Fuente: Fichas de revisión normativas. Ver Anexo1.

No obstante, en los fundamentos del sistema expresados con la expedición de la ley 643 de 2001, algunas de las responsabilidades de atención médica administrada, definidas en el enfoque de la atención primaria, aparecen implícitamente, tal como se indica a continuación:

- **La integralidad** se incorpora con la definición de un plan obligatorio de salud que incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación de los individuos, con lo cual el sistema pretende ofrecer solución a las demandas de servicios médicos sin discriminar patologías.

La garantía de atención a los usuarios quedó preservada con el establecimiento de los comités técnico científicos de las entidades promotoras de salud, ante los cuales puede reclamar respecto de la adecuada prestación de servicios.

- **La accesibilidad.** El sistema asume esta responsabilidad al establecer que el acceso el acceso a los servicios de alta complejidad se debe realizar por el

primer nivel de atención y con la creación de un sistema de referencia y contrareferencia entre niveles de atención y entre prestadores.

- **Longitudinalidad.** Las normas que crearon el sistema de salud no contemplaron específicamente la implementación de mecanismos para hacer seguimiento de largo plazo, con base en la relación médico – paciente.
- **La coordinación.** La revisión de las normas cardinales del sistema no revela la exigencia de mecanismos para para integrar los servicios que reciban los pacientes de múltiples prestadores. Esta responsabilidad está asociada al control de costos como a la racionalidad técnico científica de la prestación de servicios.

5.4. LA ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA EN EL DESARROLLO NORMATIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Los fundamentos y principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud fueron desarrollados con los decretos expedidos por el Gobierno Nacional, por las resoluciones del Ministerio de Salud y de Protección Social y por los acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. La revisión efectuada a éste cuerpo normativo expuso los hallazgos que se indican a continuación:

5.4.1. Obligatoriedad de la afiliación

La obligatoriedad de la afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud se materializó inicialmente a las personas que tenían de contrato de trabajo, a los servidores públicos, los trabajadores independientes con capacidad de pago y estuvo orientada más a la viabilidad financiera del sistema que a la universalidad de la afiliación. El primer desarrollo normativo estuvo enfocado a permitir la transición entre los seguros obligatorios para los dependientes laborales hacia la afiliación al sistema de salud de toda la población. Posteriormente la obligatoriedad de la afiliación se vincula con el goce de los derechos y el acceso a la prestación de servicios de salud.

Se observa que no se desarrollaron herramientas para hacer efectiva la obligatoriedad, más allá de la relación laboral, lo cual puede estar relacionado con la participación de la afiliación al sistema por debajo de las tasas de participación, tal como se documentó en el numeral 2 del marco conceptual.

No obstante, por medio de la Ley 828 de 2003, por medio de la cual por la cual se expiden normas para el control a la evasión del Sistema de Seguridad Social, obliga a los contratistas del estado a cumplir las obligaciones que les asisten

frente al Sistema General de Seguridad Social Integral (salud y pensiones). Lo anterior desde el punto de la evasión o elusión de los aportes correspondientes. Una de las medidas concretas de control que se adoptan es exigir la acreditación de los pagos completos y oportunos al Sistema de Seguridad Social a las empresas de vigilancia privada, las empresas de transporte de valores y las escuelas de capacitación, como condición para renovar su licencia de funcionamiento. Esta ley en suma se ocupa más de la evasión de aportes que de la obligatoriedad de la afiliación a la seguridad social.

A su vez, el decreto 1703 de 2002, por el cual se adoptaron medidas para promover y controlar la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, modificadorio del decreto 1406 DE 1999, contiene reglas de afiliación obligatoria en los contratos de obra, de arrendamiento de servicios, de prestación de servicios, y consultoría.

| Figura 2 Sistema General de Seguridad Social en salud Obligatoriedad de la afiliación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Tipo de norma | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | |
| Decreto 695 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 806 | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 1406 | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 1703 de 2002 | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | |
| Ley 828 de 2008 | | | | | | | | | | | 5 | | | | | | | | | |

Fuente: Fichas de revisión normativas.

- 1) Decreto 695 de 1994. Crea las reglas de transición para que los empleados, jubilados y trabajadores independientes afiliados a los seguros obligatorios, cajas o fondos de previsión hagan tránsito a las Empresas Promotoras de Salud.
- 2) El decreto 806 de 1998 fue el siguiente hito normativo; reglamenta la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual se reconoce como obligatoria a través de los regímenes contributivo y subsidiado.
- 3) El Decreto 1406 de 1999. Crea el Registro Único de Aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral, como herramienta para controlar el cumplimiento de las obligaciones financieras en materia de seguridad social y el acceso a los servicios y el goce de derechos que contempla.
- 4) Decreto 1703 de 2002. Crea reglas para controlar y promover, como un todo, la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, arbitrando recursos y

promoviendo la afiliación universal. Permite la afiliación de beneficiarios adicionales al grupo familiar.

- 5) Ley 828 de 2003. Por la cual se expiden normas para el Control a la Evasión del Sistema de Seguridad Social.

5.4.2. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En las etapas tempranas del sistema, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad fueron definidas como un conjunto de acciones inscritas en la órbita de la salud pública, poco relacionadas con el aseguramiento, ya que no se financian con la Unidad de Pago por Capitación sino con recursos de las entidades territoriales. No obstante, el Acuerdo N° 8 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud confirma la definición de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y establece la integralidad en la prestación de los servicios de Salud al incluirla en el Plan Obligatorio de Salud, en tres niveles: prevención primaria (controlar los factores de riesgo de los individuos), prevención secundaria (detección temprana de la enfermedad) y prevención terciaria (reducir secuelas de la enfermedad). Adicionalmente aprueba la Resolución 5261 de 2004, por medio de la cual se establecen los contenidos del Plan Obligatorio de Salud, el cual define un conjunto acciones de promoción y prevención a cargo de las Entidades Promotoras de Salud.

No obstante, apenas en el año 1996, con la expedición de la Resolución 3997, se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Promotoras de Salud, confirmándolas definiciones precedentes y estableciendo las siguientes categorías: crecimiento y desarrollo, alteraciones sensoriales, infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, inmunizaciones, salud oral, salud sexual y reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y enfermedades crónicas y degenerativas. En este mismo sentido se expide la Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Salud en el año 1998, pero haciendo énfasis en protección específica de la infancia y la maternidad y detección temprana de enfermedades de interés en salud pública; no obstante, un año después se aplazó hasta el año 2000 la prestación de los servicios de prevención y promoción definidos en la Resolución 3997 de 1996 y en el Acuerdo 117 de 1998. El Acuerdo 125 de 1999 corre este plazo hasta el año 2001.

En febrero del año 2000 el Ministerio de Salud expidió la Resolución 412, con el propósito de remplazar la Resolución 3997 y establecer en su lugar las actividades de promoción y prevención y las intervenciones de demanda inducida y obligatoria

prestación por parte de las Empresas Prestadoras de Salud. Esta vez se adoptan las normas técnicas y las guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud público (veintiuna en total). El plazo para entrar en aplicación era de tres meses pero la Resolución 1745 del 30 de junio de 2002 difiere su entrada en vigencia hasta el primero de enero de 2003.

En el siguiente nivel de desarrollo normativo, expresado por medio del Acuerdo 287 de 2005, las acciones de promoción y prevención se enfocan hacia las desviaciones de frecuencia de pacientes con enfermedades de alto costo y como complemento a este mecanismo de ajuste de riesgos según el diagnóstico, iniciando con la insuficiencia renal crónica. Con la expedición de la Resolución 3974 de 2009 ésta lista se amplía a las enfermedades de interés en salud pública relacionadas con el alto costo, así: cáncer de cérvix, mama, estómago, colon y recto, próstata, leucemia linfocítica aguda, leucemia mielocítica aguda, linfoma de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, epilepsia, artritis reumatoide y infección por el virus de inmunodeficiencia humana. El Acuerdo 8 de la Cres es una reexpedición de las normas que determinan los planes de beneficios y para el caso no aportan novedades. Este proceso se ilustra con la presentación de la figura 2.

Figura 3
Sistema General de Seguridad Social en salud
Promoción y prevención

| Tipo de norma | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 |
| Decreto 1891 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 8 | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resolución MPS 3997 | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 117 | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 125 | | | | | | | 5 | | | | | | | | | | | | |
| Resolución MPS 412 | | | | | | | | 6 | | | | | | | | | | | |
| Resolución MPS 1745 | | | | | | | | | 7 | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 287 | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | |
| Acuerdo CRES | | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | |
| Resolución MPS 3974 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 10 | |

Primera Etapa

Segunda Etapa

Fuente: Fichas de revisión normativas.

- 1) Decreto 1891 de 2004. Reglamenta tanto la ley 60 de 1993, como la ley 100 de 1993, en relación con la prestación del servicios de salud.

- 2) Acuerdo 8 del CNSSS. Adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, define la prevención y la promoción y establece un paquete de acciones obligatoria prestación.
- 3) Resolución 3997 de 1993. Establece las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 4) Acuerdo CNSSS 117 de 1998. Establece la prestación obligatoria de actividades, de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- 5) Acuerdo 125 de 1999. Establece el periodo de transición para la aplicación del Acuerdo 117.
- 6) Resolución 412 de 2000. Deroga la resolución 3997 de 2006 e establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención.
- 7) Resolución 1745 de 2000. Modifica la fecha de entrada en vigencia de la Resolución 412 de 2000.
- 8) Acuerdo 287 de 2005. Define el coeficiente que se aplica a la UPC con el fin de reconocer las desviaciones existentes en el número de pacientes con algunas patologías de alto costo.
- 9) Acuerdo Cres.
- 10) Resolución 3974 de 2009. Reglamenta la cuenta de alto costo del sistema.

De lo expuesto se tiene que el proceso de incorporación de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad ha tenido un desarrollo normativo muy lento, que se ha dado en dos etapas:

La primera abarca desde el inicio de la implementación del Sistema General de Seguridad Social de Salud a principios del año 1994, el hasta el año 2001. Durante esta etapa se define el concepto de prevención y promoción en un ambiente de aseguramiento, se precisan las obligaciones de los aseguradores y se incorporan las actividades propias a los planes de beneficios.

Esta etapa abarca 8 años, al cabo de los cuales apenas se perfeccionó la prestación de estos servicios como de demanda inducida, cuya prestación a los asegurados es obligatoria. Se puede afirmar que hasta el año 2001 los servicios de promoción y prevención a los afiliados al sistema era, desde el punto de vista normativo, un mero enunciado.

Durante la segunda etapa, la promoción y la prevención se enfocaron al control de las patologías de alto costo.

5.4.3. Red de servicios con libre escogencia acotada

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la libre elección del proveedor de servicios de salud en las etapas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, está limitada a la red de prestadores de servicios, cuya organización es una obligación básica de las Entidades Promotoras de Salud, tal como quedó establecido con la expedición del Decreto 1485 de 2004, por medio del cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud. Esta norma determina que dentro de las funciones de tales entidades, la organización de la prestación de los servicios de a sus afiliados, lo cual incluye la gestión y coordinación de la oferta de servicios de salud por medio de instituciones propias o contratadas. Al interior de las redes de prestadores de servicios de salud opera la libre escogencia entre un número plural de prestadores, los se deben pone a disposición de los afiliados por medio de un listado de prestadores de servicios.

La Resolución 5261 determina las actividades que obligatoriamente se deben prestar las Entidades Promotoras de Salud como servicios de baja complejidad, a cargo de una red de servicios ubicada en el ámbito geográfico del paciente y los servicios de mayor complejidad a través de la red de servicios que debe establecida para el efecto; de conformidad con lo dispuesto por el Decreto 723 de 2007, estas entidades fueron autorizadas para aplicar modalidades de contratación con los prestadores de servicios tales como la capitación, el pago por conjunto de atención integral o pago por actividad.

Figura 4
Red de servicios con libre escogencia acotada

| Tipo de norma | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | |
| Decreto 1485 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resolución 5261 | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 723 | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 1804 | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | |
| Resolución MPS 412 | | | | | | | | 5 | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 287 | | | | | | | | | | | | | 6 | | | | | | | |

Fuente: Fichas de revisión normativas.

- 1) Decreto 1485 de 1994. Regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.
- 2) Resolución 5261 de 199. Establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- 3) Decreto 723 de 1997. Contiene disposiciones que regulan algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.
- 4) Decreto 1804. Expiden normas sobre el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 5) Resolución MPS 412. Establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta normas técnicas y guías de atención para la prestación de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- 6) Acuerdo CNSSS 287. Define el coeficiente que se aplica a la UPC con el fin de reconocer las desviaciones existentes en el número de pacientes con patologías de alto costo.

Con esta filosofía, las reglas de organización del régimen subsidiado, establecidas por medio del Decreto 1804 de 1999, obliga a las Entidades Promotoras de Salud a organizar y garantizar la prestación de los servicios cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, directamente o a través de la contratación con instituciones prestadoras de servicios y con profesionales de salud independientes. Lo anterior incluye se hizo extensivo a los servicios de promoción y prevención en los términos de la Resolución 412 del 2000. Finalmente, con la instrucción del concepto de ajustadores de riesgo por diagnóstico, se les exigió a las Entidades Promotoras de Servicios de Salud la garantía de una red de atención integral a los pacientes. (Acuerdo 287 de 2005).

Así las cosas, en el Sistema General de Seguridad, desde su etapa más temprana, se establecieron reglas según las cuales la prestación de servicios se debe garantizar a los usuarios, por medio de una red organizada por la Empresa Promotora de Salud, al interior de la cual opera la libre escogencia del prestador por parte del afiliado. Lo anterior es claramente compatible con el régimen de obligaciones y de características de las organizaciones para la articulación de servicios de salud (OASS).

5.4.4. Administración de beneficios farmacéuticos

El concepto de administración de beneficios farmacéuticos no ha sido desarrollado normativamente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Lo anterior se debe en primer lugar, a que a que el suministro de medicamentos hace parte de los planes de beneficios a que tienen derecho los afiliados al sistema (ver numeral 3.4.5). En este caso el suministro de medicamentos se hace desde la misma red de prestación de servicios. En segundo lugar, el suministro de medicamentos no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud se hace a través de los Comités Técnico Científicos de las Entidades Promotoras de Salud, las cuales usan el mecanismo de recobros al FOSYGA por eventos.

No obstante, el gobierno expuso su Política Farmacéutica Nacional, la cual aspira a corregir los “defectos” del sistema de acceso a medicamentos.

El único evento documentado como aplicación de la administración de beneficios farmacéuticos fue el contrato 334 del 10 de septiembre de 2009 que el Ministerio de la Protección Social, a través del FOSYGA, celebró con Caprecom para la “Coordinación del acceso a servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios – suministro de insumos y medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud – e igualmente la prestación de estos servicios”.

| Figura 5 Administración de beneficios farmacéuticos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Tipo de norma | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 |
| Documento técnico MPS | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | |
| Documento técnico Caprecom | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | |

Fuente: Fichas de revisión normativas.

Aparición tardía e incompleta

- 1) Documento técnico MPS. Política Farmacéutica Nacional
- 2) Documento técnico Caprecom. Investigación Pública N° 10 de 1999.

Sobre la administración de beneficios farmacéuticos vale decir que su introducción como herramienta de atención administrada tiene su plena justificación en el hecho de que los recobros al FOSYGA no han sido una herramienta adecuada y transparente. Esta herramienta debe ser complementaria de la Política Financiera Nacional ya referenciada y de los sistemas de evaluación de tecnologías que se describen en el numeral 5.4.16.

5.4.5. Planes de salud

Según las definiciones contenidas en la Ley 100 de 1993, una de las principales características del Sistema General de Seguridad Social en Salud es la oferta a todos los afiliados de un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, denominado el Plan Obligatorio de Salud POS.

Este principio fue desarrollado profusamente desde las etapas más tempranas de la normatividad del sistema. En efecto, los Decretos 1895 y 1938 de 1994 establecen las características que deben tener tales planes.

La lista taxativa de servicios y medicamentos incluidos en el plan de salud para los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado del sistema, fue establecida por medio de las siguientes normas: Acuerdo 2 de 1994 (política de medicamentos esenciales para el Sistema General de Seguridad Social en Salud), Acuerdo 8 de 1994 (adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo) y Resolución 5261 de 1994; esta norma establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud y ordena ceñir la receta de medicamentos al manual y precisa la utilización de dispositivos biomédicos.

Con base en las reglas establecidas por medio del acuerdo 9 de 2004, se producen actualizaciones menores al Plan Obligatorio de Salud (Acuerdos 85 y 306); por medio del Acuerdo 117 se determinan claramente los contenidos del POS relacionados con la promoción y la prevención de la salud. No obstante, únicamente con la entrada en funcionamiento de la Comisión Reguladora en Salud CRES y a instancias de la Sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 1997, el contenido del POS se actualizó de fondo, actuación que incluyó los pasos iniciales para igualar los servicios de los regímenes contributivo y subsidiado.

| Figura 6 Planes de Salud | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Tipo de norma | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 |
| Decreto 1895 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 1938 | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 2 | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 8 | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 9 | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resolución MPS 5261 | | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 85 | | | | | | 7 | | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 117 | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 306 | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | |
| Acuerdo CRES 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 10 | |

Fuente: Fichas de revisión normativas.

- 1) Decreto 1895 de 1994. Por el cual se reglamenta el Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud,
- 2) Decreto 1938 de 1994. Por el cual se reglamenta el plan de beneficios en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, contenidas en el Acuerdo número 008 de 1994.
- 3) Acuerdo CNSSS 2 de 1994. Por el cual se adopta la política de medicamentos esenciales para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 4) Acuerdo CNSSS 8 de 1994. Por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 5) Acuerdo CNSSS 9 de 1994. Por el cual se adoptan el mecanismo de selección de beneficiarios, las metas de expansión, el plan de beneficios y la operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 6) Resolución MPS 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 7) Acuerdo CNSSS 85.
- 8) Acuerdo CNSSS 117 de 1998. Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- 9) Acuerdo CNSSS 306 de 2005. Por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.
- 10) Acuerdo CRES 4. 2009 Por el cual se da cumplimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional.

El establecimiento de planes de beneficios con las características del Plan Obligatorio de Salud es propio de las organizaciones para la articulación de servicios de salud (OASS). No obstante el sistema carece de mecanismos claros para actualizar sus contenidos.

5.4.6. Prima fija por capitación regulada.

En el Sistema de Seguridad Social en Salud, la prima de afiliación es completamente regulada, a diferencia de seguro de reembolso. En el caso del régimen contributivo, la afiliación no depende del número de beneficiarios o de su perfil de riesgo, sino del nivel de ingresos del trabajador cotizante. Con la expedición del decreto 1814 de 1994, el cual refrenda el Acuerdo Número 6 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, del mismo año, se tasa la cotización en el 11% del ingreso del trabajador. Al finalizar ese año, el Acuerdo 11 del Consejo aumenta la cotización al 12% de los ingresos, lo cual es confirmado

con la expedición del decreto 2626 de 1994 situación que se mantuvo hasta el año 2007 donde fue aumentada en el 0.5% en el Artículo 10 de la Ley 1122 de 2007.

No obstante, la verdadera prima del sistema es la Unidad de Pago por Capitación UPC que se le reconoce a cada EPS en función del riesgo diferencial entre sexos y grupos de edad. Por medio del Acuerdo 12 del año 1994 se estableció la estructura de UPC, la cual ha tenido sucesivas modificaciones pero no revisiones de fondo. Solo hasta el año 2001 se introdujo con la expedición del Acuerdo Número 17, un mecanismo para reconocer la desviación del perfil epidemiológico de los afiliados al régimen contributivo.

Figura 7
Prima fija por capitación regulada

| Tipo de norma | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | |
| Decreto 1814 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 2626 | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 2926 | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo 6 | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo 7 | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 20 | | | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 35 | | | | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS Varios | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | | | | |
| Acuerdo Cres varios | | | | | | | | | | | | | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |

Fuente: Fichas de revisión normativas.

Adicional al sexo, a la edad y al perfil epidemiológico de la población, se ha reconocido una prima adicional a los afiliados que residan en zonas apartadas de difícil acceso y en grandes ciudades. Tal como se observa en la figura 7. Anualmente el organismo competente ya sea el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o la Comisión Reguladora en Salud, actualiza el valor de la prima o Unidad de Pago por Capitación.

- 1) Decreto 1814 de 1994. Por el cual se reglamenta el Acuerdo No. 006 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y establece el monto de la cotización y el límite de la base de cotización en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 2) Decreto 2926 de 1994. Por el cual fija el monto de la cotización de los afiliados al Sistema de Seguridad Social, de conformidad con el Acuerdo número 011 de 1994, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

- 3) Decreto 2926 de 1994. Por el cual fija el monto de la cotización de los afiliados al Sistema de Seguridad Social, de conformidad con el Acuerdo número 011 de 1994, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- 4) Acuerdo 6 de 1994. Por el cual se establece el monto de la cotización y el límite de la base de cotización en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de conformidad con el artículo 1450 del Decreto Ley 1298 de 1994.
- 5) Acuerdo 7 de 1994. Por el cual se adopta el perfil de la capacitación para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 6) Acuerdo CNSSS 20 de 1995. Por el cual se fijan los valores de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- del Plan Obligatorio de Salud -POS- el monto de la cotización de los afiliados al sistema y se dictan otras disposiciones.
- 7) Acuerdo CNSSS 35 de 1996. Por el cual se modifica el Artículo 2o. del Acuerdo 026 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Desde el punto de vista de la determinación del valor de las primas, el Sistema General de Seguridad Social en Salud se comporta exactamente como una organización articuladora de servicios de salud - OASS. Esta es la principal diferencia del sistema colombiano con los seguros tradicionales de reembolso. Se observa que existe una ficha técnica para el sistema, que no para cada compañía, admitiendo ajustadores de riesgo tales como sexo, edad y perfil epidemiológico de las entidades promotoras de salud tal como se muestra en el numeral 5.4.7.

5.4.7. Ajuste de riesgos para determinar el valor de las primas.

La aparición de los ajustes de riesgo diferentes a sexo y edad en el sistema general de seguridad social en salud de Colombia fue muy tardía, pues apenas hasta el año 2001, con la expedición del Acuerdo 217 del CNSSS, en el cual se determinaron parámetros adicionales para afectar el valor de la unidad de pago por capitación según la desviación del perfil epidemiológico observado a la población afiliada a cada EPS. Esta norma fue complementada al año siguiente por el Acuerdo 227 de 2002, que invocando la necesidad de preservar el equilibrio financiero del sistema, determino las patologías de alto costo que habrían de tenerse en cuenta para remunerar las desviaciones del perfil epidemiológico.

No obstante, a penas a final del 2002 el Acuerdo 242 de ese año, aprueba el porcentaje de la UPC que se distribuye a manera de ajuste epidemiológico. Esto se reflejara en la política de atención integral de patologías de alto costo que se promulgo por medio del Acuerdo 245 del 2003, que pretendió distribuir los pacientes con sida e insuficiencia renal uniformemente entre las EPS.

| Tipo de norma | | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 |
| Acuerdo CNSSS 217 | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 227 | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 242 | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 245 | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 268 | | | | | | | | | | | | 5 | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 287 | | | | | | | | | | | | | 6 | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 327 | | | | | | | | | | | | | | 7 | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 352 | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 388 | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | |
| Acuerdo CNSSS 395 | | | | | | | | | | | | | | | | | 10 | | | |

Fuente: Fichas de revisión normativas.

El efecto de esta medida fue muy limitado teniendo en cuenta que la materia fue reglamentada con la expedición por parte del CNSSS de sucesivos acuerdos sobre la materia, en el periodo comprendido entre el 2004 y el 2008, época en que el asunto se zanjó con la entrada en funcionamiento una cuenta de alto costo, que pretendió reconocer la desviación de siniestralidad por pacientes con sida e insuficiencia renal, entre las EPS.

- 1) Acuerdo CNSSS 217 de 2001. Por el cual se establece un mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico de la atención en salud del régimen contributivo.
- 2) Acuerdo CNSSS 227 de 2002. Por el cual se establece un mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico de la atención en salud del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.
- 3) Acuerdo CNSSS 242 de 2002. Por medio del cual se aprueba el porcentaje de UPC objeto de distribución por ajuste epidemiológico y se distribuyen unos recursos según lo dispuesto en el Acuerdo 217 del CNSSS.
- 4) Acuerdo CNSSS 245. Por el cual se establece la política de atención integral de patologías de alto costo, para los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS.
- 5) Acuerdo CNSSS 268 de 2004. Por medio del cual se aprueba el porcentaje de UPC objeto de distribución por ajuste epidemiológico y se distribuyen unos recursos correspondientes al segundo semestre de 2002 según lo dispuesto en el Acuerdo 252 del CNSSS y el artículo 9o del Acuerdo 245.
- 6) Acuerdo CNSSS 287 de 2005. Por medio del cual se define el coeficiente que se aplica a la UPC con el fin de reconocer las desviaciones existentes en el número de pacientes con algunas patologías de alto costo.

- 7) Acuerdo CNSSS 327 de 2006. Por medio del cual se determina el período de aplicación del coeficiente de alto costo que se defina para el año 2006.
- 8) Acuerdo CNSSS 352 de 2007. Por medio del cual se determina el valor del K y se establecen los Coeficientes de Alto Costo de Insuficiencia Renal Crónica para cada una de las EPS en el año 2006.
- 9) Acuerdo CNSSS 388 de 2009. Por medio del cual se determina el valor del K y se establecen los Coeficientes de Alto Costo de Insuficiencia Renal Crónica para cada una de las EPS en el año 2007.
- 10) Acuerdo CNSSS 395 de 2008. Por medio del cual se incluyen servicios ambulatorios especializados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para la atención de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial y se ajusta el valor de la UPC en el Régimen Subsidiado para el año 2008.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia se han aplicado, desde las etapas más tempranas, los ajustadores de riesgo tradicionales, como son sexo y edad, pero los ajustadores de riesgo según el diagnóstico o la desviación epidemiológica del valor de la unidad de pago por capitación ha sido tardía y parcial pues se requirieron ocho años para materializarlo en la cuenta de alto costo.

5.4.8. Solidaridad.

A diferencia del seguro tradicional o de reembolso, el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia se comporta, desde el punto de vista de la solidaridad, como una autentica organización articuladora de servicios de salud (OASS) y en consecuencia la intermediación entre prestadores y financiadores reconoce el principio de solidaridad. En primer lugar, los aportes se efectúan según la capacidad de cada afiliado sin tener en cuenta el número de beneficiarios, mientras la unidad de pago de capitación como prima real no solo reconoce el número de afiliados sino que reconoce también su riesgo desde el punto de vista demográfico.

| Figura 9 Solidaridad entre conglomerados sociales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Tipo de norma | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 |
| Ley 100 de 1993 | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ley 1122 de 2007 | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | |

Fuente: Fichas de revisión normativas.

5.4.9. Puerta de entrada / Referencia y contrareferencia

La prestación de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud, al cual tienen derecho los afiliados al sistema de salud de Colombia, están sometidas a reglas de accesibilidad, que de conformidad con el diseño estándar de las organizaciones articuladoras de servicios de salud, tienen como fin facilitar el primer contacto con el del servicio de menor complejidad.

La normatividad sobre el tema se expidió en la etapa más temprana del sistema. En efecto, los Decretos 1485 y 1895 así como el Acuerdo 8 y la Resolución 5261, todos expedidos en el año 1994, contienen los elementos fundamentales, tanto de la puerta de entrada al sistema, como la referencia y contrareferencia entre niveles de complejidad.

Por lo anterior, en el sistema de salud de Colombia está plenamente autorizado condicionar el acceso de los usuarios de los servicios complejos desde el primer nivel de complejidad, salvo en caso de urgencias. Por ello, para escalar entre niveles de complejidad se deben aplicar los mecanismos de referencia propios de cada EPS. Los niveles de complejidad están taxativamente definidos por la Resolución 5261 de 1994, norma que de paso acota la libre escogencia, restringiéndola a la red organizada por la EPS y dentro de esta a dichos niveles de complejidad.

Figura 10
Puerta de entrada - Referencia y contrareferencia

| Tipo de norma | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | |
| Decreto 1485 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 1895 | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 8 | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resolución MPS 5261 | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CRES 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5 | |

Fuente: Fichas de revisión normativas.

- 1) Decreto 1485 de 1994. Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud
- 2) Decreto 1895 de 1994. Por el cual se reglamenta el Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud.

- 3) Acuerdo CNSSS 8 de 1994. Por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 4) Resolución MPS 5261 de 1995. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 5) Acuerdo CRES 3 de 2009. Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

La accesibilidad, entendida como el conjunto de estructuras que facilitan el primer contacto con los sistemas de salud está presente en el caso colombiano desde sus etapas más tempranas, cumpliendo con los requisitos que le exige su condición de organización articuladora de servicios de salud.

5.4.10. Eliminación de la selección de riesgos

En los seguros de reembolso tradicionales es una práctica común la discriminación de los pacientes con altos riesgos y el reconocimiento de las enfermedades costosas como preexistencias no asegurables. Esta característica ha sido eliminada desde la entrada en operación del sistema con la expedición de los Decretos 1485 y 1895 del 2004, que entre otras cosas prohíben la cancelación de las afiliaciones o la discriminación de patologías. Lo anterior en desarrollo de lo dispuesto por el artículo 183 de la Ley 100 de 1993, norma que le prohíbe a las Entidades Promotoras de Salud, en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados o negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen.

| Figura 11 Eliminación de la selección de riesgos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Tipo de norma | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 |
| Ley 100 de 1993 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 1485 | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 1895 | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Fichas de revisión normativas.

- 1) Decreto 1485 de 1884. Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.

- 2) Decreto 1895 de 1994. Por el cual se reglamenta el Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- 3) Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia prohíbe la discriminación de pacientes costosos o con enfermedades preexistentes, por parte de las EPS.

5.4.11. Salud pública

Los servicios de salud pública que ofrece el sistema de salud de Colombia dirigido a todos sus habitantes, cuya prestación le corresponde a la nación y las entidades territoriales, están articulados con los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que las entidades promotoras de salud deben ofrecer obligatoriamente a sus afiliados. En el caso del Sistema de Salud de Colombia, la salud pública, desde el aseguramiento es complementaria de la obligación de ofrecer servicios de promoción y prevención a la población afiliada, tal como se indica en el numeral 5.4.2.

| Figura 12 Salud pública | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Tipo de norma | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | |
| Decreto 1891 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 1938 | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 117 | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 125 | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | |
| Acuerdo CNSSS 229 | | | | | | | 5 | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Fichas de revisión normativas.

- 1) Decreto 1891. "Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 2o, 3o, 4o, 10o, 21o y 22o de la Ley 60 de 1993; y parcialmente el artículo 160 del Decreto Ley 1298 de 1994, en cuanto a fomento y prevención de la enfermedad"
- 2) Decreto 1938 de 1994. Por el cual se reglamenta el plan de beneficios en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, contenidas en el Acuerdo número 008 de 1994.
- 3) Acuerdo CNSSS 117 de 1998. Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

- 4) Acuerdo CNSSS 125 de 1999. Por medio del cual se establece el periodo de transición para la aplicación del Acuerdo 117 y se dictan otras disposiciones.
- 5) Acuerdo CNSSS 229 de 1999. Por el cual se define la proporción de UPC - S que se destinará para la financiación de las acciones de promoción y prevención para el Régimen Subsidiado.

5.4.12. Sistema de tarifas para los servicios de salud

El Decreto 2491 de 1994 determinó que el Ministerio de Salud era la autoridad competente para expedir el reglamento y las tarifas que deben regir los contratos de prestación de servicios de salud en el sector público. Hasta la fecha, el Ministerio no ha utilizado esta facultad pero las tarifas para remunerar la prestación de servicios al amparo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, determinadas por medio de la Resolución 2389 de 1994, se convirtió en la señal tarifaria del sistema, hasta el punto de que el Decreto 2357 de 1995 ordena que éstas sean las tarifas para contratar servicios en el régimen subsidiado. Dicho sistema tarifario ha sido actualizado con la expedición de normas tales como los Decretos 473 del 2005 y 2423 del 2006, normas que sugieren la aplicación entre las Entidades Promotoras de Salud y las instituciones prestadoras de servicios. Sobre esta materia, el Ministerio de la Protección Social elaboró el estudio indicativo de precios y análisis cualitativos de contratos que confirmó que el régimen tarifario en comento, así como el manual tarifario del Instituto de Seguros Sociales, constituyen la referencia tarifaria del sistema.

| Figura 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Sistema obligatorio de tarifas hospitalarias | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de norma | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | |
| Decreto 2491 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resolución 2389 | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 473 | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 2357 | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 2423 | | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Circular MPS 1 de 1 | | | | | | | | | | | | 6 | | | | | | | | |
| Documento técnico MPS | | | | | | | | | | | | | 7 | | | | | | | |
| Circular MPS 4 | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | |

Fuente: Fichas de revisión normativas.

- 1) Decreto 2491 de 1994. Por el cual se reglamenta el régimen de transición de cobertura para la prestación del servicio de Seguridad Social en Salud.
- 2) Resolución 2389 de 1994. Por la cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médico - quirúrgicos y hospitalarios y se fijan las tarifas para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.
- 3) Decreto 473 de 1995. Incrementan las tarifas de los servicios prestados por las entidades hospitalarias en los casos de Riesgo Catastrófico, Accidentes de Tránsito y Atención Inicial de urgencias.
- 4) Decreto 2357 de 1995. Por medio del cual se reglamentan algunos aspectos del Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- 5) Decreto 2423 de 2006. Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.
- 6) Documento técnico MPS. "Precios y contratos en salud: estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos".
- 7) Circular 1 de 2004. Paso medicamentos para cáncer monopólicos a régimen de libertad regulada en lugar de control directo
- 8) Circular 4 de 2006. Elimina el control directo automático de precios y pasa todos los medicamentos a libertad de precios

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, existe el libre juego de mercado para la contratación de prestación de servicios de salud entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud, aunque se puede hablar de un régimen tarifario parcialmente regulado. En contraste con lo anterior la fijación del precio de los medicamentos y dispositivos se rige estrictamente por las reglas del mercado.

La política respecto de los medicamentos y los dispositivos médicos siguió el camino contrario, toda vez que se eliminó la aplicación de los mecanismos de control directo y la libertad vigilada de precios (ver circulares 1 de 2004 y 4 de 2006) del Ministerio de Protección Social.

No obstante, los contratos para la prestación de otros servicios de salud, por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas, se pagan de acuerdo con las tarifas acordadas, teniendo como referencia las establecidas en el Decreto 2423 de 1996, las cuales son obligatorias en los casos originados por accidente de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y atención inicial de urgencias.

5.4.13. Sistema Obligatorio de Calidad de los Servicios

De conformidad con lo prescrito por el Artículo 227 de la Ley 100 de 1993, las Entidades Promotoras de Salud deben desarrollar un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, para garantizar la adecuada prestación de los servicios suministrados a los afiliados. Este mandato fue cumplido a finales del año 1996 con la expedición del Decreto 2174, por medio del cual se desarrolla dicho sistema. El estándar básico del sistema eran los requisitos mínimos que debían declarar los prestadores de servicios de salud.

El sistema obligatorio de garantía de calidad definido con la expedición del Decreto 1011 de 2006 elimino el concepto de requisitos mínimos e introdujo los sistemas únicos de habilitación y acreditación y la auditoria del mejoramiento de la calidad; el sistema de habilitación era obligatorio y se hacía con los estándares del Ministerio de Salud y el sistema de acreditación era voluntario y exigía un ente certificador.

| Figura 14 Sistema obligatorio de garantía de la calidad de los servicios | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Tipo de norma | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | |
| Resolución 5261 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 2174 | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 2309 | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | |
| Decreto 1011 | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | |

Fuente: Fichas de revisión normativas.

- 1) Resolución 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 2) Decreto 2174 de 1996. Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 3) Decreto 2309 de 2002. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 4) Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La preocupación por la calidad de la prestación de los servicios es propia de las organizaciones prestadoras de servicios de salud y ello constituye una diferencia fundamental con el seguro de reembolso.

5.4.14. Procedimientos para controlar la atención (Auditoría Médica)

La auditoría medica aparece en el Sistema General de Seguridad Social de Salud como un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y estaba orientada a la evaluación sistemática de la atención en salud, con el objeto fundamental de mejorar la calidad de los servicios; su método se basaba en la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo a las normas técnico científicas del sistema.

En adición a los controles que el sistema tiene establecidos sobre el acto médico, por medio del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, introducidos con la expedición del Decreto 1725 de 1999, se levantó el velo de reserva que pesaba sobre la historia clínica. Esta norma facultó a las Entidades Promotoras de Salud para acceder a la historia clínica y a los soportes para el ejercicio de la auditoría, especialmente para efectos de la facturación. La auditoría sobre el acto médico, teniendo como objetivo la revisión de las facturas generadas por la prestación de los servicios, se convierte en un paradigma novedoso en el sistema en el que se mezclan los aspectos administrativos y científicos del acto médico, con lo cual este proceso queda enmarcado aún más en las reglas del cuidado médico administrado.

De conformidad con lo dispuesto por el Decreto 1011 de 2006, el Sistema Obligatorio de Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto Auditoría Médica definido en el Artículo 227 la Ley 100 de 1993. La Auditoría Médica así considerada, se parte en dos ramas: de un lado es un mecanismo para determinar la exactitud de las facturas y por otro un componente fundamental del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, con un enfoque completamente clínico.

| Figura 15 Procedimientos de control sobre la atención - Auditoría Médica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Tipo de norma | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 |
| Decreto 1725 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 1011 | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | |

Fuente: Fichas de revisión normativas.

- 1) Decreto 1725 de 1999. Por el cual se dictan normas de protección al usuario y se dictan otras disposiciones.
- 2) Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

La auditoría médica, constituye un procedimiento de control sobre la calidad de la prestación de servicios de salud y por ello en una herramienta compatible con los propósitos de la atención médica administrada. En el sistema de salud de Colombia, la auditoría sobre la prestación de servicios de salud ha sido incorporada al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, pero subsiste con esa denominación como un simple mecanismo de revisión de facturas.

5.4.15. Comité Técnico Científico.

Inicialmente, los comités técnicos científicos tenían como función autorizar las solicitudes presentadas por los médicos tratantes para el suministro a sus pacientes de medicamentos que no estaban incluidos en el plan obligatorio de salud y debían ser complementarios de los comités de farmacia y terapéutica de obligatorio funcionamiento en las instituciones prestadoras de salud.

Este era al menos el rol que se le había dado por medio de las Resoluciones 5061 de 1997 y 2312 de 1998.

| Figura 16 Comité Técnico – Científico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| Tipo de norma | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | |
| Resolución MPS 5061 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resolución MPS 2312 | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| Resolución MPS 2498 | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | |
| Resolución MPS 3797 | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | |
| Resolución MPS 3099 | | | | | | | | | | | | | | | | 5 | | | | |
| Resolución MPS 548 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 |

Fuente: Fichas de revisión normativas.

- 1) Resolución MPS 5061 de 1997. Por la cual se reglamentan los Comités Técnico Científicos dentro de la Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y se dictan otras disposiciones.

- 2) Resolución MPS 2312 de 1998. Por la cual se modifica el artículo 10o. de la Resolución 5061 de 1997, y se reglamenta el recobro de medicamentos autorizados por los Comités Técnico-Científicos de las EPS, ARS y entidades adaptadas.
- 3) Resolución MPS 2498 de 2003. Por la cual se subrogan las Resoluciones 05061 de 1997 y 02312 de 1998 y se dictan otras disposiciones para la autorización y el recobro ante el Fosyga de medicamentos o incluidos en el Acuerdo 228 de CNSSS autorizados por el Comité Técnico Científico.
- 4) Resolución MPS 3797 de 2004. Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS y de fallos de tutela.
- 5) Resolución MPS 3099 de 2008. Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, autorizados por Comité Técnico-Científico y por fallos de tutela.
- 6) Resolución MPS 548 de 2010. Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos, se establece el procedimiento de radicación, reconocimiento y pago de recobros ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga– y se dictan otras disposiciones aplicables durante el periodo de transición de que trata el artículo 191 del Decreto Legislativo 128 de 2010.

A partir del año 2003 la normatividad expedida sobre el funcionamiento de los comités técnicos científicos estuvo orientada a reglamentar el recobro ante el fondo de solidaridad y garantía de los servicios prestados y los medicamentos suministrados por las EPS y las IPS por el plan obligatorio de salud este es el sentido fundamental del cuerpo de resoluciones expedidas por el ministerio de la protección social entre los años 2003 y 2010.

La evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud llevó a los Comités Técnicos Científicos de ser una herramienta propia del cuidado médico administrado, por medio de la cual se evaluaba la necesidad médica de utilizar medicamentos no contemplados en el manual de terapéutica del sistema, a convertirse en un mecanismo de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA. Es decir, evolucionaron de ser un mecanismo de evaluación científica de las decisiones médicas entre pares, hacia un mecanismo para validar administrativamente los recobros ante el fondo de solidaridad y garantía. No obstante conservan el papel de evaluadores de la pertinencia de las decisiones médicas que impliquen fuera del Plan Obligatorio de Salud - POS.

5.4.16. Procedimientos de Evaluación Tecnológica

La evaluación de la tecnología en salud en Colombia ha estado más enfocada al problema de la adquisición de tecnología biomédicas de uso hospitalario. La Resolución 434 de 2001, por ejemplo, establece las metodologías y

procedimientos de evaluación técnica y económica de la tecnología biomédica de uso al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Esta investigación no documentó la existencia de mecanismos para la incorporación de nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos en el Plan Obligatorio de Salud, diferentes a los establecidos con la expedición del Acuerdo 232 de 2002, por el cual se crea el Comité Técnico de Medicamentos y Evaluación de Tecnología, aclarando que durante las indagaciones propias de esta investigación no se evidenciaron intervenciones o actuaciones de este comité.

No obstante, el país está avanzando, en colaboración con los países de la Subregión Andina, en la conformación e implementación de la unidad de evaluación de tecnologías sanitarias.

Ahora, por fuera de la delimitación temporal de esta investigación, se expidió la Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, norma que en su artículo 92 crea el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, entidad que tiene dentro de sus objetivos la evaluar las tecnologías en materia de salud, teniendo en cuenta la seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad, utilidad e impacto económico.

En el Decreto 2174 de 1996, la evaluación de la tecnología biomédica era un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

| Figura 17 Procedimientos de evaluación tecnológica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Tipo de norma | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 |
| Decreto 2174 | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resolución 434 | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | |
| Acuerdo 232 CNSSA | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | |
| Documento Técnico MPS | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | |

Fuente: Fichas de revisión normativas.

- 1) Decreto 2174 de 1996, Por el cual se organiza el sistema obligatorio de garantía de calidad del sistema general de seguridad social en salud.
- 2) Resolución 434 de 2001, por la cual se dictan normas para la evaluación e importación de tecnologías biomédicas, se definen las de importación controlada y se dictan otras disposiciones.
- 3) Acuerdo 232 de 2002. Por el cual se crea el Comité Técnico de Medicamentos y Evaluación de Tecnología y se Reglamenta su funcionamiento. CNJSA.

- 4) Documento Técnico MPS 2003. Libro Blanco del Equipamiento hospitalario. Tecnología en salud y equipamiento biomédico

En un esquema de atención médica administrada se espera contar con un mecanismo que sustituya al mercado en el momento de tomar decisiones sobre la incorporación y uso de nuevas tecnologías biomédicas. Este mecanismo debe ser una herramienta del sistema de salud que le permita decidir, con base en la mejor evidencia científico técnica, la incorporación de nuevas tecnologías, ponderando factores tales como efectividad, seguridad, costo, equidad, así como las implicaciones económicas, éticas y sociales.

5.4.17. Sistema de Gestión del Riesgo

Las disposiciones tempranas sobre el funcionamiento de las Empresas Promotoras de Salud le asignan a estas, como responsabilidad capital, la obligación de administrar el riesgo en salud.

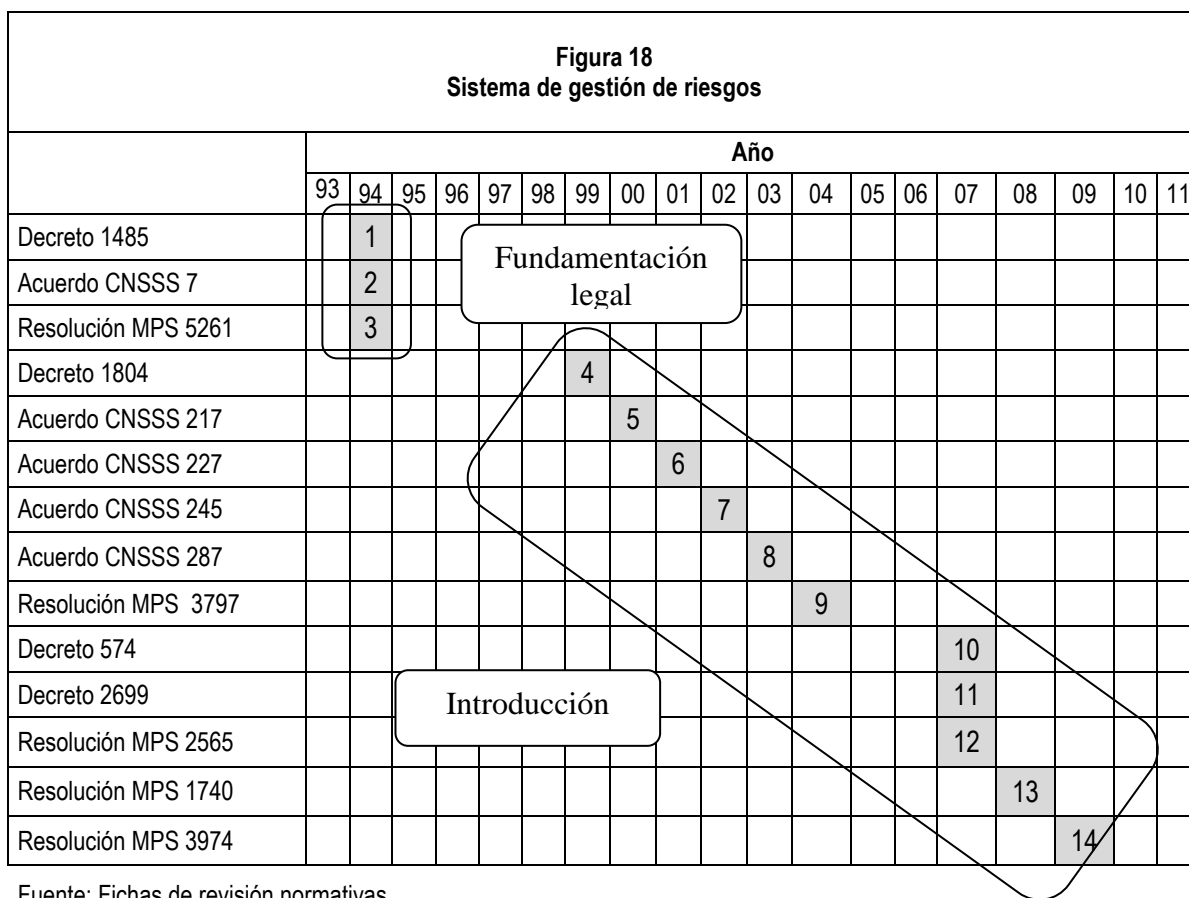
El Decreto 1485 de 1994, por ejemplo, las obliga a administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de alto costo o de casos sin atención. Hacia ese mismo propósito está orientado el Acuerdo 7 de 1994, que privilegia en dicha gestión el manejo de las enfermedades crónicas y degenerativas desde el punto de vista de la conducta individual, muy de acuerdo con lo que ordena la Resolución 5261 de 1994, que prevé la de gestión de riesgo para las enfermedades ruinosas o catastróficas. Este sistema de gestión de riesgos observado en la normatividad temprana del sistema, fue complementario del sistema de primas por capitación regulada, tal como se indicó en el numeral 5.4.6.

La segunda ola del sistema de gestión de riesgos se inicia con la expedición del Decreto 1804 de 1999, que obliga a las EPS del régimen subsidiado a administrar el riesgo de salud de los afiliados y a asegurar los riesgos derivados de la atención de enfermedades de alto costo. La normatividad expedida entre el año 2000 y el 2004, que incluye diversos acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, está orientada a la gestión del riesgo generado por las desviaciones en el perfil epidemiológico de la población afiliada a cada EPS.

En esta etapa, las normas, especialmente el Acuerdo 287 del 2004, expresan la necesidad de producir una política integral de atención de las enfermedades de alto costo, hasta el punto de que se introduce por primera vez en el sistema el concepto del modelo de atención integral de patologías de alto costo.

La tercera ola normativa se inicia en el año 2007 con la expedición del Decreto 574, el cual obliga a las EPS a calcular, constituir y mantener reservas técnicas

como parte del sistema de gestión de riesgos; igualmente, esta norma determina que la solvencia es uno de los indicadores de habilitación de las Entidades Promotoras de Salud. Finalmente, con la expedición del Decreto 2699 de 2007 se materializa la creación de la cuenta de alto costo, remplazando las normas expedidas previamente, para reconocer la desviación del perfil epidemiológico y la asimetría en el número de pacientes con enfermedades de alto costo en las diferentes Entidades Promotoras de Salud. Las demás normas que se reseñan en la figura 17, están encaminadas a poner en funcionamiento los mecanismos previstos para el funcionamiento de la cuenta de alto costo y para recaudar y distribuir sus recursos.



Fuente: Fichas de revisión normativas.

- 1) Decreto 1485 de 1994. Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.
- 2) Acuerdo CNSSS 7 de 1994 Por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 3) Resolución MPS 5261. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- 4) Decreto 1804 de 1999. Por el cual se expiden normas sobre el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- 5) Acuerdo CNSSS 217 de 2001. Por el cual se establece un mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico de la atención en salud del régimen contributivo.
- 6) Acuerdo CNSSS 227 de 2002- Por el cual se establece un mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico de la atención en salud del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.
- 7) Acuerdo CNSSS 245 de 2003. Por el cual se establece la política de atención integral de patologías de alto costo, para los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS.
- 8) Acuerdo CNSSS 287 de 2005. Por medio del cual se define el coeficiente que se aplica a la UPC con el fin de reconocer las desviaciones existentes en el número de pacientes con algunas patologías de alto costo.
- 9) Resolución MPS 3797 de 2007. Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS y de fallos de tutela.
- 10) Decreto 574 de 2007. Por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas.
- 11) Decreto 2699 2007. Por el cual se establecen algunas normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- 12) Resolución MPS 2565 de 2007. Por la cual se adoptan unas determinaciones en relación con la cuenta de alto costo.
- 13) Resolución MPS 1740 de 2008. Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Administración de Riesgos para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas previstas en el Sistema de Habilitación – Condiciones financieras y de suficiencia patrimonial, se definen las fases para su implementación y se dictan otras disposiciones.
- 14) Resolución MPS 3974 de 2009. Por la cual se adoptan unas determinaciones en relación con la Cuenta de Alto Costo.

En los estadios tempranos de la normatividad sobre el sistema de gestión de riesgos, en las Entidades Promotoras de Salud se observaba un énfasis claro en el control de los riesgos de salud, muy en los términos de las actividades de promoción y la prevención que típicamente están a cargo de las organizaciones articuladoras de servicios de salud. En las etapas siguientes de la evolución normativa, el sistema de gestión de riesgos de las EPS evoluciono hacia el control del equilibrio financiero del sistema.

No obstante, en el caso de las enfermedades de alto costo, la introducción de los ajustadores de riesgos estuvo convenientemente acompañada de la introducción de modelos de atención integral para el tratamiento de las enfermedades de alto costo y de actividades específicas de detección temprana diagnóstico, seguimiento y rehabilitación. Como ya se indicó, este modelo está restringido a la enfermedad renal crónica por el momento.

5.4.18. Sistema de Información Epidemiológica

Desde la expedición de la Ley 100 de 1993, las Entidades Promotoras de Salud están obligadas a disponer de una organización administrativa en la que pueda registrar, tanto las condiciones socioeconómicas como las condiciones de salud de los afiliados, la cual debe ser alimentada con la declaración obligatoria del estado de salud que deben diligenciar los afiliados cuando ingresen a la EPS, en los términos de la Resolución 5261 de 1994. En el régimen subsidiado se consagra que tal sistema es obligatorio para la operación para las entidades promotoras de salud.

Con la expedición del Decreto 1011 de 2006, el sistema de información epidemiológica se convierte en un sistema de información para la calidad y queda subsumido en el sistema obligatorio de garantía de calidad.

| Figura 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Sistema de información epidemiológica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de norma | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | |
| Resolución 5261 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 1804 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| Resolución 2093 | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 1011 | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | |

Fuente: Fichas de revisión normativas.

- 1) Resolución 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 2) Decreto 1804 de 1994. Por el cual se expiden normas sobre el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- 3) Resolución 2093 de 2000. Por medio de la cual se define el procedimiento de recolección de la información para la distribución excepcional de pacientes con VIH SIDA e Insuficiencia Renal Crónica en el régimen subsidiado, en desarrollo del numeral 1 del artículo 3o del Acuerdo 2450 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- 4) Decreto 1011 de 2001. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El sistema de información epidemiológica, que se exige en Colombia al interior de cada entidad aseguradora, es una herramienta propia de las entidades articuladoras de servicios de salud.

5.4.19. Sistema de Control de Costos

En los sistemas de reembolso, el incremento en el costo de la prestación de los servicios se traslada directamente a los usuarios, lo que se traduce en aumentos en el valor de la prima, que en el largo plazo generan fenómenos tales como la selección adversa de los afiliados. Cuando el diseño básico de las organizaciones articuladoras de servicios de salud les asigna el papel de agentes de compra de servicios está materializando el cumplimiento de funciones necesariamente relacionada con el uso eficiente de los recursos del sistema. Es por eso que dentro de los principios rectores del Sistema de seguridad Social en Salud de Colombia, figura la eficiencia.

En línea con el logro de los objetivos de eficiencia del sistema el Decreto 1485 de 1994, que obliga a las Entidades Promotoras de Salud a organizar un sistema de control de costos, este propósito fue apoyado con la expedición del Decreto 2491 de 1994 que establece el sistema de tarifas hospitalarias del que trata el numeral 5.4.12.

| Figura 20 Sistema de control de costos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Tipo de norma | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 |
| Decreto 1485 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 2491 | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Fichas de revisión normativas.

- 1) Decreto 1485 de 1994. Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.
- 2) Decreto 2491 de 1994. Por el cual se reglamenta el régimen de transición de cobertura para la prestación del servicio de Seguridad Social en Salud

Las entidades promotoras de salud, en su papel de organizaciones articuladoras de servicios de salud, deben obrar como agentes de compra de servicios de salud para sus afiliados. Este papel implica mantener bajo control el costo de los servicios, evitando presiones excesivas sobre la prima. El control de costos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tiene claramente esta orientación.

5.4.20. Guías de Atención Integral

Desde las etapas más tempranas del sistema estaba prevista la inscripción obligatoria de los pacientes en programas de tratamiento conforme a guías de atención integral, las cuales deberían contener actividades relacionadas con las enfermedades de mayor morbimortalidad, abarcando promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Tanto la Resolución 5261 como el Acuerdo 8 del 2004 coinciden en que el abordaje de los problemas de salud debe ser definido de conformidad con las guías de atención integral. Vale la pena resaltar que en la citada Resolución 5261 está prevista la evaluación médico científica de la decisión del médico tratante. No obstante y tal como se muestra en la figura número 20, apenas a partir del año 2006 esta herramienta entra a ser debidamente regulada.

Las normas anteriores, como el Decreto 1543 de 1997, por medio del cual se reglamenta el manejo de la infección por el virus de inmunodeficiencia VIH, ensayan la estandarización del manejo de patologías; la Resolución 412 del 2000 introduce las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida adoptando de paso las normas técnicas y las guías de atención para las acciones de protección específica, detección temprana y tratamiento de un grupo de enfermedades consideradas como interés en salud pública.

Únicamente hasta el año 2006, aparecieron las guías de práctica clínica para el manejo del VIH sida y la insuficiencia renal crónica. A partir de este momento, la expedición de las guías de atención integral entra en una nueva dinámica, pues se empiezan a expedir masivamente por medio de documentos técnicos del Ministerio de la Protección Social.

Estas guías están basadas en la evidencia y abarcan entidades clínicas tan diversas como la promoción y la protección en salud ocupacional, atención de enfermedades del trabajo, cáncer de mama, cáncer de próstata, enfermedad renal crónica, tuberculosis, violencia sexual, enfermedades producidas por el invierno, así como enfermedades y riesgos específicos. Estas guías fueron elaboradas de conformidad con el documento denominada guía metodológica para la elaboración de guías de atención integral y permitiendo la participación de los diferentes actores del sistema de conformidad con un manual preparado para el efecto.

La aparición masiva de las guías de atención integral coincide con la aparición en el sistema de mecanismos de gestión de riesgos, incluyendo la creación de la cuenta de alto costo.

Figura 21
Guías de atención integral

| Tipo de norma | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 |
| Acuerdo 8 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resolución MPS 5261 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decreto 1543 | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resolución MPS 412 | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | |
| Resolución MPS 3442 | | | | | | | | | | | | | 5 | | | | | | |
| Resolución MPS 2844 | | | | | | | | | | | | | 6 | | | | | | |
| Documento técnico MPS | | | | | | | | | | | | | 7 | | | | | | |
| Documento técnico MPS | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | |
| Documento técnico MPS | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | |
| Documento técnico MPS | | | | | | | | | | | | | | | 10 | | | | |
| Acuerdo CNSSS 395 | | | | | | | | | | | | | | | 11 | | | | |
| Acuerdo CRES 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | | |
| Documento técnico MPS | | | | | | | | | | | | | | | | | 13 | | |
| Resolución MPS 1013 | | | | | | | | | | | | | | | | | 14 | | |
| Documento técnico MPS | | | | | | | | | | | | | | | | | 15 | | |
| Documento técnico MPS | | | | | | | | | | | | | | | | | | 16 | |
| Documento técnico MPS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 17 |
| Documento técnico MPS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 18 |
| Documento técnico MPS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 19 |
| Documento técnico MPS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 20 |
| Documento técnico MPS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 21 |

Fuente: Fichas de revisión normativas.

- 1) Acuerdo 8 de 1994. Por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 2) Resolución MPS 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad
- 3) Decreto 1543 de 1997. Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).
- 3) Resolución MPS 412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública

- 4) Resolución MPS 3442 de 2006. Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH- SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de gestión Programática en VIH-SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica.
- 5) Resolución MPS 2844 de 2006. Por la cual se adoptan las Guías de Atención Integral de Salud Ocupacional Basadas en la Evidencia.
- 6) Documento técnico MPS. GUÍA PARA EL MANEJO DE VIH/SIDA BASADA EN LA VIDENCIA COLOMBIA
- 7) Documento técnico MPS. Guías de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la salud publica
- 8) Documento técnico MPS. Guía para manejo de la enfermedad renal crónica y modelo de prevención y control de la Enfermedad renal crónica
- 9) Documento técnico MPS. GUÍA PARA EL MANEJO DE VIH/SIDA BASADA EN LA EVIDENCIA COLOMBIA
- 10) Acuerdo CNSSS 395 de 2008. Por medio del cual se incluyen servicios ambulatorios especializados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para la atención de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial y se ajusta el valor de la UPC en el Régimen Subsidiado para el año 2008.
- 11) Acuerdo CRES 4 de 2009. Por el cual se da cumplimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional.
- 12) Documento técnico MPS. Guías de atención integral para el manejo de las enfermedades del trabajo.
- 13) Resolución MPS 1013 de 2008. Por la cual se adoptan las Guías de Atención Integral de Salud Ocupacional Basadas en la Evidencia para asma ocupacional, trabajadores expuestos a benceno, plaguicidas inhibidores de la colinesterasa, dermatitis de contacto y cáncer pulmonar, relacionados con el trabajo.
- 14) Documento técnico MPS de 2009. Proyectos seleccionados para nuevas Guías de Atención Integral-
- 15) Documento técnico MPS. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integra en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.
- 16) Documento técnico MPS. Guía de atención integral (GAI) para la detección temprana, Diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del Cáncer de próstata en Colombia.
- 17) Documento técnico MPS. Manual para la participación de los actores del Sistema general de seguridad social en salud en el Desarrollo de las guías de atención integral - Gai
- 18) Documento técnico MPS. De manejo de patologías de piel asociadas a la ola Invernal.
- 19) Documento técnico MPS 1996, 2003 y 2009. Guía para el manejo de urgencias. Tomos I, II y III.
- 20) Documento técnico MPS. Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual
- 21) Documento técnico MPS 2011. Guía de atención integral (GAI) para la detección temprana, atención integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama

En los sistemas de salud basados en el aseguramiento, que como en el caso colombiano, se usan intensivamente las herramientas del cuidado administrado por lo que resulta natural encontrar la incorporación de las guías de atención integral en el proceso de atención médica. A pesar de que ello, estaba previsto desde el principio del sistema, el proceso de expedición fue bastante tardío.

5.4.21. Atención Primaria

En la normatividad del sistema, no aparece regulada la atención primaria específicamente. No obstante con la expedición del decreto 1011 de 2006, que reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, se introduce la continuidad, que es un componente de la atención primaria, el cual consiste en ofrecer los servicios en una secuencia lógica y racional basada en el conocimiento científico, pero es con la expedición de la Ley 1438 de 2011 que se reconoce explícitamente la atención primaria en salud como estrategia fundamental del sistema, en las fases de acciones de salud pública, promoción y prevención y atención de la salud.

| Figura 22 Atención primaria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| Tipo de norma | Año | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | |
| Decreto 1011 | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | |
| Ley 1438 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |

Fuente: Fichas de revisión normativas.

- 1) Decreto 1011. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 2) Ley 1438 de 2011. Por la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Desde el punto de vista normativo, la aparición de la atención primaria en el sistema de salud fue tardía. No obstante como se indica más adelante, algunos elementos de la atención primaria en salud habían sido incorporados. Se espera que el proceso de reglamentación corrija la situación.

5.5. LA ATENCIÓN MÉDICA ADMINSTRADA EN EL EEJERCICIO EMPÍRICO

5.5.1. Programas de manejo de las enfermedades crónicas a la vista del público.

Las personas que acudieron a las EPS representando pacientes “que se afiliaron hoy” se presentaron personalmente a puntos de atención seleccionados,

manifestando que padecían una enfermedad crónica, de las definidas por Nobel (1991), o sea trastornos orgánicos que producen a una modificación del modo de vida del paciente y que persiste durante largo tiempo, con impacto en la calidad de vida. El resultado de la indagación se presenta a continuación:

En el momento del ingreso, la totalidad de puntos de atención pertenecientes a las EPS visitadas se ofrece el acceso a un centro de atención ambulatoria, propio o contratado, al que queda asignado el afiliado, con lo cual cumplen las normas del sistema de salud y cumplen con uno de los requisitos teóricos de las organizaciones articuladoras de servicios de salud. Ver cuadro 2.

| Cuadro 2 Disponibilidad de centros de atención ambulatoria | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|---------|-----------|-----------|-----------|--------------------|----------|----------|-------------|----------|---------|-----------|
| Régimen | Régimen contributivo | | | | | Régimen subsidiado | | | | | | |
| Entidad Promotora de Salud | Saludcoop | Coomeva | Nueva EPS | Famisanar | Compensar | Caprecom | Comparta | Solsalud | Asmet Salud | Coosalud | Emsanar | Endisalud |
| Disponibilidad al ingreso de un centro de atención ambulatoria cerca de su casa, en el cual esté formalmente adscrito. | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si |

Fuente: Ficha de indagación de enfermos crónicos en su EPS

Por lo tanto se da por documentado el cumplimiento de una de sus responsabilidades inherentes como es la accesibilidad al sistema facilitando el primer contacto con los prestadores de servicios.

En todos los casos, la indagación revelo que el acceso a los servicios especializados de las personas que representaban pacientes con enfermedad crónica se efectúa por medio de la remisión de medicina general.

El acceso consultas y servicios especializados desde el servicio de urgencias fue mencionado en cuatro de las doce indagaciones y la asignación de citas o procedimientos de control pre autorizados se mencionó en tres de las cinco de régimen contributivo y tres de las siete del régimen subsidiado lo cual resulta perfectamente compatible con las normas de accesibilidad del Sistema de Salud descritas a los largo del numeral 5.3 de este estudio. Ver cuadro 3.

| Cuadro 3 | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------------|----------------------|---------|-----------|-----------|-----------|--------------------|----------|----------|-------------|----------|---------|-----------|
| Procedimiento ofrecido para acceder a consulta y servicios especializados relacionados con su enfermedad. | | | | | | | | | | | | | |
| Entidad Promotora de Salud | Vía de acceso | Régimen contributivo | | | | | Régimen subsidiado | | | | | | |
| | | Saludcoop | Coomeva | Nueva EPS | Famisanar | Compensar | Caprecom | Comparta | Solsalud | Asmet Salud | Coosalud | Emsanar | Endisalud |
| Procedimiento ofrecido para acceder a consulta y servicios especializados relacionados con su enfermedad. | Remisión de Medicina General | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | Controles pre autorizados | X | X | | X | X | | X | X | | X | | |
| | Urgencias | X | X | | | | X | | X | | | | |

En relación con la longitudinalidad, los puntos de atención tienen una capacidad limitada de informar al paciente sobre el manejo que la EPS le ofrece para su condición de salud, en el largo plazo, en general el paciente es instruido para acudir al médico tratante para que sea este quien defina el plan de tratamiento. Sin que se observen diferencia entre regímenes o tipos de patologías. Ver cuadro 4.

| Cuadro 4 | | | |
|---|-------------|---|---------------------------------------|
| Procedimiento establecido por la EPS para manejar su enfermedad en el largo plazo. | | | |
| Régimen | EPS | Enfermedad | Procedimiento de manejo a largo plazo |
| Régimen contributivo | Saludcoop | Ca de mama tratado | Ninguno en especial |
| Régimen contributivo | Coomeva | EPOC | Debe preguntar en la consulta médica |
| | Nueva EPS | Síndrome de Colon irritable | El que determine el gastroenterólogo |
| | Famisanar | Hipotiroidismo | El que determine el médico tratante |
| | Compensar | Glaucoma | El que determine el oftalmólogo |
| Régimen subsidiado | Caprecom | Diabetes | El de la resolución 412 |
| | Comparta | Rinitis crónica | Ninguno en especial |
| | Solsalud | Osteoporosis | Ninguno en especial |
| | Asmet Salud | NR | NR |
| | Coosalud | Deficiencia hereditaria del factor VIII | El que determine el especialista |
| | Emsanar | Enfermedad de Parkinson | El que determine el especialista |
| | Endisalud | Trastorno depresivo recurrente | El que determine el médico tratante |

Fuente: Ficha de indagación de enfermos crónicos en su EPS

En relación con el acceso a servicios no incluidos en el POS, en todos los casos se mencionó el comité técnico científico. La tutela se aconsejó en dos EPS del régimen contributivo y en una del subsidiado, mientras el plan complementario se ofreció en dos EPS del régimen contributivo.

Por su parte la información sobre los procedimientos establecidos por la EPS para manejar la enfermedad en el largo plazo es escasa, en el punto de atención en general se aconsejó acudir al médico tratante. Ver cuadro 5.

| Cuadro 5 | | | | | |
|---|-------------|---|----------------------------------|---------------|----------------------------|
| Procedimiento tiene la EPS para suministrar servicios no incluidos en el POS | | | | | |
| Régimen | EPS | Enfermedad | Comité técnico científico | Tutela | Plan complementario |
| Régimen contributivo | Saludcoop | Cáncer de mama tratado | X | X | |
| | Coomeva | EPOC | X | | X |
| | Nueva EPS | Síndrome de Colon irritable | X | X | |
| | Famisanar | Hipotiroidismo | X | | |
| | Compensar | Glaucoma | X | | X |
| Régimen subsidiado | Caprecom | Diabetes | X | X | |
| | Comparta | Rinitis crónica | X | | |
| | Solsalud | Osteoporosis | X | | |
| | Asmet Salud | NR | X | | |
| | Coosalud | Deficiencia hereditaria del factor VIII | X | | |
| | Emsanar | Enfermedad de Parkinson | X | | |
| | Endisalud | Trastorno depresivo recurrente | X | | |

Fuente: Ficha de indagación de enfermos crónicos en su EPS

En relación con los programas especiales para el manejo de las enfermedades indagadas, se suministró una escasa información. El paciente en general fue enrutado hacia la consulta médica para obtener información. En dos casos se advirtió la aplicación de guías integrales para el tratamiento de largo plazo.

Teniendo en cuenta que no son los prestadores de servicios sino que son las Entidades Promotoras de Salud quienes tienen en deber misional de organizar la atención de las necesidades en salud de los afiliados al sistema, resulta significativa su escasa disponibilidad para los pacientes.

Cuadro 6
Procedimiento establecido por la EPS para manejar su enfermedad en el largo plazo.

| Régimen | EPS | Enfermedad | Programas especiales para el manejo de la enfermedad |
|-----------------------------|-------------|---|---|
| Régimen contributivo | Saludcoop | Ca de mama tratado | No lo Conoce |
| | Coomeva | EPOC | La guía de manejo tiene seguimiento y rehabilitación de pacientes |
| | Nueva EPS | Síndrome de Colon irritable | Debe pedir cita de medicina general y averiguar |
| | Famisanar | Hipotiroidismo | Ninguna en especial. Es a criterio médico. |
| | Compensar | Glaucoma | Debe acudir al oftalmólogo |
| Régimen subsidiado | Caprecom | Diabetes | El que establece la guía de manejo |
| | Comparta | Rinitis crónica | Debe pedir cita con el otorrino |
| | Solsalud | Osteoporosis | Seguir las instrucciones del internista |
| | Asmet Salud | NR | N/R |
| | Coosalud | Deficiencia hereditaria del factor VIII | No conoce |
| | Emsanar | Enfermedad de Parkinson | No conoce |
| | Endisalud | Trastorno depresivo recurrente | Debe acudir al siquiatra y preguntar. |

Fuente: Ficha de indagación de enfermos crónicos en su EPS

5.5.2. Programas de manejo de las enfermedades crónicas relatados por las entidades promotoras de salud.

Al indagar en las entidades promotoras de salud sobre la aplicación de mecanismos para manejar los enfermos crónicos en el largo plazo, se obtuvieron los siguientes resultados:

5.5.3. Enfermedad coronaria

| Cuadro 7 | | |
|---|-------------|---|
| Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con enfermedad coronaria | | |
| Régimen | EPS | Descripción |
| Régimen contributivo | Saludcoop | A criterio del médico tratante. Promoción y prevención. |
| | Coomeva | Incluye control de riesgos, asigna agendas exclusivas y aplica la guía integral de atención obligatoria. |
| | Nueva EPS | A criterio del médico tratante, programa de prevención y promoción según precursores de la patología, maneja una coorte de 450.000 pacientes. |
| | Famisanar | Carné de salud cardiovascular para pacientes con diagnóstico de enfermedad coronaria, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, obesidad y diabetes. Para el acceso de control de factores de riesgo, promoción y prevención y plan de manejo clínico de largo plazo. Fichas de seguimiento de signos clínicos y paraclínicos. |
| | Compensar | Incluye detección temprana, seguimiento hospitalario, inducción de demanda según las guías obligatorias. Tratamiento y control integral. |
| Régimen subsidiado | Caprecom | A criterio del médico tratante, con base en la guía. |
| | Comparta | A criterio del médico tratante. |
| | Solsalud | A criterio del médico tratante. |
| | Asmet Salud | A criterio del médico tratante según guía de atención integral |
| | Coosalud | Modelo de salud familiar promoción y prevención de riesgos, atención primaria con protocolo de seguimiento anual, control de parámetros clínicos y administrativos. |
| | Emsanar | A criterio del médico tratante. |
| | Endisalud | A criterio del médico tratante. |

Fuente: Ficha Entrevista estructurada con directivos de la EPS

5.5.4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La disminución de la capacidad respiratoria, por obstrucción de las vías aéreas, es una enfermedad crónica de alto impacto manejada a criterio del médico tratante por regla general, a pesar de que es del grupo de enfermedades para las cuales se establecieron actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones

de promoción y prevención. De la indagación en doce EPS, se observan programas de manejo integral en una EPS del régimen contributivo y en otra del subsidiado y programas operando en tres del régimen contributivo, tal como se aprecia en el cuadro 8.

| Cuadro 8 | | |
|---|-------------|--|
| Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) | | |
| Régimen | EPS | Descripción |
| Régimen contributivo | Saludcoop | A criterio del médico tratante. |
| | Coomeva | A criterio del médico tratante de conformidad con la guía integral de atención. |
| | Nueva EPS | Programa de manejo en la guía integral de atención actualmente en desarrollo. |
| | Famisanar | Protocolo de atención integral de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, incluye vigilancia de factores de riesgo, guía de exploración física, identificación de comorbilidades y definición de esquema terapéutico incluyendo atención primaria y secundaria, seguimiento clínico y prevención de la exacerbación. |
| | Compensar | Programa "A todo pulmón". Tiene programas de promoción y prevención desde el debut hospitalario o la consulta de urgencias. |
| Régimen subsidiado | Caprecom | A criterio del médico tratante. |
| | Comparta | A criterio del médico tratante. |
| | Solsalud | |
| | Asmet Salud | A criterio del médico tratante |
| | Coosalud | Programa en proceso de desarrollo en alianza con laboratorios farmacéuticos. Basada en la identificación de pacientes, con énfasis en menores de seis años, educación para el autocuidado y el uso del inhalador. |
| | Emsanar | A criterio del médico tratante. |
| | Endisalud | A criterio del médico tratante. |

Fuente: Ficha Entrevista estructurada con directivos de la EPS

5.5.5. Hipertensión arterial

El aumento continuo y permanente de la presión que la sangre causa sobre las arterias en una de las enfermedades de mayor contribución a la carga de la enfermedad en el mundo y en Colombia y por ello ha sido clasificada en el grupo de enfermedades con interés en salud pública y de prestación obligatoria de actividades de promoción y prevención.

El manejo de la hipertensión arterial en su fase de promoción y prevención se debe hacer de conformidad con la guía de manejo integral establecida para el efecto por el Ministerio de la Protección Social, y así se reconoce en la indagación efectuada en doce EPS, siete de las cuales ofrecen programas estructurados de manejo de largo plazo. Ver cuadro 9

| <p align="center">Cuadro 9 Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Hipertensión arterial</p> | | |
|---|------------|---|
| Régimen | EPS | Descripción |
| Régimen contributivo | Saludcoop | Seguimiento en citas periódicas pre asignadas , control de exacerbación |
| | Coomeva | Caracterización individual del estado de salud con seguimiento periódico. Promoción y prevención para evitar enfermedad coronaria e insuficiencia renal. |
| | Nueva EPS | Programa de promoción y prevención basado en la guía de atención integral orientado al control de factores precursores, actividades de promoción y prevención por demanda inducida. |
| | Famisanar | Ver programa de enfermedad coronaria |
| | Compensar | Incluye detección temprana, seguimiento hospitalario, inducción de demanda según las guías obligatorias. Tratamiento y control integral. |

| Cuadro 9 Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Hipertensión arterial | | |
|---|-------------|---|
| Régimen | EPS | Descripción |
| Régimen subsidiado | Caprecom | A criterio del método tratante, con base en la guía obligatoria. |
| | Comparta | Controla tu HTA y DM, por un futuro sin complicaciones. Modelo de atención Integral, para atender la población con HTA, Diabetes Mellitus y Enfermedad Renal Crónica por medio de un equipo interdisciplinario. Pretende detectar y prevenir tempranamente estas enfermedades a ficha técnica familiar. Comprende vigilancia y evaluación continua bajo los estándares establecidos en SOGCS, por medio de guías. La atención incluye visitas de auditoría periódicas a la red de prestadores. Ofrece también un programa de educación continua. |
| | Solsalud | A criterio del médico tratante, según la guía de atención integral. |
| | Asmet Salud | Programa de atención según la guía. |
| | Coosalud | Modelo de salud familiar con promoción y prevención y protocolo de seguimiento, control de parámetros clínicos y administrativos. |
| | Emsanar | A criterio del médico tratante. Incluido como programa bandera de manejo. |
| | Endisalud | Promoción y prevención y tratamiento basado en la guía de atención integral para evitar los riesgos naturales de la enfermedad. |

Fuente: Ficha Entrevista estructurada con directivos de la EPS

5.5.6. Insuficiencia cardiaca

La pérdida de la capacidad del corazón para bombear sangre oxigenada al resto del cuerpo se denomina insuficiencia cardiaca. Por su impacto y morbimortalidad ha sido clasificada en el grupo de enfermedades crónicas de interés en salud pública y cuenta con un mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico de la atención en salud. En cuatro de las cinco las EPS del régimen contributivo y en una del régimen subsidiado, se encontró un programa de manejo para la patología, fundamentado básicamente en las actividades de promoción y prevención obligatorias en el sistema de salud.

| Cuadro 10 | | |
|---|-------------|---|
| Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Insuficiencia Cardíaca | | |
| Régimen | EPS | Descripción |
| Régimen contributivo | Saludcoop | A criterio del médico tratante, según las guías de atención integral. |
| | Coomeva | Programa de seguimiento individualizado de conformidad con el modelo de atención establecido en la guía de atención integral. |
| | Nueva EPS | Programa de manejo basado en la guía de atención integral obligatoria. |
| | Famisanar | Ver programa de enfermedad coronaria |
| | Compensar | Incluye detección temprana, seguimiento hospitalario, inducción de demanda según las guías obligatorias. Tratamiento y control integral. |
| Régimen subsidiado | Caprecom | A criterio del médico tratante. |
| | Comparta | A criterio del médico tratante. |
| | Solsalud | A criterio del médico tratante. |
| | Asmet Salud | A criterio del médico tratante según la guía |
| | Coosalud | Modelo de salud familiar promoción y prevención de riesgos, atención primaria con protocolo de seguimiento anual, control de parámetros clínicos y administrativos. |
| | Emsanar | A criterio del médico tratante a conformidad con la guía de a |
| | Endisalud | A criterio del médico tratante. |

Fuente: Ficha Entrevista estructurada con directivos de la EPS

5.5.7. Insuficiencia renal

Se presenta cuando los riñones pierden la capacidad para de filtrar toxinas y otros deshecho de la sangre. Es incapacitante, costosa y mortal. Cuenta con guía de tratamiento integral obligatorio y modelo de gestión programática, y guía de tratamiento integral obligatorio. Está clasificada como enfermedad de alto costo y cuenta con mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico de la atención en salud.

En general en el sistema de salud se atiende mediante un paquete integral de servicios en los pacientes que requieren terapia de remplazo renal. Como pacientes atendidos en la cuenta de alto costo del sistema de salud, cuentan con un programa integral de manejo de largo plazo, debidamente protocolizado de conformidad con la guía de tratamiento integral. Es el caso más avanzado en el sistema sobre gestión de enfermedades.

| Cuadro 11 Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Insuficiencia Renal | | |
|--|-------------|--|
| Régimen | EPS | Descripción (Pacientes con terapia de remplazo renal) |
| Régimen contributivo | Saludcoop | Paquete integral según la guía obligatoria. |
| | Cooameva | Proveedor integrado de servicios contratado según guía de atención integral, aplica modelo de manejo y medidas de promoción y prevención para retardar el avance entre estadios. |
| | Nueva EPS | Modelo de atención orientado a la nefroprotección, la pre diálisis y la diálisis, con proveedor integrado de servicios según guía integral de atención. |
| | Famisanar | Programa de manejo en el largo plazo basada en la guía integral de atención. Prestador integrado de servicios. |
| | Compensar | Contrato de paquete integral según guía obligatoria. Control mensual de retardo de estadios. Proveedor integrado de servicios. |
| Régimen subsidiado | Caprecom | Proveedor integrado de servicios según guía. |
| | Comparta | Paquete integral según guía obligatoria. |
| | Solsalud | Paquete integral según guía obligatoria. |
| | Asmet Salud | Solo promoción y prevención por ser enfermedad de alto costo |
| | Coosalud | Programa de manejo contratado con proveedores integrados de servicios para retardar estadios y mantener los índices por debajo. |
| | Emsanar | Proveedor integrado de servicios de conformidad con la guía de atención integral. Incluido como programa bandera de manejo. |
| | Endisalud | Proveedor integrado de servicios de conformidad con la guía de atención integral. |

Fuente: Ficha Entrevista estructurada con directivos de la EPS

5.5.8. Obesidad

Se consideran obesos los pacientes que presentan acumulación excesiva de grasa o hipertrofia del tejido adiposo e índice de masa corporal superior a 30Kgs/mt². En el mundo el sobrepeso y la obesidad son la quinta causa de defunción. (OPS 2005.).El manejo del paciente en el sistema de salud se debe hacer con base en la Guía de Atención Integral que se le ha asignado, por ser una enfermedad de interés en salud pública. No obstante se detectaron apenas dos programas, uno por régimen, de manejo integral, aunque se documentó el cumplimiento de las actividades de promoción y prevención obligatorias en el

sistema, con base en la guía de manejo expedida para el efecto. El tratamiento es a criterio del médico tratante, en general.

| Cuadro 12 | | |
|---|-------------|---|
| Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Obesidad | | |
| Régimen | EPS | Descripción |
| Régimen contributivo | Saludcoop | Talleres, consultas, control de tensión arterial, manejo interdisciplinario. |
| | Coomeva | Clínica permanente de obesidad y actividades de promoción y prevención. |
| | Nueva EPS | Historia clínica especial, monitoreo de peso y química sanguínea. |
| | Famisanar | Ver programa de enfermedad coronaria |
| | Compensar | Seguimiento y definición de cirugía bariátrica. Protocolo de manejo, control de adherencia al tratamiento y seguimiento a estilo de vida. |
| Régimen subsidiado | Caprecom | A criterio del médico tratante. |
| | Comparta | A criterio del médico tratante. |
| | Solsalud | |
| | Asmet Salud | Promoción y prevención. |
| | Coosalud | Programa integral de seguimiento, con educación y promoción y prevención. |
| | Emsanar | Programa individualizado de promoción y prevención |
| | Endisalud | A criterio del médico tratante. |

Fuente: Ficha Entrevista estructurada con directivos de la EPS

5.5.9. Diabetes mellitus

Caracterizada por un conjunto de trastornos metabólicos que producen aumento del nivel la glucosa en la sangre. Para la OPS (2005), es una enfermedad de alto impacto en la perdida de vida saludable y en los costos de los sistemas de salud y por ello el sistema de salud la considera enfermedad de interés en salud pública y en esa calidad cuenta con Guía de Manejo Integral y con Guía de Promoción y Prevención. Se observó la práctica sistemática de actividades de promoción y prevención ya que está incluida en el listado de enfermedades de interés en salud

pública del sistema de salud y cuenta con una guía de atención integral debidamente promulgada.

| Cuadro 13 | | |
|---|-------------|--|
| Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Diabetes Mellitus | | |
| Régimen | EPS | Descripción |
| Régimen contributivo | Saludcoop | A criterio del médico tratante, según las guías de atención integral. |
| | Coomeva | Aplicación de la guía integral de atención asistida desde el sistema de información, promoción y prevención para evitar la exacerbación de la enfermedad y sus consecuencias, maneja eje programático. |
| | Nueva EPS | Control de los riesgos naturales de la patología |
| | Famisanar | Ver programa de enfermedad coronaria |
| | Compensar | Incluye detección temprana, seguimiento hospitalario, inducción de demanda según las guías obligatorias. Tratamiento y control integral. |
| Régimen subsidiado | Caprecom | A criterio del médico tratante y guía de atención integral. |
| | Comparta | Controla tu HTA y DM, por un futuro sin complicaciones. Modelo de atención Integral, para atender la con población HTA, Diabetes Mellitus y Enfermedad Renal Crónica por medio de un equipo interdisciplinario. Pretende Detectar prevenir y detectar tempranamente estas enfermedades a ficha técnica familiar. Comprende vigilancia y evaluación continua bajo los estándares establecidos en SOGCS, por medio de guías. La atención incluye visitas de auditoría periódicas a la red de prestadores. Ofrece también un programa de educación continua. |
| | Solsalud | Programa integral de manejo de conformidad con la guía |
| | Asmet Salud | Programa integral de manejo de conformidad con la guía |
| | Coosalud | Modelo de salud familiar promoción y prevención de riesgos, atención primaria con protocolo de seguimiento anual, control de parámetros clínicos y administrativos. |
| | Emsanar | Manejo de conformidad de la guía de atención integral. Incluido como programa bandera de manejo. |
| | Endisalud | Modelo de atención personalizado basado en la guía de atención integral. El programa se maneja de conformidad con el acuerdo 395 de 2008. |

Fuente: Ficha Entrevista estructurada con directivos de la EPS

5.5.10. Asma

Como enfermedad crónica del sistema respiratorio que se presenta cuando un paciente tiene vías respiratorias hiperactivas, es considerada como una enfermedad de interés en salud pública para el sistema de salud.

Esta patología está seleccionada para el desarrollo de nuevas Guías de Atención Integral Diagnóstico, atención integral y seguimiento de niños y niñas con diagnóstico de Asma. No obstante y con la excepción de una EPS de cada régimen, al manejo del paciente se basa exclusivamente en la relación médico – paciente.

| Cuadro 14 | | |
|---|-------------|--|
| Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Asma | | |
| Régimen | EPS | Descripción |
| Régimen contributivo | Saludcoop | A Criterio del médico, según guía de tratamiento integral. |
| | Coomeva | A criterio del médico tratante según guía de atención integral. |
| | Nueva EPS | A criterio del médico tratante. |
| | Famisanar | A criterio del médico tratante con base en la guía de atención integral. |
| | Compensar | Programa "A todo pulmón". Tiene programas de prevención y prevención desde el debut hospitalario o la consulta de urgencias. |
| Régimen subsidiado | Caprecom | A criterio del médico tratante. |
| | Comparta | A criterio del médico tratante. |
| | Solsalud | |
| | Asmet Salud | A criterio del médico tratante. |
| | Coosalud | Identificación de pacientes, educación en el autocuidado y técnicas de manejo de inhaladores, pretende disminuir la consulta de urgencias y el uso de oxígeno. |
| | Emsanar | A criterio del médico tratante. |
| | Endisalud | A criterio del médico tratante |

Fuente: Ficha Entrevista estructurada con directivos de la EPS

5.5.11. Cáncer

El conjunto de enfermedades que se ha venido a denominar con el nombre de cáncer y que tiene como factor común el crecimiento desordenado de células

atípicas, está explicando actualmente un sexto de las muertes a nivel mundial. En el sistema de salud es una de las enfermedades catalogadas como ruinosas o catastrófico y de alto costo. Cuenta con mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico de la atención en salud. En el caso de los cánceres de mama y cérvix cuentan Guía de Atención Integral (GAI) para la detección temprana, **atención integral, seguimiento y rehabilitación.**

La indagación en las EPS reveló cuatro programas de manejo de largo plazo (tres en el régimen subsidiado y uno en el contributivo) un programa adicional en desarrollo en el régimen contributivo. No obstante, el manejo de los pacientes con cáncer en el largo plazo sigue dependiendo de la relación médico paciente.

| Cuadro 15 | | |
|---|-------------|--|
| Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Cáncer | | |
| Régimen | EPS | Descripción |
| Régimen contributivo | Saludcoop | A criterio del médico tratante. |
| | Cooameva | Sistema de gestión de pacientes costosos y complejos, entrenamiento por medio de enfermeras asignadas al paciente, programa de manejo administrativo y asistencial con programa propio de autorización y auditoría médica. |
| | Nueva EPS | Programa en desarrollo para dirigir el tratamiento con orientación permanente, promoción y prevención para detección temprana y tratamiento integral. Cohorte orientada a mejoramiento de calidad de vida. |
| | Famisanar | Programa de tratamiento integrado con promoción y prevención y seguimiento. |
| | Compensar | En cáncer de seno existe la "autopista de vía rápida". En cáncer de cuello uterino en laboratorio clínico patológico, existe demanda inducida. |
| Régimen subsidiado | Caprecom | A criterio del médico tratante. |
| | Comparta | A criterio del médico tratante. |
| | Solsalud | A criterio del médico tratante. |
| | Asmet Salud | Programas de cáncer de cérvix y de mama. |
| | Coosalud | Énfasis en promoción y prevención de cáncer de mama, cérvix y próstata. |
| | Emsanar | El cáncer de cérvix hace parte del grupo de programas banderas con seguimiento individual y colectivo. |
| | Endisalud | Programa de manejo orientado a la atención integral de la patología. |

Fuente: Ficha Entrevista estructurada con directivos de la EPS

5.5.12. Artritis

Es una enfermedad degenerativa que consiste en la inflamación o desgaste de las articulaciones y que está clasificada como enfermedad de alto costo y por ello sometida al régimen financiero de la cuenta de alto costo; debe contar con su propia Guía de Manejo Integral No obstante, su manejo en el sistema se basa fundamentalmente **en la relación médico paciente.**

| Cuadro 16 Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Artritis | | |
|---|-------------|---------------------------------|
| Régimen | EPS | Descripción |
| Régimen contributivo | Saludcoop | A criterio del médico tratante. |
| | Coomeva | A criterio del médico tratante. |
| | Nueva EPS | A criterio del médico tratante. |
| | Famisanar | A criterio del médico tratante. |
| | Compensar | A criterio del médico tratante. |
| Régimen subsidiado | Caprecom | A criterio del médico tratante. |
| | Comparta | A criterio del médico tratante. |
| | Solsalud | A criterio del médico tratante. |
| | Asmet Salud | A criterio del médico tratante. |
| | Coosalud | A criterio del médico tratante. |
| | Emsanar | A criterio del médico tratante. |
| | Endisalud | A criterio del médico tratante. |

Fuente: Ficha Entrevista estructurada con directivos de la EPS

5.5.13. Depresión clínica

Es un diagnóstico psiquiátrico de alta incidencia y contribución a la pérdida de vida saludable, caracterizada por un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente. Está seleccionada seleccionados en el grupo nuevas Guías de Atención Integral que están en desarrollo actualmente. No obstante lo anterior, su manejo se basa en la relación médico paciente, con tres excepciones en el régimen contributivo, en donde se documentaron dos casos de proveedores integrados de servicios y un programa integrado de servicios en desarrollo.

| Cuadro 17 Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Depresión Clínica | | |
|--|-------------|--|
| Régimen | EPS | Descripción |
| Régimen contributivo | Saludcoop | A criterio del médico |
| | Cooameva | A criterio del médico tratante, programa en desarrollo y en proceso de transferir a prestadores de servicios. |
| | Nueva EPS | A criterio del médico tratante. |
| | Famisanar | A criterio del médico tratante con proveedor integrado de servicios. |
| | Compensar | Proveedor integrado de servicios con tratamientos homogéneos captados para disminuir la variabilidad de los tratamientos |
| Régimen subsidiado | Caprecom | A criterio del médico tratante. |
| | Comparta | A criterio del médico tratante. |
| | Solsalud | A criterio del médico tratante. |
| | Asmet Salud | A criterio del médico tratante. |
| | Coosalud | A criterio del médico tratante. |
| | Emsanar | A criterio del médico tratante. |
| | Endisalud | A criterio del médico tratante. |

Fuente: Ficha Entrevista estructurada con directivos de la EPS

5.5.14. Osteoporosis

Esta enfermedad caracterizada por la pérdida de tejido óseo. Su manejo en el sistema se basa en la relación médico paciente, sin que se documente programa alguno de manejo en el largo plazo.

| Cuadro 18 Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Osteoporosis | | |
|---|------------|--|
| Régimen | EPS | Descripción |
| Régimen contributivo | Saludcoop | A criterio del médico tratante. |
| | Cooameva | Criterio del médico asistido por guías de atención integral propias para orientar la decisión clínica. |
| | Nueva EPS | A criterio del médico tratante. |
| | Famisanar | A criterio del médico tratante. |

| Cuadro 18 | | |
|---|-------------|---------------------------------|
| Sistema para coordinar la atención médica a pacientes con Osteoporosis | | |
| Régimen | EPS | Descripción |
| | Compensar | A criterio del médico tratante. |
| Régimen subsidiado | Caprecom | A criterio del médico tratante. |
| | Comparta | A criterio del método tratante |
| | Solsalud | A criterio del médico tratante. |
| | Asmet Salud | A criterio del médico tratante. |
| | Coosalud | A criterio del médico tratante. |
| | Emsanar | A criterio del médico tratante. |
| | Endisalud | A criterio del médico tratante. |

Fuente: Ficha Entrevista estructurada con directivos de la EPS

5.6. SISTEMAS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS ENFERMOS CRÓNICOS.

A pesar de ser una exigencia que emana de la misma Ley 100 de 1993 y un componente esencial del sistema obligatorio de garantía de calidad, el registro de las condiciones de salud de los afiliados, es muy disparejo en el sistema de salud. Algunas EPS, sobre todo las del régimen contributivo, el uso de la información epidemiológica se incorporan al sistema de gestión administrativo, por ejemplo para usos de autorizaciones y auditoría; además orientan la gestión de la red de prestadores y la contratación de proveedores de servicios con base en el perfil epidemiológico. Mientras tanto, existen algunas que ni siquiera pueden individualizar a sus afiliados según el diagnóstico de enfermedades crónicas.

No obstante, se reconocen avances en la integración de la información clínica y administrativa, la creación de marcadores para los pacientes que en razón a su diagnóstico deben ser asignados a un programa, acceso a los servicios por mecanismos especiales o el control de enfermedades de alto costo.

El sistema de información de las EPS, en general, aún no permite capturar la evolución en el tiempo del estado de salud de un paciente ni el comportamiento de los signos clínicos de la enfermedad, ni determinar la efectividad de los tratamientos. En el cuadro 19 se presentan los hallazgos puntuales para las entidades indagadas.

| Cuadro 19 Sistemas para identificar y prestar atención médica a pacientes con enfermedades crónicas comunes | | |
|--|-------------|--|
| Régimen | EPS | Sistemas relacionado |
| Régimen contributivo | Saludcoop | El sistema de gestión permite capturar los diagnóstico individuales y los puede agrupar por patología. |
| | Coomeva | El sistema de información integra datos administrativos y datos clínicos. La historia es electrónica y esta enlazada con el sistema de gestión de autorizaciones y conectada con las IPS propias y adscritas. Gestión de la información epidemiológica para la asignación de la IPS y marcadores de programas para los pacientes según el diagnóstico. |
| | Nueva EPS | Historia clínica sistematizada con reconocimiento de diagnóstico y de situación de salud, información epidemiológica para el diseño de red de prestadores y contratación, perfil epidemiológico según cohorte. |
| | Famisanar | Captura de datos clínicos y administrativos en forma integrada, construcción de indicadores por grupo de población y de diagnóstico, identificación del paciente según su diagnóstico para efectos de prestación de servicios, autorización de servicios y auditoría. |
| | Compensar | El sistema se denomina "Atención específica integral" y observa los principales motivos de consulta, especialmente los relacionados con las enfermedades crónicas degenerativas, evitando su deterioro y generando una mejor calidad de vida. |
| Régimen subsidiado | Caprecom | No relata que el sistema de información permita individualizar los afiliados según su diagnóstico. |
| | Comparta | El sistema de información permite identificar los pacientes según su diagnóstico. |
| | Solsalud | No relata que el sistema de información permita individualizar los afiliados según su diagnóstico. |
| | Asmet Salud | El sistema de información captura datos epidemiológicos de historia clínica para orientar la opción de medidas médicas. |
| | Coosalud | Prioriza las enfermedades de alto costo y de interés de salud pública, construyendo nota técnica e intervenciones por desviación de incidencia o prevalencia desarrollo de la medicina familiar y salud en casa y promotores de salud así como ligas de usuarios. |
| | Emsanar | Registros de historia clínica y datos estadísticos individuales y colectivos. |
| | Endisalud | Más allá del perfil epidemiológico general se identifican individualmente los paciente diabéticos, hipertensos, con insuficiencia renal, cáncer y VIH sida. |

Fuente: Ficha Entrevista estructurada con directivos de la EPS

5.7. SISTEMAS DE SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DE LOS AFILIADOS EN EL LARGO PLAZO.

Aquellas EPS que tienen la facilidad de individualizar la situación de salud se muestran dispuestas a controlar la evolución de los enfermos crónicos en el tiempo. El comportamiento entre entidades es muy diverso, pero se han detectado sistemas para hacer seguimiento al estado de salud de los pacientes en el largo plazo, como la clasificación en cajones de riesgos según el diagnóstico, creación de modelos de atención en salud diferenciados, marcadores en historia clínica electrónica, control de enfermedades de alto costo, control de adhesión a

tratamientos, inducción de demanda según tipo de riesgos y monitoreo de indicadores.

| <p align="center">Cuadro 20 Sistemas para efectuar seguimiento al estado de salud de los afiliados, en el largo plazo (enfermos o sanos)</p> | | |
|---|-------------|--|
| Régimen | EPS | Sistema relatado por las EPS |
| Régimen contributivo | Saludcoop | Se hace de conformidad con la resolución 412 de 2000, en las enfermedades de interés en salud pública. |
| | Cooameva | Caracterización individual del estado de salud, con el cual se efectúa la gestión del riesgo individual y colectivo y se define el modelo de atención. Los pacientes se clasifican en cinco cajones de riesgo para definir la red de atención, la demanda inducida y los modelos de atención de baja variabilidad. |
| | Nueva EPS | El modelo de salud está orientado al manejo del paciente en el largo plazo según su situación de salud. |
| | Famisanar | Identificación, carnetización de pacientes según su diagnóstico desde el sistema de información clínico y administrativo con historia clínica electrónica. |
| | Compensar | El sistema se denomina "Atención específica integral" controla los motivos de consulta en el largo plazo. |
| Régimen subsidiado | Caprecom | No relata. |
| | Comparta | Se hace seguimiento a largo plazo de diabéticos, hipertensos y pacientes con insuficiencia renal. |
| | Solsalud | No relata |
| | Asmet Salud | No relata programas específicos de seguimiento en el largo plazo de pacientes enfermos o sanos. |
| | Coosalud | Agendas electrónicas con control de adherencia de los tratamientos. PIP por listado y por actividad. |
| | Emsanar | El modelo de atención está en desarrollo incorporara la promoción y prevención por demanda inducida, las historias clínicas no permiten el seguimiento en el largo plazo en los casos de servicios no incluidos en el POS, el sistema solo captura la demanda efectivamente atendida. |
| | Endisalud | Mensualmente se monitorean los indicadores de incidencia y permanencia de enfermedades de alto costo, eventos adversos, tasas de mortalidad por enfermedad. Información epidemiológica para el seguimiento individual o colectivo de la población asegurada. Sistema de información en línea. |

Fuente: Ficha Entrevista estructurada con directivos de la EPS

6. CONCLUSIONES

- i. En general, el aseguramiento en Sistema General de Seguridad Social en Salud se comporta como un sistema de atención médica administrada y no como un sistema de aseguramiento tradicional o de reembolso.

Las normas que definen el funcionamiento del sistema desmontan, desde su entrada en funcionamiento, los pilares básicos del aseguramiento tradicional mediante mecanismos financieros y administrativos clásicos de atención médica administrada. Claramente normados en el sistema, se observan los siguientes: La fijación regulada de primas fijas por capitación, de la eliminación de la selección de riesgos, de algunos rudimentos de ajuste de riesgos para determinar el valor de las primas y del sistema obligatorio de tarifas hospitalarias, la administración de beneficios farmacéuticos, la solidaridad, la obligatoriedad de la afiliación y el sistema de gestión del riesgos. No obstante, la introducción, reglamentación y aplicación temprana se dio en aquellos mecanismos que facilitan la asignación y movilización de recursos financieros. En los demás mecanismos la introducción fue temprana pero la reglamentación a aplicación fue tardía.

Los mecanismos de acceso a los servicios propios de los sistemas tradicionales de aseguramiento también fueron desmontados desde el diseño mismo del sistema, puesto que la libre escogencia de proveedor de servicios está acotada a la red de la entidad promotora de salud, el paquete de servicios incluye la prestación obligatoria de servicios de salud pública con demanda inducida y puerta de entrada obligatoria opera desde el primer nivel de complejidad con referencia y contrareferencia. Estos mecanismos en general se tuvieron reglamentación temprana y aplicación tardía.

La relación médico paciente por su parte es completamente compatible con el esquema de cuidado médico administrado y muy alejada de la práctica liberal de la medicina por cuanto las decisiones clínicas están orientadas por las Guías de Atención Integral y pueden ser revisadas los por Comité Técnico – Científico y apoyada por la evaluación tecnológica institucional; adicionalmente, la calidad de los servicios está sometida a un sistema obligatorio de calidad el cual incluye la auditoría médica.

- ii. Las Entidades Promotoras de Salud, las cuales corresponden a las Organizaciones Articuladoras de Servicios de Salud, propias de los sistemas de salud organizados bajo los supuestos del pluralismo estructurado, tienen asignadas las responsabilidades que le son inherentes. De la revisión de las normas legales y técnicas se tiene que estas entidades efectivamente están habilitadas para cumplir con esas responsabilidades en cuanto ejercen como agentes de compra de servicios en nombre de sus afiliados, pagan por los

servicios que compran y materializan la separación entre financiadores y prestadores de los servicios de salud.

En relación con las obligaciones propias de la organización de los servicios de salud, se observan, desde la norma y desde la práctica cotidiana, estructuras para facilitar el primer contacto con los de servicios las Entidades Promotoras de Salud, por cuanto al ingreso se pone a disposición un centro de atención ambulatoria, propio o contratado, al que queda asignado el afiliado y porque se ofrece procedimiento para acceder a consulta y servicios especializados relacionados con su enfermedad. Por lo anterior las responsabilidades relacionadas con la accesibilidad se dan por asumidas.

Atendiendo lo relatado por pacientes y Entidades Promotoras de Salud, la identificación de las necesidades de salud de cada paciente, así como de los recursos para atenderlas, se realiza en forma incompleta por regla general y en forma dispareja entre entidades y regímenes. En consecuencia, as responsabilidades relacionadas con el principio de integralidad se asuman de manera parcial. El reconocimiento de esta obligación en las normas es precario.

La longitudinalidad y la coordinación de la prestación de servicios es una responsabilidad que de conformidad con lo relatado por las Empresas Promotoras de Salud no es parejo entre instituciones, observándose casos de desarrollo avanzado y casos de manejo precario. No obstante se observa que la introducción de las guías de atención integral y de los programas de manejo de riesgos favorece el manejo de los pacientes crónicos en el largo plazo, destacándose que estos mecanismos son de tardía implementación.

Finalmente, las responsabilidades capitales de las Entidades Promotoras de Salud, como son mejorar el estado de salud de los afiliados en particular y de la población afiliada en general no está adecuadamente asumida, por cuanto los sistemas de seguimiento al estado de salud de la población no es uniforme y al lado de las escasas entidades de excelencia que orientan su modelo de salud con base en indicadores y orientan sus políticas con base en la información epidemiológica y en los diagnósticos individuales, existen entidades que por el contrario solo relatan actividades para proveer servicios.

En general la aplicación amplia u uniforme de las herramientas de gestión de enfermedades es una tarea pendiente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia

- iii. El desempeño del Sistema General de Seguridad en Salud está vinculado con la aplicación de las herramientas de la atención médica administrada. El grado de cumplimiento de las responsabilidades inherentes de las Entidades Promotoras de Salud, se convierte en un factor que permite evaluar la marcha

del sistema de salud en su conjunto. La capacidad de gestionar las enfermedades, especialmente las crónicas, es baja y ello debería ser tenido como una medida de evaluación y un criterio de mejoramiento.

- iv. El cumplimiento de las responsabilidades y el uso de las herramientas propias de la atención médica administrada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud tienen el potencial contribuir a alcanzar la cobertura universal y a nivelar de los planes de beneficios de los regímenes del sistema. Se aprecia un completo alineamiento entre los objetivos finales del sistema señalados y herramientas de cuidado administrado como los mecanismos de ajuste de riesgo, los programas de manejo integral de patologías, la evaluación de tecnologías lucen completamente aplicables para esos propósitos.
- v. El Sistema General de Seguridad Social en Salud dispone actualmente de amplias herramientas de cuidado administrado. Con base en estas herramientas es posible organizar la oferta de las prestaciones contemplada en la Ley 1392 de 2010 para los pacientes que sufren enfermedades huérfanas.

7. RECOMENDACIONES

- i. Las herramientas de atención médica administrada, propias del modelo adoptado en Colombia, están en general indicadas en las normas iniciales del sistema de salud y deberían ser desarrolladas y aplicadas de manera permanente y obligatoria por todos los responsables del aseguramiento de la población, la prestación de servicios y la dirección del sistema de salud. Lo anterior, con independencia de los ajustes que se formulen sobre el modelo.
- ii. La atención primaria que se incorpora al sistema de salud de Colombia por medio de la Ley 1438 de 2011, debería ser desarrollada como una atención primaria para el aseguramiento, por medio de normas legales y técnicas que reconozcan como responsabilidades inherentes de los aseguradores, la organización de la prestación de servicios de salud con base en los conceptos de accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación.
- iii. Las prestaciones consagradas en la Ley 1392 de 2010, para los pacientes que sufren enfermedades huérfanas, se deberían dispensar en un esquema de gestión de enfermedades, lo cual implicaría crear un programa de manejo en el largo plazo para cada enfermedad calificada como tal.
- iv. El principal mecanismo financiero del Sistema de Salud Colombia en la prima fija por capitación regulada. El cálculo de la prima en el sistema (Unidad de Pago por Capitación) ha excluido la clasificación de los pacientes salud según su estado de salud asignar los recursos. O mejor, lo limitado a la edad y al sexo. Los mecanismos de ajuste de riesgos para determinar el valor de las primas que actualmente operan para los pacientes con insuficiencia renal crónica y que está insinuado para un grupo adicional de patologías de alto costo, debe ser extendido a todas las enfermedades crónicas priorizando las que requieren tratamientos costosos o altas tasas de prevalencia o incidencia. Lo anterior como condición para garantizar una adecuada provisión de servicios y para preservar el equilibrio técnico y financiero del sistema.
- v. El coeficiente de ajuste para reconocer la desviación del perfil epidemiológico observado a la población afiliada al sistema de salud por cualquiera de sus regímenes debería ser determinado para el total de población afiliada y no para cada entidad promotora de salud. De esta manera, tales desviaciones, positivas o negativas, se reflejarían en la Unidad de Pago por Capitación, facilitando el manejo de las variables de las que depende el equilibrio técnico y financiero del sistema. El actual sistema

de cargar tales variaciones al patrimonio de los aseguradores ha resultado ineficaz.

De la misma manera, los mecanismos de reaseguramiento obligatorio, previstos en las normas sin que hayan operado en realidad, serían unos mecanismos de segundo piso, con cargo a la unidad de pago por capitación pero antes de su cálculo, asignación o pago.

- vi. El Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema de Salud de Colombia atiende el pago de servicios por medicamentos, dispositivos y servicios no cubiertos por la metodología de pago por servicios prestados. El pago de estos servicios se debe hacer compatible con el modelo aseguramiento de segundo piso, con base en programas específicos para las enfermedades que demanden talles tratamientos.

Para lo anterior, quizá se requiera modificar el papel y los mecanismos de financiación de la red pública de hospitales públicos, de los niveles tercero y cuarto de complejidad.

- vii. El esquema de prestación de servicios podría ser modificado para admitir productores de servicios en el esquema proveedor integral por patología y para fomentar el ingreso de actores capacitados para diseñar y ofrecer programas de gestión de enfermedades.

Se debería acelerar el establecimiento de Guías de Atención Integral para las patologías que expliquen la mayoría de los costos y de los motivos de consulta, así como y las mayores tasas de incidencia y prevalencia.

- viii. La inclusión de nuevos medicamentos y dispositivos en el plan de beneficios del Sistema de Salud se debería hacer de con base en la evidencia y aplicando los mecanismos de evaluación de tecnología. Lo anterior sugiere desarrollar los procedimientos de evaluación de tecnologías previstos en las normas que regulan el Sistema de Salud, las cuales han tenido escasa aplicación y desarrollo.

Para aquellos medicamentos y dispositivos que se dispensen ocasionalmente, se requeriría la aplicación de la metodología de administración de beneficios farmacéuticos que está descrita como una herramienta de administración de enfermedades.

- ix. La acreditación de las entidades promotoras de salud se debería hacer teniendo en cuenta su capacidad de organizar programas de atención de enfermedades crónicas en el largo plazo y la disponibilidad para identificar las necesidades de salud de los pacientes en el largo plazo y para proveerles los recursos para solucionarlas. Lo anterior apoyado en los

correspondientes sistemas de captura proceso y manejo de información epidemiológica. Es decir, la acreditación se debe medir en función de la capacidad de gestionar la salud y la enfermedad de los afiliados.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Acosta, Naydú. (2006). Reforma Colombiana en Salud Basada en el Mercado: Una experiencia de “Managed Care y Managed competition”. Documento de trabajo ASS / TT 004 – 03. Centro de Proyectos para el Desarrollo. Disponible en <http://www.javeriana.edu.co/cendex/pdf/DT%20004-03.pdf>.
- 2) Alatorre, Eugenio. (2005). “*Instituciones y desarrollo*”. Revista Economía para Todos. Disponible en <http://economia-mexico.com>
- 3) Arrow, Kenneth J. (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care. American Economic Review. 53, 941-973.
- 4) Avellaneda, Alfredo y otros. (2007) Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque socio sanitario. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. v.30 n.2 Pamplona. España.
- 5) Barón, Gilberto. (2007). Cuentas Nacionales de Salud de Colombia 1993 - 2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento. Ministerio de la Protección Social, Departamento Nacional de Planeación. Bogotá 2007.
- 6) Bianchi, Alberto B. (2001). La regulación económica, Buenos Aires, Ábaco, 2001;
- 7) Barua, León; Berendson, Raúl; Seminario, Roberto. (1996). Medicina teórica. Definición de la medicina y su relación con la biología. Rev Med Hered 1996; 7: 1-
- 8) Caprecom. (2010). Pre-términos de referencia invitación pública no. 2 de 2010 contratación de una empresa para el desarrollo de la metodología de administración de beneficios farmacéuticos (pbm por sus siglas en inglés) y su implementación en el sistema de salud colombiano para eventos no pos del régimen contributivo, de manera exclusiva dentro del territorio colombiano. Consultado en él, portal general de contratación.
- 9) Cárdenas, Hugo. (2008). Serie Medicina Comunitaria Vol. 5 Universidad El Bosque.
- 10) Castel, Robert. (2004). La Inseguridad Social. Editorial Manantial. Editorial Manantial. Buenos Aires.

- 11) Chirac P., Torreele E. (2006). *Global framework on essential health*. *Lancet*. 2006 May 13 1560-1561.
- 12) Colombia. Senado de la Republica. 1933. Informe de comisión sobre una petición de la Federación de Empleados de Bogotá. *Anales del Senado*, jueves 19 de noviembre, Serie 5ª, N° 112: 817. Fuente referenciada en Hernández Álvarez (2000).
- 13) Correa, Jorge. (2010, 7 de abril) Plata del Fosyga para pagar recobros se acabará en julio. *El Tiempo*. pp 1-8.
- 14) Cubillos, Andrés. (2011). *Memorias del Primer Congreso Internacional de Sistemas de Salud*. Pontificia Universidad Javeriana. Editorial Cíncope Publicidad Bogotá
- 15) Decreto 2699 de 2007. República de Colombia. Gobierno Nacional. Por el cual se establecen algunas normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Presidencia de la Republica.
- 16) Decreto 4975 de 2009. República de Colombia. Gobierno Nacional. *“Por el cual se declara el estado de emergencia social”*. Presidencia de la Republica.
- 17) Delgado, Gallego; María, Eugenia y otros. (2005). Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. una mirada cualitativa (*) *Rev. Esp Salud Pública* 2005; 79: 697-707 N° 6- Noviembre-Diciembre 2005.
- 18) De la Fuente, Juan Ramón y Otros. (1996). *La educación médica y la salud en México*. Siglo Veintiuno editores. Primera Edición.
- 19) DMAA. The Disease Management Association of America – *Dictionary of Disease Management Terminology*. 1st edition. 0976428709.
- 20) Echeverry, Cecilia. (2003). Del pluralismo estructurado hacia la Protección Social. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Pontificia Universidad Javeriana. Volumen 2. Numero 005 Diciembre 2003. pp 107 – 116
- 21) Fondo de Solidaridad y Garantía (2012). Recursos consolidados a junio de 2013. Disponible en <http://www.fosyga.gov.co/Estad%c3%adsticas/Portafolio/tabid/313/Default.aspx>

- 22) Fontana, D; Uema S; y & Mazziere M. (2005) Medicamentos Huérfanos: una Definición. Acta Farm. Bonaerense 24 (3): 449-52. Consultada el 12 de agosto de 2010 en : http://www.latamjpharm.org/trabajos/24/3/LAJOP_24_3_4_3_E3SR5F8ZJ0.pdf
- 23) Hernández Álvarez, Mario. (2000). "La fractura originaria en la formación del sistema de salud en Colombia: 1910-1946". En: Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura. N° 27, enero-diciembre. Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro4/referencias.pdf>
- 24) Holtz-Eakin, Douglas. (2003). Congressional Budget Office. U.S. Congress. An Analysis of the Literature on Disease Management Programs. PDF 2003.
- 25) Kassirer, Jerome. (1995). Managed care and the morality of the marketplace. The New England Journal of Medicine. Volume 333:50-52 July 6, 1995 Number 1.
- 26) Kongstvedt, Peter. (2001). The Managed Health Care Handbook. Aspen Publishers Inc. Fourth Edition. Ny.
- 27) Ley 100 de 1993. República de Colombia. Congreso de la República. "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".
- 28) Ley 1122 de 2007. República de Colombia. Congreso de la República. "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones."
- 29) Ley 1392 de 2010. República de Colombia. Congreso de la República. "Por medio de la cual se reconocen las enfermedades huérfanas como de especial interés y se adoptan normas tendientes a garantizar la protección social por parte del Estado colombiano a la población que padece de enfermedades huérfanas y sus cuidadores." El Congreso.
- 30) Lozano, Rafael y otros. (2007). Evaluación comparativa del desempeño de los sistemas estatales de salud usando cobertura efectiva. Revista salud pública de México / vol.49, suplemento 1 de 2007.
- 31) Moore, Mark H. (1998). Gestión estratégica y creación de valor en el sector público. Paidós Ibero América.
- 32) Nogueira, Roberto P. (1998). La medicina liberal y el mercado de trabajo en salud ¿qué es la medicina liberal? *Educ Med Salud*, Vol. 22, No. 2 (1988)

- 33) Londoño, J. L.; Frenk, J. (1997). Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina del Economista Jefe. Documento de Trabajo 353. Banco Mundial, Washington, D.C., Estados Unidos. Consultado el 18 de agosto de 2009. Disponible en <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=788172>
- 34) Martínez, Javier. (2009) Las Instituciones y el desarrollo económico. Un análisis breve. Revista académica de economía del observatorio de Economía latinoamericana. Número 114 20/05/09. Consultada el 23 de agosto de 2009 Disponible en <http://economia-mexico.blogspot.com/2005/10/instituciones-y-desarrollo.html>
- 35) Medical Dictionary. (2007). Houghton Mifflin Company. Consultado en <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/>
- 36) Ministerio de Protección Social. (2009) Guía metodológica Para la elaboración de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, de evaluaciones económicas y de evaluación del impacto de la implementación de las guías en el POS y en la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá. Consultada en <http://www.pos.gov.co/Documents/GUIA%20METODOL%C3%93GICA%203%2011%2009-1.pdf>.
- 37) Ministerio de Protección Social. (2009 -2) Guía de práctica clínica sobre Diabetes Tipo 1: niños, niñas y adolescentes. En prensa.
- 38) Ministerio de la Protección Social. (2009-3). Metodología para el cálculo de la UPC 2010. Consultada en <http://www.pos.gov.co/Documents/5.%20MPS-AXEL.pdf>.
- 39) Ministerio de Protección Social. (2007). Guía para el manejo de la enfermedad renal crónica y Modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica. Colección Programa de apoyo a la reforma. Editorial Scripto Ltda.
- 40) Ministerio de Salud. (1994). La reforma a la seguridad social en salud. Tomo 1. Antecedentes y resultados. Bogotá.
- 41) Ministerio de la Protección Social. (2009) Evaluación y propuesta de ajuste a la operación del Régimen Subsidiado colombiano ISBN: 978-958-8361-75-8 Bogotá. Colombia
- 42) Ministerio de Protección Social. (2009-2). Encuesta Nacional de Salud.

- 43) Nobel, G. (1991). Aspectos psicosociales del enfermo crónico. *Enfermería psicosocial* 1991; II: 239-241.
- 44) North, Douglass C. (1990). *"Institutions, Institutional change, and Economic Performance."* Cambridge University Press, New York.
- 45) OCDE. (1990). Estudios de Política Sanitaria N° 2. Análisis comparativo de siete países de la OCDE. Subsistemas de financiación y prestaciones sanitarias.
- 46) OMS, (2000). Informe sobre la salud en el mundo – 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- 47) OPS. (2000). Organización Panamericana de la Salud. Funciones Esenciales de Salud Pública. Memorias de la *LII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en <http://www.vcampuspaho.org/esp/Pub/SaludPublicaAmericas/es/homepage.htm>*
- 48) OPS. (2005). Panorama General. Prevención de las enfermedades crónicas. Consultado el 1ª de agosto de 2010 en: Sitio web: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en
- 49) Organización Internacional del Trabajo. (2001). Manual de Seguridad Social Vol. II- Administración de la seguridad social. Referencia: 9223107350 (ISBN).
- 50) CE N° 141. (2000). Reglamento del Parlamento Europeo y Consejo, de 16 de diciembre de 1999, sobre medicamentos huérfanos. Consultado el 14 de agosto de 2010 en: <http://www.ub.es/legmh/disposici/reg141.htm>.
- 51) Resolución 5261 de 1994. República de Colombia. *Ministerio Salud. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
- 52) Rodríguez; Oscar y Lebonniec; Yves. (2006). Editorial Universidad Nacional de Colombia. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, CID. Bogotá.
- 53) Sentencia T-760 de 2008. República de Colombia. Corte Constitucional. Sala Segunda de Revisión. Sentencia N° T-760 de 2008. La Corte.
- 54) Starfield, Bárbara. (2000). Atención primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Editorial Masson.

- 55) Stiglit, Joseph. (2000). La economía del sector público. Tercera edición. Editorial Antoni Bosh. Barcelona España.
- 56) Superintendencia Nacional de Salud. (2012). Informe de Cartera IPS Públicas y Privadas 31 de diciembre de 2012. Disponible en <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=803>.
- 57) Superintendencia Nacional de Salud. (2011). Informe situación financiera entidades promotoras de salud régimen contributivo y subsidiado vigencia 2011 2. Disponible en <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=SsjV6DhBB3I%3d&tabid=439&mid=1501>
- 58) Terol E, Hamby E; Minue, S. (2001). Gestión de Enfermedades. (Disease Management). Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios. Ny
- 59) Vega, Román. (2001). Evaluación de Políticas de Salud en Relación con Justicia Social. Revista de Salud Pública. v.3 n.2 Bogotá mayo/ago. 2001
- 60) Vega, Román, 2010. Igualdad y diversidad. Un enfoque crítico de la justicia en la salud. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá 2010.
- 61) Vélez, Álvaro. (2003). Informe al Congreso 2003. Departamento Nacional de Planeación. Imprenta Nacional, Julio de 2003.
- 62) Resolución MPS 5261 de 1995. República de Colombia. Ministerio de Salud. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 63) Restrepo Vélez, Ofelia. (2003). Artículo presentado en el seminario regional de salud y comunidad, Universidad pedagógica y tecnológica. Tunja, mayo 15 de 2003.
- 64) Yepes J; Francisco y otros. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Assalud. Bogotá.