

PROCESOS DE AFILIACIÓN EN EL REGIMEN SUBSIDIADO

Presentado por:

ANDREA
JARAMILLO MARTÍNEZ

Asesor:

WILLIAM JAVIER VEGA VARGAS

PROCESOS DE AFILIACIÓN EN EL REGIMEN SUBSIDIADO

UNIVERSIDAD DE MANIZALES
PROGRAMA DE DERECHO
ESPECIALIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL
CALDAS, COLOMBIA
2015

TABLA DE CONTENIDO

1. Resumen - Abstract	3
2. Desarrollo	4
2.1 Focalización	4
2.2 Afiliación Y Aseguramiento Universal Al Sistema De Salud	8
2.3 Portabilidad	15
2.4 Movilidad	17
2.5 Avances Del Plan Obligatorio De Salud-Pos	18
2.6 Unidad De Pago Por Capitación.....	26
2.7 Eventos No Pos Y Recobros Del Régimen Subsidiado	28
2.8 Flujo De Recursos	31
2.9 Fuentes De Financiación Del Sistema.....	33
2.10 Otras Formas De Financiación Del Sistema De Salud.....	39
3. Conclusiones.....	44
Referencias	47

1. Resumen - Abstract

El Sistema de seguridad social en salud Colombiana muestra cambios normativos que representan algunos avances, el estado ha exigido seguimiento y evaluación a los procesos y procedimientos de operación del régimen subsidiado pero es una realidad la situación actual de la salud, la falta de acceso a los servicios, las barreras en los procesos y las finanzas del sector. La sostenibilidad ha desbordado, se necesita el arreglo institucional y su eficacia para lograr los objetivos esperados de la operación del sistema de salud y el monitoreo de la salud de la población.

Las proyecciones y desafíos del nuevo sistema de salud apuntan a redireccionar la administración de los recursos de salud a través de una Entidad Administradora de Recursos de Salud EARS posible SALUDMIA, quienes serán los encargados de reestructurar el sistema, con la ambición de mejorar la accesibilidad, reducir el cuidado inapropiado y la fragmentación asistencial, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, reducir los costos de producción y responder de manera acertada a las necesidades de salud de la comunidad.

The Colombian social security health system shows policy changes which represent some progress, the State has required monitoring and evaluation processes and procedures for operation of the subsidized regime but is a reality the current situation of health, lack of access to services, barriers in the processes and the finances of the sector. Sustainability has overflowed, the institutional arrangement and its effectiveness is needed to achieve the expected objectives of the operation of the health system and the monitoring of the health of the population. Projections and challenges of the new health system point to redirect health resources management through an entity administrator of resources of health EARS possible SALUDMIA, who will be in charge of restructuring the system, with the ambition to improve accessibility, reduce inappropriate care and health care fragmentation, avoid duplication of infrastructure and services reduce production costs and provide a successful community health needs.

Palabras clave: Normatividad, afiliación, aseguramiento en salud, fuentes y administración de recursos

Palabras clave: Regulations, membership, insurance health, sources and resource management

2. Desarrollo

La salud en Colombia presenta cambios significativos en pro de la población, el presente documento recopila antecedentes y normas relacionadas con el sistema de salud y con el régimen subsidiado. El sistema actualmente presenta retos en focalización de la población, afiliación y aseguramiento, administración de los recursos, portabilidad, movilidad, plan obligatorio de salud, unidad de pago por capitación, flujo y administración de recursos. El documento nos permite conocer como estamos y hacia donde vamos con la salud en el sistema Colombiano.

2.1 Focalización

La afiliación al SGSSS se realiza a través de las Entidades Promotoras de salud (EPS), de tipo público o privado, encargadas de ofrecer el Plan Obligatorio de salud (POS). El Fosyga es el encargado de devolver a las EPS el valor de la Unidad de pago por capitación (UPC) el cual es ajustado por riesgo y depende de la cantidad de afiliados a una EPS. Los proveedores de atención en salud son los prestadores de servicios de salud PSS (instituciones prestadoras de servicios (IPS), profesionales independientes de salud y los servicios de transporte de pacientes - Resolución 2003 de 2014-. Los cuales deben cumplir con las normas de habilitación de servicios de salud.

Para lograr la afiliación al sistema de salud de la población no afiliada en el régimen subsidiado es necesario enfatizar en que la salud es un derecho fundamental como lo establece la Constitución Política de 1991. Es responsabilidad de los Municipios, Distritos y Departamentos la identificación de la población no afiliada, la afiliación, vigilancia al acceso de los servicios de los servicios contratados y el seguimiento a la ejecución de los recursos, destinados a través de

esfuerzo propio, sistema general de participación, Fosyga, juegos de azar y rentas cedidas. Es deber de los Entes Territoriales el seguimiento y vigilancia al acceso efectivo a los servicios contratados por las EPS-S, por parte de la población beneficiaria, es decir, sobre la ejecución misma de los contratos suscritos con las EPS-S. (Artículo 29 Ley 1438 de 2011 y circular externa 006 de 2011 de la Supersalud).

El Régimen Subsidiado siendo "el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado". no obstante, aún se encuentran personas con capacidad de pago afiliados al régimen subsidiado en salud y personas vulnerables niños y ancianos sin ninguna afiliación al sistema.

La Resolución 3778 de 2011 del Ministerio de la Protección Social definió los puntos de corte de la metodología sisben III en su artículo 1º y establece puntos de corte para la afiliación régimen subsidiado en salud:

nivel	Puntaje de Sisben III		
	14 ciudades	Otras cabeceras	rural
1	0 - 47.99	0 - 44.79	0 - 32.98
2	48.00 - 54.86	44.80 - 51.57	32.99 - 37.80

Tabla 1

Referente a la tabla, según el Conpes 117 de 2008 la encuesta SISBEN es aplicada siguiendo lineamientos del Departamento Nacional de Planeación siendo relevantes las condiciones de vulnerabilidad, salud, educación y vivienda de la población colombiana. Las 14 ciudades a que se refiere la tabla corresponde a las principales ciudades sin sus áreas

metropolitanas: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena, Cúcuta, Bucaramanga, Ibagué, Pereira, Villavicencio, Pasto, Montería, Manizales y Santa Marta. La razón por la cual no se incluyeron las áreas metropolitanas es por tener condiciones de vida no necesariamente similares a las de la capital con la cual están asociados. Y al mencionar otras cabeceras se refiere a que esta compuesta por la zona urbana diferente a las 14 principales ciudades, centros poblados y la zona rural dispersa de las 14 ciudades principales. Conpes Social 117 de 2008- Departamento Nacional de Planeación.

Uno de los requisitos es estar en la encuesta SISBEN (Sistema de selección de beneficiarios para programas sociales del estado) e identificar el puntaje para afiliarse al régimen subsidiado, así mismo pueden afiliarse las personas que hagan parte de grupos especiales como desmovilizados, indígenas, habitantes de la calle, indigentes, niños en protección (población abandonada, entran los ancianos institucionalizados y personas en rehabilitación) y desplazados (reclusos, trabajadores rurales migratorios, testigos en protección, pueblo rom) (identificados por listado censal).(Resoluciones 219 de 1998, 2423 de 2000, Acuerdo 365 de CNSS artículo 1º, Acuerdo 415 del CNSSS artículo 6, Decreto 2496 de 2012 artículo 3.)

Otro tema importante para el crecimiento del sistema de salud son las poblaciones especiales, la Ley estatutaria de salud refiere en su artículo 6 literal n “protección de pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras”, a quienes debe garantizárseles el derecho fundamental de salud respetando sus costumbres; y en su artículo 11 de la misma ley se refiere a desplazados, víctimas de violencia y conflicto armado aclarando que las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir los procesos intersectoriales que garanticen su atención teniendo además en cuenta el artículo 137 de la Ley 1438 de 2011. Siendo en ocasiones su acceso limitado por barreras administrativas que inciden en el aspecto financiero

al momento de prestar los servicios.

Aún continúan Retos pendientes en focalización, prestación de servicios y talento humano: La ley 715 de 2001, modificó la ley 60 de 1993 y otorgó al Conpes la exclusiva competencia de definir el instrumento de focalización a ser utilizado en el régimen subsidiado, estableció que su información debía ser actualizada cada 3 años (artículos 48 y 94), el Acuerdo 244 de 2003 del CNSSS determinó los criterios para identificar, seleccionar y priorizar a los potenciales beneficiarios de los subsidios, pero fue en el año 2003 cuando se inició por parte del Departamento Nacional de Planeación el programa de aplicación del llamado “nuevo” Sisben que desarrolló orientaciones del documento Conpes 55 en los municipios. El sistema de seguridad social en Colombia realmente en focalización ha garantizado una herramienta que define el nivel de ingresos, a través de la encuesta denominada (SISBEN), y listado censal como herramientas de focalización individual; siendo el Sector Salud, el mayor usuario de dichas herramientas, las cuales, se han empleado para identificar a la población pobre y vulnerable beneficiaria de los subsidios de la salud. -Concepto número 4161 del Ministerio de la Protección Social-. Se combinan así dos criterios para determinar los beneficiarios: la carencia de ingresos, y la vulnerabilidad ante los riesgos que afectan la salud. El primero corresponde a disminución de pobreza, como falta de ingresos, y el segundo con el propósito de garantizar que determinados grupos con desventajas en capacidades específicas para tener una vida sana, accedan a los servicios. Revista Salud Publica- 2003.

La ley Esatutaria 1288 de 2008 reguló el manejo de la información contenida en bases de datos, pero aun falta seguir avanzado por varias razones: en primer lugar, la selección de la población pobre beneficiaria del régimen subsidiado no considera las reales cifras de pobreza del país; en segundo lugar, y de acuerdo con la lógica de la focalización no todos los que allí están

asegurados, deberían estar.

Las cifras muestran que la pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas, que traía una tendencia descendente continua, se ha estancado en el país desde 1997, en una cifra cercana al 37%, mientras que la pobreza por ingresos, o línea de pobreza (LP), se ha incrementado sistemáticamente. Es así como para el 2000, el total de población pobre por NBI, era de 15.905.560, de la cual solo 9.510.5666, (59.8%) estaban afiliadas al régimen subsidiado (Informe del CNSSS a las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, 2001); mientras 26.014.133 personas estaban por debajo de la línea de pobreza. La diferencia entre uno y otro método de medición de pobreza representa 10.108.573 de colombianos pobres e “invisibles” para la política de salud. Si bien, lo que interesa señalar con las cifras es que la estrategia de focalización, adoptada a través del Sistema de información y selección de beneficiarios (Sisben), subestima la magnitud y heterogeneidad de la pobreza en Colombia, y esto deviene en políticas sociales reduccionistas y excluyentes. Esa es una de las razones por la cual en el régimen subsidiado “no están ni estarán todos los que son”. “Tampoco son todos los que están”. Congreso de la República de Colombia (2015).

2.2 Afiliación Y Aseguramiento Universal Al Sistema De Salud

Uno de los principales desafíos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia es el acceso a los servicios médicos (Vargas, Vázquez, & Mogollón, 2010). En Colombia, el aseguramiento, la afiliación y la cobertura tienen un sentido y alcance similar. En el año 1993 con la ley 100 en su artículo 157 obligó a que cada Colombiano debería estar afiliado al régimen contributivo o subsidiado, lo cual realmente ha sido progresivo en el aumento de cobertura del aseguramiento en salud. Adicionalmente el consejo de estado ha dicho con relación

a la cobertura universal, “la Sala reconoce que el gobierno, con base en la decisión del Consejo de Estado proferida el 16 de mayo de 2007 y el mandato del Congreso de la República, es el que ha definido las políticas públicas orientadas a cumplir la meta de la cobertura universal en salud. En caso de que alcanzar esta meta sea imposible, deberá explicarse las razones del incumplimiento y fijarse una nueva meta, debidamente justificada“. Corte constitucional. Sentencia 760 del 2008.

Adicional a ello la Sentencia T-760 de 2008 estableció: la génesis y evolución del derecho a la salud en el ámbito internacional e interamericano, principalmente de los tratados que forman parte del bloque de constitucionalidad. En la sentencia se resuelven las fallas en la regulación y en la vigilancia del sistema de salud, adicional a ello con la sentencia C-313 de 2014, se da paso a la ley estatutaria de salud reflejando la evolución del derecho y su estructuración como derecho fundamental de la salud, sin embargo, la salud tiene un núcleo esencial que debe ser garantizado a todas las personas, el ámbito de dicho derecho puede ser objeto de limitaciones que, para ser admisibles, deben estar justificadas a la luz de los principios de razonabilidad y proporcionalidad. La constitución política de Colombia en el artículo 48, norma que establece y resalta la importancia de la universalidad y por lo tanto de la cobertura en la seguridad social “se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.” Constitución política de Colombia. Congreso de la república. 1991.

La importancia de asegurar la cobertura universal en salud fue resaltada desde los mismos debates que precedieron a la aprobación de la Ley 100 de 1993. En este sentido, en la ponencia para el primer debate del proyecto de Ley se manifestaba, en la parte general en que se trataba sobre la reforma al sistema de salud, lo siguiente: “La principal carencia que pretende enfrentar el

proyecto es la falta de universalidad del sistema actual. Para lograr este propósito, se han diseñado instrumentos para obtener una cobertura total de la población en un plazo bastante razonable. Con tal fin se propone la obligatoriedad de la afiliación al Sistema de Seguridad Social, ampliar la cobertura de la afiliación a la familia, y la puesta en práctica de un sistema de subsidios directos que permita a la población más pobre vincularse al sistema, a través de sus instituciones. Esta universalidad, por demás, va aparejada de un propósito de obtener la integralidad en la cobertura en salud para la atención de todos los colombianos.” Sentencia corte constitucional Colombia (2008). No 760 de 2008.

La ley 1122 del 2007, también ha resaltado la importancia de la universalidad en su artículo 9 “Financiación. El Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisbén de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema. (...)” Congreso de la República de Colombia (2007). Ley 1122 de 2007.

La Sentencia 760 del 2008 de la corte en numeral vigésimo noveno, ordeno” al Ministerio de Protección Social que adoptar las medidas necesarias para asegurar la cobertura universal sostenible del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la fecha fijada por la Ley –antes de enero de 2010–. En caso de que alcanzar esta meta sea imposible, deberán ser explicadas las razones del incumplimiento y fijarse una nueva meta, debidamente justificada” Sentencia corte constitucional Colombia (2008). No 760 de 2008.

Como se puede evidenciar con toda la normatividad y jurisprudencia, ha marcado una tendencia a la universalidad y el resultado de más de 21 años, que buscó y como se observa el incremento de la cobertura total, hasta más del 90% de la población, principalmente por el crecimiento de la afiliación al régimen subsidiado, a partir del año 2003.

Fue estimado que entre los años 2002 y 2008 el régimen subsidiado creciera 2,8 veces más que el régimen contributivo. Aunque las tendencias no son uniformes en el tiempo, el incremento de la cobertura del SGSSS se distribuyó en proporciones semejantes en los diferentes grupos de edad, con predominio de la población menor de 15 años. Las relaciones entre el incremento de la cobertura del seguro de salud y la distribución del ingreso, especialmente la pobreza, se expresan en aspectos relativamente bien documentados. La afiliación al SGSSS se ha incrementado en todos los quintiles de ingreso, pero más intensamente en los quintiles de menor ingreso, en los cuales predomina el régimen subsidiado.

Por lo tanto a pesar del aumento en la cobertura del aseguramiento y progresividad del mismo del 56,9% al 90,8% registrado entre 1997 y 2012 (Céspedes, y otros, 2000; Restrepo, Zambrano, Vélez, & Ramírez, 2007), el acceso a los servicios de salud en Colombia, entendido como el porcentaje de personas que utilizó los servicios médicos al momento de necesitarlos, disminuyó en el mismo período al pasar de 79,1% a 75,5%, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV), ósea que podemos decir que progresividad del aseguramiento o cobertura horizontal, no ha garantizado crecimiento en la accesibilidad o cobertura vertical. Por esto es necesario tener en cuenta la diferencia existente entre los conceptos cobertura y acceso, pues si bien el aumento de la cobertura fue el mecanismo a través del cual la Ley 100 de 1993 pretendía facilitar el acceso a la salud en Colombia (GES, 2011), este no era el único factor que determinaba la utilización de los servicios. Aun cuando una persona esté asegurada por el SGSSS, persisten ciertas barreras que pueden evitar que reciba atención médica en caso de necesitarlo. Algunas de estas barreras relacionadas con la oferta, como la falta de centros de atención o una mala calidad del servicio, el gasto de bolsillo, la distancia geográfica y otras relacionadas con la demanda.

En este punto de la cobertura el estado ha garantizado aumento, pero no ha sido efectiva al sistema por dos razones, una de ellas es la falta de empleo pleno en Colombia que garantice más cotizaciones al sistema de salud, y la segunda es la falta o disminución de la accesibilidad, por las barreras existentes.

Los avances importantes en el aumento de coberturas de afiliación, son los que han garantizado progresividad del sistema en salud y ha significado que a partir del 1 de julio de 2012, según los datos de “Así Vamos en Salud”, el porcentaje de población asegurada en Colombia ha aumentado significativamente pasando de un 58,3% de población asegurada en el año 2000 a un 95,45% en el 2014, lo que significa que 45.492.407 personas cuentan con aseguramiento en salud. Esta tendencia positiva en el porcentaje de aseguramiento en Colombia se debe más al crecimiento del régimen subsidiado, el cual pasó de un 23.60% en el año 2000 a un 48,01% en el año 2014, contando con un total de 22.882.669 personas afiliadas al régimen subsidiado.

La afiliación al régimen subsidiado ha aumentado progresivamente. Al mismo tiempo se observa una disminución significativa en la población no afiliada al sistema, pasando de un 41,17% de población no afiliada al sistema en el año 2000 a un 4,55% en el año 2014.

En aras de disminuir la evasión de la afiliación, el Ministerio de la Protección Social generó mecanismos de control, como la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) en la que se ligó la contribución a pensiones con la de salud. El Decreto 2616 de 2013 expedido por el Ministerio de Trabajo y la Resolución 5094 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, reguló la cotización a seguridad social para trabajadores dependientes que laboran por periodos inferiores a un mes bajo el tipo de cotizante 051. Esta medida fue aplicada solamente para trabajadores dependientes, en la Ley 100 de 1993 en el artículo número 6:

“empleados del servicio doméstico, campesinos, indígenas, artistas, deportistas y aquellos catalogados como trabajadores informales”. Los aportes se realizan a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) mediante el tipo de cotizante 051 reglamentado en la Resolución 5094 de 2013, el cual está definido como "Trabajador de tiempo parcial afiliado al Régimen Subsidiado en Salud." La afiliación de estas personas debe hacerse de manera obligatoria al Sistema General de Pensiones, al Sistema General de Riesgos Laborales y Sistema General de Subsidio Familiar - Cajas de Compensación Familiar. Sin embargo no aplica afiliación al Sistema General de Salud ya que estos beneficiarios deberán estar vinculados al Régimen Subsidiado. El tipo de cotizante 51 debe reportar los aportes de acuerdo a los días laborados dentro del mes según lo establecido en la Resolución 5094 de 2013. De acuerdo a lo anterior vale la pena aclarar que para este tipo de cotizante no se exigirán aportes unificados como lo ordena la Ley 1393 de 2010 en su artículo número 33. El pago de aportes del cotizante 051 rige a partir del 1 de febrero de 2014 y su objetivo es permitir la vinculación de trabajadores dependientes que laboren menos de 30 días en el mes a los subsistemas de pensión, riesgos laborales y subsidio familiar (cajas de compensación familiar) y así fomentar la formalización laboral. Y el Tipo de Aportante Independiente, código 02, es usado cuando el aportante es un Independiente que paga los aportes propios (planilla tipo I), los de servicio domestico (planilla tipo S) o los de otros independientes con quien tiene contratos de prestación de servicios y sobre ellos son los aportes que se están pagando; queriendo decir que cuando se paguen planillas tipo I o tipo S (PILA) el tipo de Aportante es independiente, como lo estipula la Resolución 1747 de 2008.

Vale la pena señalar que solo en la medida en que se logre un cubrimiento del 100% de la población, estos objetivos podrán lograrse plenamente. Si existe algún grado de discrecionalidad

para que el individuo se afilie o no (caso en Colombia de los trabajadores independientes o de los rentistas de capital), tenderán a afiliarse solo las personas con más alto nivel de riesgo. Si las EPS encuentran un mercado potencial de personas no afiliadas, tenderán a centrar sus esfuerzos de mercadeo en las personas de menor riesgo.

Con la ley 1393 de 2010 fueron definidas las rentas de destinación específica para la salud, se adoptaron medidas para promover actividades generadoras de recursos para evitar la evasión y elusión de aportes y se redireccionaron los recursos al interior del sistema de salud, en el párrafo 2º adicionado al artículo 27 y en el artículo 108 del Estatuto Tributario dice “los aportes parafiscales deben efectuarse de acuerdo a lo establecido en normas vigentes. Igualmente, para la procedencia de la deducción por pagos a trabajadores independientes, el contratante deberá verificar la afiliación y el pago de las cotizaciones y aportes a la protección social que le corresponden al contratista según la Ley” ello como medidas en materia de control a la evasión y elusión de las cotizaciones y aportes contribuyendo en esta medida a uno de los retos más importantes de los sistemas de salud en el mundo como es “la cobertura universal”. Ley 1393 (2010).

Actualmente con la ley 1753 de 2015 (Plan de Desarrollo 2014-2018) artículo 135 el Ingreso Base de Cotización de los independientes es por cuenta propia a partir de un (1) SMLV. Si la cotización se realiza por debajo de un (1) SMLV actuará la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP). El afiliado podrá pagar un menor valor al determinado por dicha presunción siempre y cuando cuente con los documentos que soportan la deducción de expensas, los cuales serán requeridos en los procesos de fiscalización preferente que adelanta la UGPP. En el caso de contratos de prestación de servicios personales relacionados con las funciones de la entidad contratante y que no

impliquen subcontratación alguna, el IBC será en todos los casos mínimo el 40%, y cuando las personas perciban ingresos de forma simultanea provenientes de la ejecución de varias actividades o contratos, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas pro cada uno de los ingresos percibidos. Ley 1753 de 2015- Congreso de la Republica. La cotización al sistema de salud es considerada como gravamen y por lo tanto afecta cualquier ingreso.

Para aumentar el aseguramiento es necesario garantizar la financiación del régimen subsidiado y el aumento de los recursos públicos para este propósito. El modelo económico actual y las estrategias implementadas en los últimos 8 años han logrado el crecimiento financiero del Sistema de Seguridad Social en Salud; en este sentido, y dada la trascendencia que el modelo de aseguramiento tiene para la salud de toda la población, es necesario hacer el seguimiento correspondiente a la evolución en la afiliación.

2.3 Portabilidad

Es necesario tener en cuenta la universalidad en el régimen subsidiado al hablar de portabilidad; desde el año 2011 se pretendía lograr con la Ley 1438 en sus artículos 32.2 y 32.3 “Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, esta será atendida obligatoriamente. La afiliación inicial se hará a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado mediante el mecanismo simplificado que se desarrolle para tal fin. Realizada la afiliación, la Entidad Promotora de Salud, verificará en un plazo no mayor a ocho (8) días hábiles si la persona es elegible para el subsidio en salud. De no serlo, se cancelará la afiliación y la Entidad Promotora de Salud procederá a realizar el cobro de los servicios prestados. Se podrá reactivar la afiliación al Régimen Subsidiado cuando se acredite las condiciones que dan derecho al subsidio. En todo caso el pago de los servicios de salud prestados será cancelado por la Entidad Promotora de Salud si efectivamente se afilió a ella; si no se afilió se pagarán con recursos de oferta a la institución

prestadora de los servicios de salud, de conformidad con la normatividad general vigente para el pago de los servicios de salud”. Ley 1338 de 2011 artículos 32.2 y 33.3, lo que evidencia la intención para mejorar el acceso a los servicios de salud.

En el año 2013 el Decreto 1683, reglamentó el artículo 22 de la ley 1438 de 2011 sobre “portabilidad nacional” en el sistema de Seguridad social en salud, permitiendo que las EPS garanticen el acceso a los servicios de salud en todo el territorio Nacional a través de los PSS, el único requisito para la atención es la presentación del documento de identidad, Siendo una garantía para acceder a los servicios de salud sin trámites excesivos e innecesarios, en cualquier parte del territorio nacional, cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se van a vivir temporalmente a un municipio diferente a aquel en donde se afiliaron a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud, en relación a este tema que era antes una razón de no accesibilidad a los servicios de salud, nuestro sistema ha sido progresivo y ha garantizado la normatividad para ello. “Todas las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud, podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integradas de servicios.

El acceso a la atención de salud será a través de la cédula de ciudadanía u otro documento de identidad”. Se debe diferenciar cuando hay cambio de residencia del domicilio de afiliación ocasional inferior a un mes que cubre urgencias y servicios complementarios a las urgencias, aquí no se requiere de convenios con otros PSS u otras EPS u EPSS, temporal superior a un mes inferior a doce meses prorrogables por otros doce meses más, en el que se cubre todo el POS y aquí si se requieren convenios con otros PSS u otras EPS o EPSS, permanente, cuando supere

los doce meses no prorrogados de la temporal, o los 24 meses si se prorrogó la temporal , aquí debe trasladarse de EPS o de EPSS, y por último la dispersión del núcleo familiar cuando un familiar queda en el domicilio de afiliación, y otro u otros no, a los otros las EPS y EPSS deberán atenderlos a donde vayan en todos los servicios POS, aquí se requiere de convenio con otros prestadores de servicios de salud u otras EPS o EPSS. (Decreto 1683 de 2013 y Circular Externa 050 de 2013 del MSPS).

2.4 Movilidad

Es necesario tener en cuenta que existen reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles 1 y 2 del Sisben, dada la facultad a migrar del régimen subsidiado al contributivo permaneciendo en la misma EPS lo cual fue reglamentado a través del Decreto 3047 de 2013, garantizando la permanencia de afiliación al sistema siempre que se cumplan los requisitos establecidos. La movilidad entre regímenes permite que las personas que adquieren capacidad de pago coticen al sistema pero se mantengan en la misma EPS recibiendo los mismos beneficios para todos los beneficiarios del núcleo familiar; de igual forma si el afiliado a una EPS contributiva deja de recibir ingresos económicos puede volver al régimen subsidiado siempre y cuando este clasificado en el nivel I y II del Sisben, la movilidad se convierte en la garantía del afiliado a continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia cambie de régimen. (cartilla Ministerio de salud y protección social 2014). El futuro de las EPSS depende de la actividad financiera y flujo de recursos, hoy en día presentan dificultades presupuestales la corrupción y el mal servicio prestado dentro de las mismas, la ineficiencia al momento de autorizar los servicios contemplados en el POS, problemas en información y bases de datos son algunas de las causas de la situación de ineficiencia, baja calidad y escasez de recursos del sistema de salud. las políticas han sido ineficaces frente a los desafíos existentes en

materia de salud aunque se ha incrementado la cobertura y se aborda la calidad en la prestación de servicios de salud aún no se brinda un servicio equitativo para toda la población sin descuidar la financiación del sistema. Los retos en materia de financiación y mejora de calidad del sistema son cada vez más urgentes y demandan una reestructuración de las EPS y demás prestadores del servicio de salud, así la “sostenibilidad del sistema esté asegurada hasta el 2020” .

La ley 1751 pretende garantizar un sistema de información del sector, que garantice la información relativa a la afiliación, registro de novedades y movilidad de los usuarios, esta información va estar disponible de manera oportuna y facilitará el proceso de comprobación de derechos.

2.5 Avances Del Plan Obligatorio De Salud-Pos

En Colombia el 85% del gasto en salud se hace con cargo a recursos públicos. El problema no parece ser que el Estado gaste mucho más sino que hay necesidad urgente de reestructurar el sistema y sus instituciones, lo mismo que los incentivos para todos sus integrantes, ¿será el estado de salud actual de los colombianos con la equidad en el acceso?; ¿las finanzas del sector y su sostenibilidad?; ¿el arreglo institucional y su eficacia para lograr los objetivos esperados de la operación del sistema de salud?; ¿la eficacia de los sistemas de información para administrar y monitorear la salud de la población?, y ¿el arreglo jurídico que rige el funcionamiento del sistema?

El primer documento y Decreto que determinó el Plan Obligatorio de Salud , fue tal vez en 1977, el Decreto Ley 1650, que se enfocó principalmente a la atención materno-infantil y a la atención inicial de la enfermedad general, posteriormente surgió el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo que fue adoptado mediante el Acuerdo 008 de 1994 expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual ordenó, entre otros, la expedición del

Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este último, por su parte, fue adoptado mediante la Resolución 5261 de 1994, siendo claro en definir el plan obligatorio del régimen contributivo por niveles y sus exclusiones.

La resolución 5261 de 1994 habló de exclusiones en su artículo 18 “el plan obligatorio de salud tendrá exclusiones y limitaciones que en general serán todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad como: aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y aquellos que expresamente se definan por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como: Cirugía estética con fines de embellecimiento, Tratamientos nutricionales con fines estéticos, Tratamientos para la infertilidad, Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental, Tratamientos o curas de reposo o del sueño, Medias elásticas de soporte, corsés, fajas, plantillas, zapatos ortopédicos, sillas de ruedas, lentes de contacto. Los lentes se suministrarán una vez cada cinco años en los adultos y en los niños una vez cada año, siempre por prescripción médica y para defectos que disminuyan la agudeza visual, Medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizadas en el Manual de Medicamentos y Terapéutica, Tratamiento con drogas o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad, Trasplante de órganos. No se excluyen aquellos como el trasplante renal, de medula ósea, de córnea y el de corazón, con estricta sujeción a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas Guías Integrales de Atención, Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada, fase crítica o inicial aquella que se puede prolongar máximo hasta los treinta días de evolución, Tratamiento para varices con

finestéticos, Actividades, procedimientos e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal , o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación, Podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, la incomodidad y la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento, Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas Guías Integrales de Atención, Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas, Prótesis, ortodoncia y tratamiento periodontal en la atención odontológica, Actividades, intervenciones y procedimientos no expresamente consideradas en el presente Manual”. Resolución 5261. 1994

Como complemento de la ley 100 en su artículo 162 y la ley 1122 del 2007 en su artículo 14 y como lo ordenaba las mismas leyes, el plan obligatorio de salud debería ser reglamentado y paulatinamente estaba marcado por los acuerdos del consejo de seguridad social y CRES, por esto surgió el Acuerdo 09 de 1994 y el Acuerdo 23 de 1995, que contempló el POS del primer nivel del régimen subsidiado para esa fecha y algunos eventos de alto costo, el acuerdo 049 del consejo nacional de seguridad social en salud de 1996 garantizó nuevas inclusiones a eventos y patologías de segundo y tercer nivel de atención e incluyó en el POS el transporte asistencial y la atención de urgencias, el acuerdo 072 y 074 de 1997 aumentaron y determinaron eventos y patologías de segundo y tercer nivel como la atención por fisioterapia y ortopedia y además incluyeron los medicamentos.

Posterior a estos acuerdos antes mencionados , surgieron el Acuerdo 226 de 2002 incluyó el Acelerador Lineal para Teleterapia con fotones; el Acuerdo 228 de 2002 incluyó medicamentos

esenciales; el Acuerdo 289 de 2005 incluyó las Cirugías Reparadoras de Seno.

En la elaboración del plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, el proceso involucró una experiencia política práctica representada en la creación de las empresas solidarias de salud, proceso guiado por un pragmatismo adaptativo. La primera definición metodológica consistió en integrar al plan los programas por poblaciones específicas –existentes en el Ministerio de Salud– ajustar el plan a poblaciones de personas pobres y a su perfil de morbimortalidad y proponer un modelo de atención primaria centrado en acciones de promoción de la salud, protección específica y atenciones ambulatorias de primer nivel. En el desarrollo de implantación de la Ley 100, este plan incorporó el concepto de protección financiera de los hogares, adicionando en su cobertura las denominadas coberturas de riesgos catastróficos y alto costo.

En el año 2005 con el Acuerdo 306 se define el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado y se da paso a precisar en los esquemas de subsidios plenos y de subsidios parciales, en el año 2007 a través de la circular 0063 se da paso a la Cobertura de servicios de salud y la obligatoriedad para la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH. Con el Artículo 7 de la ley 1122 (2007) se especifican las funciones de la comisión de regulación en salud (CRES) definen y modifican los planes obligatorios de salud (POS) que las entidades promotoras de salud (EPS) garantizaran a los afiliados según las normas de los regímenes contributivo y subsidiado. En el año 2009 con el Acuerdo 08 de la CRES se aclaran y se actualizan integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se excluyen:

- a) Aquello que no esté expresamente incluido en el presente acuerdo.
- b) Lo mismo que está expresamente excluido en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo.
- c) El tratamiento de las complicaciones que surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos no cubiertos por el POS-S; además de la

“Limitación de la internación especial” (art 83). El POS del Régimen Subsidiado no cubre la atención en UCI de los siguientes casos: a) Pacientes en estado terminal de cualquier etiología. b) Pacientes poli traumatizados mientras no se haya definido la conducta quirúrgica o neuroquirúrgica. c) Pacientes con diagnóstico de muerte cerebral o descerebrados y en su artículo (84 del acuerdo 008 CRES) no se incluyó la internación en instituciones educativas ni en entidades de asistencia social tipo ancianato, hospicio, orfanato, hogar sustituto o guardería o granja protegida.

El Acuerdo 302 de 2005 incluyó las mallas de polipropileno no recubiertas, usadas en los procedimientos de herniorrafia o hernioplastia; el Acuerdo 313 de 2005 incluyó Colecistectomía por vía laparoscópica. El Acuerdo 350 de 2006 incluyó la Evacuación por aspiración del útero para terminación del Embarazo; el Acuerdo 356 de 2007 que incluyo la vasectomia; el Acuerdo 368 de 2007 incluyó el medicamento Lopinavir/Ritonavir 200/50 mg cápsulas para el tratamiento del VIH/SIDA; el Acuerdo 380 de 2008 mediante el cual se incluyó el condón de látex y varios anticonceptivos.

Se ha garantizado una progresividad del POS, especialmente del régimen subsidiado , pero solo se avanzó en la unificación, cuando la corte en la sentencia 760 del año 2008 dio unas ordenes especificas “Por las anteriores razones en la parte resolutive de esta providencia se ordenará a la Comisión Nacional de Regulación en Salud la actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS). En dicha revisión integral deberá definir con claridad qué se encuentra incluido, qué no está incluido y qué se encuentra excluido de los planes de beneficios, teniendo en cuenta los criterios de interpretación del POS adoptados por la Corte, es decir, el principio de integralidad y el principio pro homine.” Sentencia corte constitucional Colombia (2008).

Una realidad que encontró la corte en la sentencia 760 del 2008 y que estimó es que después de 15 años de haber sido expedida la Ley 100 de 1993, era constitucionalmente inadmisibles que no se hubiera previsto superar la desigualdad entre el plan subsidiado y el contributivo y que esta diferencia era más gravosa para los menores de edad, por eso ordenó la unificación del plan de beneficios inmediata en el caso de los niños y el diseño de un programa y cronograma en el caso de adultos , pero con una gran dificultad que aun persiste y que entra en la discusión, que tan integral y progresivo puede ser un sistema que busca unificar los planes de beneficios , pero no garantiza la unificación de la unidad de pago por capitación para los regímenes contributivo y subsidiado, violentando la integralidad y sostenibilidad del sistema.

La ley 100 de 1993, ley 1122 del 2007, la Sentencia T 760 de 2008 de la Corte Constitucional y atendiendo el principio de equidad en el derecho de acceso a los servicios de salud, el Gobierno nacional inició en 2009 un plan por etapas de manera progresiva como lo ordeno la sentencia 760, para la Unificación de Plan Obligatorio de Salud. En desarrollo de este plan la Comisión de Regulación en Salud CRES expedido cuatro Acuerdos relacionados con la unificación:

- Acuerdo 04 de 2009: unifica el POS para los niños de 0 a 12 años
- Acuerdo 011 de 2010: unifica el POS para los niños y adolescentes menores de 18 años
- Acuerdo 027 de 2011: unifica el POS para los adultos de 60 y más años.
- Acuerdo 032 de 2012: unifica el POS para los adultos entre 18 y 59 años.

Fue entonces en el año 2012 que se logró hablar de unificación del POS, cuando era una promesa por cumplir en el año 2001, la Ley 1438 de 2011 en el artículo 25 habló de

actualización del plan de beneficios cada 2 años.

En el año 2013 es definido y actualizado el POS a través de la resolución 5521 que hizo énfasis en las exclusiones generales y específicas, anotando 6 exclusiones de tipo general como: tecnologías en salud consideradas como cosméticas, estéticas, suntuarias o de embellecimiento, así como la atención de sus complicaciones salvo la atención inicial de urgencias; tecnologías en salud de carácter experimental, tecnologías con fines educativos, tecnologías en salud con alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden el retiro del mercado, tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad y 44 exclusiones específicas las cuales no son financiadas con la UPC. La resolución 5926 de 2014 modificó el anexo 1 referente a medicamentos del Pos. La Unificación del Plan de Beneficios de Salud, ha logrado un punto muy alto de equidad para todos los pacientes en Colombia, porque todos tienen acceso a lo mismo sin importar la condición económica o social. Los Colombianos afiliados al Régimen Subsidiado pueden acceder a los mismos servicios de salud que tienen los afiliados al régimen contributivo. Ósea que todos los colombianos de cualquier edad, tienen el mismo Plan Obligatorio de Salud. - Resolución 5521 de 2013 y Resolución 5926 de 2014.

Hoy en día el POS garantiza un conjunto de: 5.874 actividades, procedimientos e intervenciones en salud y servicios hospitalarios, 730 medicamentos para la atención de toda y cualquier condición de salud, enfermedad o patología para usuarios de todas las edades. Incluye un conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva hasta diversos tratamientos avanzados de todas y cualquiera de las enfermedades o condiciones que hacen necesaria la atención en salud.

Pero algo muy importante y trascendental que debemos recordar, es que el derecho a la

salud como derecho fundamental, no puede ser ilimitada por tener un carácter y contenido prestacional, además el derecho a la salud no es ilimitado, las restricciones al derecho deben ser objetivas y graduales. O sea, que si bien el plan de beneficios no tiene que contener una lista de servicios infinita, la demarcación de los servicios de salud incluidos debe respetar los principios en un contexto de asignación de recursos a las prioridades de la salud.

El sistema de salud colombiano se basa en la dirección, regulación y vigilancia por parte del Estado y en la participación del sector privado en el aseguramiento, así como en la provisión de bienes (medicamentos, dispositivos, equipos) y de servicios de atención. La ley 1438 en el artículo 3.11, determino y definió el sistema de salud de manera reducida y con un criterio solo curativo, relacionado solamente con el plan de beneficios. Igualmente dicha Ley en su artículo 140 definió las enfermedades huérfanas y su tratamiento, dejando plasmado la evolución del sistema. Las enfermedades huérfanas son reconocidas como enfermedades de especial interes desde la ley 1392 de 2010 y entendidas como atencion no pos, asi lo ratificó el artículo 11 de la 1751 del 2015, cuando se refirió a los sujetos de especial protección.

Finalmente, el POS ha garantizado mas calidad en el sistema, porque se tiene acceso a tratamientos, procedimientos y medicamentos de calidad y tecnología, en este orden la ley 1753 de 2015 referente al POS define que la nueva entidad administradora de recursos de salud EARS administrará los recursos y pagará las prestaciones no incluidas en el plan de beneficios (lo que actualmente es financiado con recursos del Fosyga), La unificación del POS garantiza equidad, todos pueden gozar de los mismos beneficios, sin importar la capacidad de pago. La unificación del POS unida a la portabilidad, permite que en el futuro la atención del régimen subsidiado no se limite al Municipio donde se afilió la persona, sino que pueda darse en otro lugar de País.

2.6 Unidad De Pago Por Capitalización

A partir de la Ley 1122 la CRES determina anualmente el valor de la unidad de pago por capitalización (UPC). Cada EPS recibe mensualmente del Fosyga el valor de la UPC por cada uno de los beneficiarios inscritos. Con estos recursos las EPS están en la obligación de prestar a sus beneficiarios los servicios establecidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). La realidad de muchas personas es la no prestación de los servicios de salud por parte de los PSS pese a las inconsistencias en el acceso a la atención y en la operatividad de las EPS para con sus beneficiarios, los esfuerzos reflejados en la normatividad aún no son efectivos y se continua con la violación al derecho a la salud en la población beneficiaria.

Otra gran y nueva discusión que surge en relación al POS , es que tan progresivo y equitativo es la diferencia en valor o pesos de la unidad de pago por capitalización del régimen subsidiado y del régimen contributivo, ya que el valor de cada una es diferente y sus brechas son demasiado amplias, esto ha generado y seguirá generando una discordia. Analicemos para el año 2012, la CRES fijó un aumento del 9,4 por ciento para el Régimen Contributivo y del 11 por ciento para el Subsidiado. Es decir, cada afiliado del Contributivo le costaría al sistema de salud 1.521 pesos diarios y cada afiliado al subsidiado, 978 pesos. Si la UPC del Régimen Subsidiado "es claramente insuficiente ya que es inferior a la del Contributivo, lo cual no tiene justificación si todos los pacientes van a beneficiarse con el mismo POS". Otro ejemplo claro de inequidad es del valor de la UPC para el año 2015, entre la UPC del contributivo y subsidiado, el valor determinado para el año 2015, la UPC promedio del régimen contributivo pasó de \$593.978,40 en 2014 a \$629.974,80 en 2015. Entre tanto, en el régimen subsidiado la UPC promedio pasó de \$531.388,80 en 2014 a \$563.590,80 en 2015.

Si bien es cierto el régimen contributivo tiene dos UPC correspondientes a MAPIPOS y Manual de medicamentos y terapéutica MMT y la UPC de promoción y prevención PYP como lo estipula el artículo 10 de la Resolución 5925 de 2014 corresponde a la suma de \$21.570,80 lo cual incrementa la diferencia, ya que en el régimen subsidiado la misma UPC cubre MAPIPOS, MMT y PYP, reflejando que en el régimen subsidiado no hay UPC de PYP. Por lo tanto, si bien es cierto se ha incrementado en la cobertura del POS, no se ha igualado el valor de la UPC del régimen subsidiado en relación al contributivo y en un futuro esta brecha de valor de la UPC, puede afectar y generar más bien una regresividad en el sistema de salud y especialmente en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado. Resolución 5925 de 2014.

El sistema de salud opera con el principio de “competencia regulada” entre agentes, públicos y privados. Las variables relevantes del esquema vigente de aseguramiento (la unidad por capitación (UPC), la prima que se cobra a los afiliados, el contenido de la póliza y el Plan Obligatorio de Salud (POS) están reguladas y definidas por el Estado y las EPS, aunque comparten algunas de sus características con las compañías de seguros, son intermediarias a las cuales el Estado ha delegado las funciones de afiliar a la población y prestarle los servicios de salud a través de contratos con entidades especializadas de servicios de salud (prestadores de servicios (PSS), públicas y privadas.

Los recursos deben ser suficiente para cubrir el valor del pos (incluyendo los costos administrativos y la utilidad de la EPS). Quienes determinan los contenidos del POS deben partir de los recursos disponibles, de la priorización que se haga sobre los servicios que van a ser proporcionados, del estudio actuarial sobre siniestralidad esperada y de los costos, también en condiciones de eficiencia, de la prestación de los bienes y servicios que demande dicha siniestralidad. El trabajo de quien determina el valor de la UPC y el contenido del POS es por lo

tanto de una alta complejidad técnica, y de niveles exigentes de información sobre las incidencias de las enfermedades y sobre los costos de su tratamiento.

2.7 Eventos No Pos Y Recobros Del Régimen Subsidiado

Con la Ley 715 se establecieron las competencias para las entidades territoriales y en el caso del régimen subsidiado dichas entidades debían asumir la atención requerida por los usuarios con la red de servicios disponible correspondiente a los servicios y procedimientos no incluidos dentro del POS. No se puede hablar entonces de evolución, a pesar de los mecanismos adoptados por parte de las entidades Departamentales, Distritales y Municipales certificadas en salud (resolución 5334 de 2008), las EPS-S además no fueron operativas en el cobro de tecnologías no incluidas en el POS (resolución 5073 de 2013) a pesar de que en la resolución 5395 de 2013 artículo 11 se hablará sobre la “garantía del suministro” (tecnología no pos) la cual debía ser autorizado por el Comité Técnico Científico CTC para solicitar el cobro al ente territorial competente, pero si una vez verificado la tecnología solicitada estaba incluida en el POS esta no podría ser cobrada al ente territorial.

En el régimen subsidiado se evidenciaron situaciones como: el incremento en la demanda de servicios no POS, y la baja capacidad de gestión administrativa en algunas entidades territoriales, llevando al déficit financiero por los servicios NO POS autorizados por parte de las EPS.S. Se espera que con la operatividad de la Resolución 1479 las entidades territoriales sean eficientes en el cobro de los recursos y en los tiempos estipulados para el mismo.

Con la expedición de la resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección social se establecen procedimientos para el cobro y pago de servicios tecnologías sin cobertura en el plan obligatorio de salud suministrados a los afiliados del régimen subsidiado; Actualmente no existen recobros lo cual fue causa de los diferentes desarreglos microeconómicos en la

relación entre los diferentes agentes del sistema de seguridad social en salud que se dieron durante varios años y desembocaron en severos problemas en los flujos financieros, altos costos de transacción y ruptura de la mancomunación de riesgos a través de los recobros al sistema de los servicios no incluidos en el plan de beneficios (No POS).

Son los entes territoriales hoy los encargados de garantizar el acceso oportuno a los servicios y tecnologías no incluidos en el POS-S, concluyendo que se retrocede y al contrario de aligerar la atención, se generan obstáculos, falta de compromisos institucionales, desamparo de los afiliados y se configura nuevamente un paseo de la muerte dado que ni las EPS-S, ni las Entidades Territoriales asumen la competencia dado que no tienen garantizada la Red de servicios por falta de recursos.

Más allá de los problemas administrativos, la proliferación de tutelas y de solicitudes de cobros sobre servicios no incluidos en el POS ha producido un problema importante en el flujo de recursos, los costos financieros derivados de esta responsabilidad no se contabilizan para la definición de la UPC, ni el riesgo regulatorio derivado de las probabilidades de rechazo de las cuentas de cobro.

La presión sobre la financiación de estos servicios ha recaído sobre las entidades territoriales, responsables dentro del marco legal colombiano por la atención de este régimen (leyes 100 de 1993, 715 del 2002 y 1393 del 2010). Las tutelas (figura que tiende a desaparecer por servicios no POS) de los afiliados se dirigen normalmente contra las EPS-S, las cuales deben ser atendidas con sus propios recursos, para después pasar su cuenta de cobro a las entidades territoriales, los jueces han ampliado a través del régimen de tutelas, el cubrimiento del sistema de aseguramiento en salud, y se ha permitido el reconocimiento de tratamientos y medicamentos no contemplados inicialmente en el POS, lo cual ha generado un problema de flujo de recursos,

Las soluciones financieras que se han dado son necesariamente transitorias. Por otra parte, se ha acumulado un valor importante de cuentas por pagar, por parte de las entidades territoriales hacia las EPS-S. La Constitución colombiana y las leyes han establecido la garantía de acceso a los servicios de cuidado de la salud, y los principios de la intervención del Estado en el cuidado de la salud y en la seguridad social en salud, que han sido objeto de un extenso desarrollo legislativo y reglamentario.

Aparece entonces el Juez de la salud. Se crea para descongestionar los despachos judiciales y su fallo es “erga omnes”, el Juez de la salud es el competente para cuando se niegue un servicio que esta incluido en el POS, cuando se niegue un servicio no POS, cuando se requiera solicitar reembolsos, cuando se viole el derecho a la libre elección tanto del asegurador como de el prestador de servicios de salud, cuando haya conflicto en la devolución o en la glosa de las facturas de servicios y cuando exista conflicto en el pago de prestaciones económicas, por lo tanto, la Superintendencia Nacional de salud dando cumplimiento al artículo 116 de la Constitución Política Colombiana puso en funcionamiento 6 regionales en el País creando la Superintendencia Delegada para las funciones Jurisdiccionales, cumpliendo además con el artículo 41 de la Ley 1122 de 1997 y los artículos 126 y 127 de la Ley 1438 de 2011, “al actuar el juez de la salud el fallo debe darse dentro de los 10 días hábiles siguientes a la solicitud, existe la segunda instancia (artículo 30 del Decreto 2462 de 2013) y se puede apelar dentro de los 3 días hábiles siguientes a la notificación del fallo, la impugnación subirá al tribunal superior laboral del domicilio apelante, quien contará con 20 días hábiles para emitir su fallo”. Artículo 41 de la ley 1122 de 2007, artículos 125 y 126 de la Ley 1438 de 2011, artículos 30 y 31 Decreto 2462 de 2013 y sentencias C-117 y C-119 de 2008.

2.8 Flujo De Recursos

La Ley 1438 del 2011 estableció un monto máximo de gastos de administración (10% de la unidad de pago por capitación), (para el contributivo, y para el subsidiado según la Resolución 5925 de 2014 el 8%), que supone debe definir el Gobierno con base en criterios de eficiencia, estudios actuariales y financieros (art. 23). Un aspecto que tendrá que tener en cuenta el Gobierno en el momento de redactar este artículo es la definición precisa de lo que constituye “gasto administrativo”. Existen gastos, como la depreciación de activos fijos relacionados directamente con la atención en salud, sobre los cuales no hay claridad en cuanto a su posible reconocimiento como costos médicos. De no ser aceptados como tales, se constituiría una intervención innecesaria de la regulación sobre la combinación trabajo/capital de las EPS o sobre el grado de integración vertical de sus diferentes actividades, alejándolas de lo que pueda ser la solución más eficiente y desincentivando por esta vía la innovación y la adopción de estrategias de reducción de costos.

En el año 2011 con el Decreto 971 (marzo 31) definió el instrumento para girar recursos del Régimen subsidiado y se establecieron medidas para agilizar el flujo de recursos entre EPS-IPS publicas, privadas o mixtas, en el mismo año la Ley 1438 en su artículo 29 dispuso al Ministerio de la Protección Social girar directamente, a nombre de las Entidades Territoriales, la Unidad de Pago por Capitación a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, pudiéndose hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras de Salud con fundamento en el instrumento jurídico definido por el Gobierno Nacional, con el fin de colaborar con los Municipios, Distritos y Departamentos, de acuerdo con la identificación y registro de los beneficiarios del Régimen Subsidiado.

El Ministerio de la Protección Social realizó el giro directo con base en la información disponible y reglamentó a través de la resolución 2320 (junio 17 de 2011) el mecanismo de reporte de la información por parte de las EPS-S relacionada con los montos a girar a las IPS definiendo los requisitos para el registro de las cuentas de las IPS. El reporte de información por parte de las EPS-S fue definido en la Resolución 4182 (septiembre 20 de 2011) modificando así la Resolución 2320; Con el Decreto 251 de 2015 fue modificado el artículo 17 del Decreto 971 fijando los reintegros de las Unidades de pago por capitación al régimen subsidiado, cuando se realice un giro no debido.

El sistema colombiano funciona entonces como un esquema de seguros. El Fosyga, que centraliza todas las contribuciones (si bien el recaudo inicial lo hacen las EPS) paga a las EPS una “prima” (UPC) por beneficiario. Esta prima se ajusta por factores como la edad y la pertenencia a “zonas geográficas especiales”. Las EPS deben pagar los siniestros, entendidos como los eventos contemplados en el pos (que desempeña el papel de póliza de seguro) que afecten la salud del beneficiario. El POS contempla además actividades de promoción y prevención. La entidad aseguradora está obligada a prestar el servicio de salud a los beneficiarios por medio de sus propios PSS ó contratados. (art. 156 de la Ley 100).

Si bien se evidencia evolución del plan obligatorio en la legislación en salud en Colombia esta no fue temprana, sino tardía y las consecuencias de la unificación tardía, da como resultado, muchos males que aquejan después de 21 años y han colocado en crisis que se refleja en la decadencia de algunos indicadores de salud pública y financiera asociada al incremento en los gastos relacionados con la patologías de alto costo y enfermedades crónicas degenerativas. Una prueba de esta afirmación, fue entregada en su momento al gobierno nacional, cuando mediante comunicado enviado al Congreso de la República se presentaron los argumentos que justificaban

la declaratoria del Estado de Emergencia Social en salud a nivel nacional, en su momento ordenado a través de Decretos los cuales fueron declarados INEXEQUIBLES. En dicho informe se presentó una secuencia histórica del aumento de los casos y valores de recobros al FOSYGA por concepto de prestación de servicios No POS. En él se observó que para el año 2000 el valor recobrado fue de \$4,243 millones, monto que se incrementó exponencialmente, alcanzando en el año 2009 la cifra de \$2.050 billones, lo que representó un crecimiento del 48312% en nueve años.

Estos problemas han determinado una situación de crisis sistémica donde los diferentes intentos de resolución por intermedio de diferentes reformas legislativas en salud, han encontrado que la capacidad de agenciamiento de intereses de los agentes se ha sobrepuesto a la capacidad regulatoria del Ministerio de Salud y Protección Social. Los esfuerzos legislativos a través de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 han ofrecido soluciones parciales que no han resuelto de manera estructural el problema de fragmentación dejando al propio Ministerio de Salud y Protección Social con muy limitada capacidad de rectoría y débiles mecanismos regulatorios para efectuar una ordenación del sistema. Congreso de la República de Colombia (2011). Ley 1438 de 2011

2.9 Fuentes De Financiación Del Sistema

Inicialmente en la legislación Colombiana es el artículo 214 de la ley 100 que define los recursos de financiación especialmente del régimen subsidiado. “Recursos del régimen. El régimen subsidiado se financiará con los siguientes recursos: a) 15 puntos como mínimo de las transferencias de inversión social destinadas a salud de que trata el numeral 2 del artículo 22 de la Ley 60 de 1993. Los 10 puntos restantes deberán invertirse de conformidad con el numeral 2 del artículo 21 de la Ley 60 de 1993, exceptuando el pago de subsidios. Adicionalmente, durante el

período 1994-1997 10 puntos de la transferencia de libre asignación de que trata el parágrafo del artículo 22 de dicha ley deberán destinarse a dotación, mantenimiento y construcción de infraestructura de prestación de servicios; b) Los recursos propios y aquellos provenientes de Eco salud que los departamentos y municipios destinen al régimen de subsidios en salud; c) Los recursos del situado fiscal y de las rentas cedidas a los departamentos que se requieran para financiar al menos las intervenciones de segundo y tercer nivel del plan de salud de los afiliados al régimen subsidiado, conforme a la gradualidad de que tratan los artículos 161 y 240 del presente libro; d) Los recursos para subsidios del fondo de solidaridad y garantía que se describen en el artículo 221 de la presente ley, y e) El 15% de los recursos adicionales que a partir de 1997 reciban los municipios, distritos y departamentos como participaciones y transferencias por concepto del impuesto de renta sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana” Congreso de la República de Colombia (1993). Posteriormente el artículo 214 de la ley 100, fue modificado por la ley 1122 del 2007 y se empezó a evidenciar el cumplimiento, porque aumento las fuentes y recursos de salud en pro de la universalización, además se comenzó a ver y a garantizar la verdadera financiación del sistema de salud por parte del presupuesto nacional , porque realmente por muchos años atrás no se aportó lo ordenado por la ley 100 de 1993, que era un peso del presupuesto nacional por un peso que ingresará al sistema por las cotizaciones. “Artículo 11. El régimen subsidiado se financiará con los siguientes recursos: 1. De las entidades territoriales.

Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, SGP.S, que se destinarán previo concepto del Conpes, y en una forma progresiva al Régimen Subsidiado en Salud: En el año 2007 el 56%, en el año 2008 el 61% y a partir del año 2009 el 65%, porcentaje que no podrá ser superado. El porcentaje restante se destinará, de acuerdo a la reglamentación que expida el

Gobierno Nacional para financiar la atención de la población pobre no asegurada, las actividades no cubiertas por subsidio a la demanda y a las acciones en salud pública; Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial; Sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, a partir del año 2009, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinará por lo menos el 25% a la financiación del régimen subsidiado o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la presente ley estén asignando, si este es mayor. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial. Para los años 2007 y 2008 se mantendrá en pesos constantes el monto de los recursos de rentas cedidas asignados al régimen subsidiado en la vigencia 2006; d) Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado; e) Los recursos propios y los demás que asignen las entidades territoriales al régimen subsidiado, diferentes a los que deben destinar por ley, deberán estar garantizados de manera permanente.

Del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. a) Uno punto cinco de la cotización del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción; b) El Gobierno Nacional aportará un monto por lo menos igual en pesos constantes más un punto anual adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007 cuyo monto fue de doscientos ochenta y seis mil novecientos cincuenta y tres millones de pesos (\$286.953.000.000,00). En todo caso el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población de Sisbén I, II y III en los términos establecidos en la presente ley; c) El monto de las cajas de compensación familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100

de 1993.

En Otros recursos . a) Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones; b) Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el régimen subsidiado; c) El 15% de los recursos adicionales que a partir de 2007 reciban los municipios, distritos y departamentos como participación y transferencias por concepto de impuesto de rentas sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana” Congreso de la República de Colombia (2007).

la ley 1151 del 2007 en su artículo 17, aumento los recursos para el régimen subsidiado, pero a expensas de comenzar a disminuir los recursos de oferta, afectando y no garantizando realmente la progresividad del sistema ante una realidad que va ser permanente, así se quiera garantizar la universalidad en el sistema esta realidad está presente y es la presencia de los famosos vinculados. Después de esta reforma se dio otra en el año 2011 con la ley 1438, quien amplio los recursos para financiar el régimen subsidiado, pero le quito la posibilidad de recursos para fortalecer la red pública y no aumento lo recursos para salud pública (promoción y prevención), por lo tanto podemos concluir que si bien es cierto, los recursos para la universalización y ampliación de cobertura han sido progresivos, estos no lo han sido, para la prestación de servicios y salud pública.

“Artículo 44. Ley 1438 del 2011. Recursos para aseguramiento. 1. De las entidades territoriales los recursos del Sistema General de Participaciones para salud, se destinarán al Régimen Subsidiado partiendo como mínimo del sesenta y cinco por ciento (65%) de acuerdo con el plan de transformación concertado entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales hasta llegar al ochenta por ciento (80%) a más tardar en el año 2015. En todo caso el 10% del Sistema General de Participaciones para Salud se destinará a financiar las acciones en salud

pública. El porcentaje restante se destinará a financiar prioritariamente la prestación de servicios en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud en condiciones de eficiencia y/o subsidios a la demanda, de acuerdo con los planes financieros y de transformación de recursos que presenten las entidades territoriales, los cuales deberán ser avalados de manera conjunta por los Ministerios de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público.

2. Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se girarán directamente a la cuenta de la entidad territorial en el fondo de financiamiento del régimen subsidiado y se contabilizarán como esfuerzo propio territorial serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.

3. Sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinarán por lo menos el 50% a la financiación del Régimen Subsidiado o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la presente ley estén asignando, si este es mayor. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial y no podrán disminuirse serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.

4. Los recursos de regalías serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.

5. Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del Régimen Subsidiado.

2. Del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)

1. Uno punto cinco puntos (1.5) de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta un punto cinco (1.5) puntos de la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo.

El monto de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993. 3. Recursos del Presupuesto General de la Nación que a partir del monto asignado para el año 2010, que se requieran de manera progresiva para la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios, una vez aplicadas las demás fuentes que financian el Régimen Subsidiado. 4. Las cotizaciones que realizarán los patronos al Fondo de Solidaridad cuando el trabajador no quiera retirarse del Régimen Subsidiado, en los términos de la presente ley. 5. Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones. 3. Otros 1. Recursos definidos por recaudo de IVA definidos en la Ley 1393 de 2010. 2. Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el Régimen Subsidiado. 3. Recursos de la contribución parafiscal de las Cajas de Compensación Familiar.” Congreso de la República de Colombia (2011).

Lo anterior para resaltar que la progresividad de los recursos en salud si se ha dado, así se evidencia con la normatividad vigente y con el aumento del presupuesto nacional para la cobertura, pero en el transcurrir de las reformas y de la operatividad del sistema de seguridad social en salud, se puede evidenciar en la historia del mismo, un grupo de problemas, que es preciso señalar y comentar, “en el año 2012 el sistema de seguridad social en salud recaudó \$26 billones a través de 16 fuentes distintas.

En la financiación del sistema confluyen recursos fiscales y parafiscales con distintos procesos de recaudo, asignación y flujo, lo que dificulta el control y el flujo de recursos. La dispersión y multiplicidad de actores en la administración de los recursos genera rigideces en torno a sus fuentes y usos y ha dado pie a la expedición de múltiples leyes y decretos para modificar la destinación de algunas de las fuentes financieras con el fin de cubrir necesidades en otros frentes o mejorar el flujo de recursos del sistema” ley 1438 (2011), lo que permite decir,

que existe progresividad en recursos, pero no unificación, ni consonancia, ni homogeneidad en la operatividad de los recursos y esto se presta para garantizar la progresividad, aunque aun queda la tarea de combatir la corrupción presente en el sistema.

2.10 Otras Formas De Financiación Del Sistema De Salud

Una pregunta que debemos hacernos sobre el sistema es si la sentencia 760 del 2008, dijo quien no tenga capacidad de pagar un copago, no es razón para negar el servicio. La sentencia 760 del 2008 “en el numeral 1.1.2. Pregunta ¿Desconoce el derecho a la salud de una persona una entidad que no le autoriza el acceso a un servicio de salud que aquella requiere, hasta tanto no cancele el pago moderador que corresponda reglamentariamente, incluso si la persona carece de la capacidad económica para hacerlo? “Sentencia corte constitucional Colombia (2008).

La jurisprudencia constitucional, la Sala ha sido reiterativa en decir que una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud a una persona irrespeto su derecho a acceder a éstos, si le exige como condición previa que cancele un pago el interesado que no tiene la capacidad económica de asumirlo, y lo ratifica la sentencia 760 del 2008. “Los pagos, además de ser razonables, no pueden constituir barreras de acceso a los servicios de salud para quienes no tienen la capacidad económica de sufragarlos.” Sentencia corte constitucional Colombia (2008).

En nuestra realidad los beneficiarios del régimen subsidiado en salud deben cancelar copagos y en la atención de lo no pos el beneficiario debe cancelar cuota de recuperación al sistema de salud, así nuevamente lo considera la sentencia C-313 de noviembre del 2014 y la ley 1751 del 2015, en su artículo 10 numeral derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la

prestación del servicio de salud i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago” Congreso de la República de Colombia (2015).

Las personas exentas de copagos actualmente son: niños menores de un año, madres gestantes, personas incluidas en listados censales, y afiliados al régimen subsidiado que se encuentren en nivel 1 del Sisben, personas con discapacidad mental, población menor de 18 años, personas mayores de edad (en relación con a practica de vasectomía o ligadura de trompas- ley 1412 de 2010, artículos 2 y 3), niños niñas y adolescentes Sisben 1 y 2 con discapacidades físicas, sensoriales, cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas (ley 1438 de 2011, articulo 18), niños niñas y adolescentes victimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato (Ley 1438 articulo 19), mujeres victimas de violencia física o sexual (ley 1438 de 2011 articulo 54), victimas de conflicto armado interno en los términos del articulo 3 de la Ley 1448 de 2011 y las pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas raizales y palenqueras, victimas de lesiones personales causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano. Circular Externa 16 de 2014 del MSYPS .

Los copagos se deben cancelar de acuerdo a lo establecido en el articulo 9 del acuerdo 260 del CNSSS 2004 “monto de copagos por afiliado beneficiario”, en igual sentido es importante resaltar que los copagos deben cancelarse después de prestado el servicio y no antes como se acostumbra actualmente cobrar por parte de las entidades responsables de la prestación de los servicios. En caso de establecerse por tutela el no cobro de copagos, debe quedar estipulado en la misma el responsable del pago porque es un recurso que se reconoce a la EPS y el no cobro desfinancia el sistema.

Ante la estructura actual de financiamiento del Sistema que es compleja. Uno de los objetivos del gobierno nacional y que avala la corte constitucional con la sentencia C-313 del 2014 y la ley 1751 del 2015, es la creación de una nueva entidad, que respetando la titularidad territorial de recursos, como el Sistema General de Participaciones, las rentas cedidas o los recursos del monopolio de juegos de suerte y azar. Esta nueva entidad busca que las fuentes que financian el SGSSS se recauden y controlen de manera centralizada y se giren o transfieran a sus beneficiarios o destinatarios finales desde un mismo fondo, logrando así un mayor control, una mejor información sobre el flujo de recursos y una progresividad en la inspección, vigilancia, control sobre la operatividad y transparencia de los recursos de salud.

La Ley 1751 en su artículo 66 con el fin de “garantizar el adecuado flujo y control de los recursos del SGSSS, creará una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado que se llamará Entidad Administradora de recursos del sistema posible EARS Salud-Mía como posible administrador único de los recursos del SGSSS”. Esta entidad financiera de naturaleza especial será la encargada recaudar, administrar y girar los recursos destinados al pago de los servicios de salud, responde principalmente a la necesidad de solucionar cuatro grupos de problemas, que no han evidenciado realmente la progresividad y transparencia de tantos recursos en salud. El primer grupo tiene que ver con la dispersión de fuentes de financiación del sistema; el segundo, con las dificultades operativas de la administración del FOSYGA; el tercero, con los costos asociados a la administración del FOSYGA y los procesos delegados en las EPS; y el cuarto, en el recaudo y en los pagos a prestadores. Estos problemas han afectado el acceso de los usuarios a los servicios de salud y por lo tanto la progresividad del mismo y en general el desempeño del sistema de salud.

La finalidad de la EARS Salud-mia será “administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP)”. (Documento dr. William Vega 2015- Ley 1753 de 2015 artículo 66).

Es importante recalcar además que dicha entidad para su funcionamiento será responsable de Administrar los recursos del Sistema y:

- 1.** Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET) creado por el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 y modificado por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013.
- 2** Efectuar el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud.
- 3.** Realizar los pagos, efectuar giros directos, a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos.
- 4.** Adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos.
- 5.** Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos y
- 6.** Administrar la información propia de sus operaciones. (ley 1753 de 2015 artículo 66)

La ley 1751 del 2015 determino claramente “El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas,

geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud”, por lo tanto definió y determino que la garantía plena del derecho implica una cierta gradualidad y por el otro lado , que existe una obligación estatal de mejorar las condiciones de goce y ejercicio del derecho. Por lo tanto el estado por orden no puede adoptar medidas regresivas, sino que existe una obligación legal de progresar y avanzar en la satisfacción de dicho derecho.

Como se puede observar y analizar a lo largo de todo este documento, el sistema de seguridad social en salud , si ha avanzado, pero de manera lenta y tardía , después de 22 años, como lo ordenaba la ley 100 , solo realmente en el año 2011, pero este realmente y finalmente se viene a destacar y a reglamentar de manera importante y valiosa es a partir de la sentencia C-313 del 2014 y la ley 1751 del 2015. Se espera que con la nueva ley estatutaria se de le la importancia, relevancia y operatividad transcendental en el desarrollo del sistema de seguridad social en salud, para así poder garantizar el mejoramiento de la accesibilidad efectiva de los servicios de salud con calidad, lograr mejorar las condiciones y reducción de las brechas de resultados en salud, recuperar la confianza y legitimidad en el sistema.

3. Conclusiones

* Uno de los grandes avances del sistema de seguridad social en Colombia es el aumento de cobertura logrando coberturas universales, aunque el avance fue tardío y secundario a lo ordenado por la Sentencia 760 de 2008, no podemos desconocer que Colombia hoy goza de tener un sistema con gran cobertura en aseguramiento, con una normatividad amplia en relación a la focalización, afiliación, operatividad y financiación del aseguramiento; pero no ha garantizado la efectividad en indicadores de salud y accesibilidad efectiva de los usuarios.

* Desde el año 2012 se habla de unificación del plan obligatorio de salud, aun continua en discusión que tan integral y progresivo puede ser un sistema que busca unificar los planes de beneficios, pero no garantiza la unificación de la unidad de pago por capitación para los regímenes contributivo y subsidiado, violentando la integralidad y sostenibilidad del sistema; si bien es cierto Colombia ha aumentado su cobertura de afiliación al sistema de manera significativa pasando de un 58,3% de población asegurada en el año 2000 a un 95,45% en el 2014, representado en un total de 45.492.407 personas que hoy cuentan con aseguramiento en salud; pero, la salud no es un ilimitado, si bien el plan de beneficios no tiene que contener una lista de servicios infinita, la demarcación de los servicios de salud incluidos debe respetar los principios en un contexto de asignación de recursos a las prioridades de la salud. los esfuerzos reflejados en la normatividad aun no son efectivos y continua con la violación al derecho a la salud en la población beneficiaria.

* El nuevo plus de servicios de salud consistirá en recursos públicos asignados a disminuir las exclusiones del Plan obligatorio de salud, con el fin de dar garantías al sistema cumpliendo

con el principio de integralidad e interculturalidad, adoptando mecanismos para ampliar progresivamente los beneficios sin afectar a aquellas personas que padecen enfermedades raras o huérfanas, soportado por la Ley Estatutaria de Salud y reflejadas las acciones en la Ley 1753 de 2015.

* El juez de la salud se crea para descongestionar los despachos judiciales siendo el competente para cuando se niegue un servicio que está incluido en el POS, para cuando se requiera solicitar reembolsos, para cuando se viole el derecho a la libre elección tanto del asegurador como del prestador de servicios de salud, para cuando haya conflicto en la devolución o en la glosa de las facturas de servicios y para cuando exista conflicto en el pago de prestaciones económicas.

* El actual financiamiento del Sistema es complejo; Uno de los objetivos del gobierno nacional y que avalo la corte constitucional con la sentencia 313 del 2014 y la Ley 1751 del 2015, es la creación de una nueva entidad administradora de recursos de salud EARS que asuma las fuentes que financian el SGSSS, recauden y controlen de manera centralizada y se giren o transfieran a sus beneficiarios o destinatarios finales desde un mismo fondo, logrando así un mayor control, una mejor información sobre el flujo de recursos y una progresividad en la inspección, vigilancia, control sobre la operatividad y transparencia de los recurso de salud.

* Salud-Mía posible EARS será la entidad financiera de naturaleza especial, encargada de, recaudar, administrar y girar los recursos destinados al pago de los servicios de salud, abrirá brechas en cuanto a la progresividad y transparencia los recursos en salud, siendo la responsable de las fuentes de financiación del sistema; la administración del FOSYGA, los procesos delegados en las EPS; y pagos a prestadores. Problemas que actualmente afectan el acceso de los usuarios a los servicios y en general el desempeño del sistema de salud.

* El estado Colombiano le apunta a mejorar la accesibilidad del sistema, reducir el cuidado inapropiado y la fragmentación del cuidado asistencial, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, reducir los costos de producción y responder de manera acertada a las necesidades de salud de la comunidad.

* La Ley estatutaria de salud como propósito fija definir el derecho fundamental de la salud, sostener el financiamiento del plan único de salud, mejorar la calidad en el acceso, continuidad y progresividad y eliminar progresivamente las exclusiones conocidas hoy como no pos.

* Los cambios del sistema que se proyectan tendrán la responsabilidad de administrar adecuadamente y de manera integral los recursos que financian el sistema de salud. También se garantizará y permitirá una mayor agilidad en el manejo financiero de los recursos, en el reconocimiento de derechos y en la respuesta a acciones administrativas o judiciales, generando un cambio profundo en el mecanismo de pago del sistema de seguridad social en salud, buscando eliminar la intermediación financiera que no genera valor, mejorando así la oportunidad del pago a los prestadores de servicios de salud.

Referencias

1. Constitución política de Colombia. (1991). Gaceta Constitucional No. 116 de 20 de julio de 1991.

2) Ministerio de la Protección Social (2003). Concepto número 4161. Revista Salud Publica

3) Ministerio De Salud y Protección Social (2014). Resolución 2003 de 2014 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”

4) Ministerio de la protección Social (2011) Resolución 3778 de 2011 “Por la cual se establecen los puntos de corte del Sisben Metodología III y se dictan otras disposiciones”

5) Acuerdo 008 del consejo nacional de seguridad social en salud, de 1994,

6) Decreto 1683 de 2013 del Ministerio de salud y proteccion social

7) Ministerio de Trabajo (2013). Decreto 2616 de 2013

8) Ministerio de Salud y Protección Social 2013. Resolución 5094 de 2013

9) Resolución 5521 de 2013 y Resolución 5926 de 2014

10) Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia Vargas, Vázquez, & Mogollón, 2010.

11 - Sentencia corte constitucional Colombia (2008). No 760 de 2008

<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>

12) Ministerio de salud y Proteccion Social (2014). Resolución 5925 de 2014. “Por la cual se fija el valor de la unidad de pago por capitación (UPC) del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2015, se establecen las primas adicionales diferentes y se dictan otras disposiciones”

13) Circular externa 006 de 2011 de la Supersalud

14) Resoluciones 219 de 1998 del ministerio de salud

15) Acuerdo 415 del CNSSS artículo 6, del 2009

16) Congreso de la República de Colombia (2007). Ley 1122 de 2007. “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras

17) Ministerio de salud 1994. Resolución 5261 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.”

18) Congreso de la República de Colombia (2010). Ley 1393 “Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.”

19) Congreso de la República de Colombia (2015). Ley 1751 de 2015. “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

20) Congreso de la República de Colombia (2011). Ley 1438 de 2011. “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

21) Congreso de la República de Colombia (2007). Ley 1151 de 2007. “Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010”.

22) Congreso de la República de Colombia (2015). Ley 1751 de 2015. “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

23) Circular Externa 16 de 2014 del ministerio de salud y proteccion social.

24) cartilla Ministerio de salud y protección social 2014

25) Congreso de la Republica (2015).Ley 1753 de 2015 “Por la cual se expide el plan nacional de desarrollo 2014-2018 Todos por un nuevo país”

26) Ministerio de Salud y Protección social (2015).Resolución 1479

28) Congreso de la República de Colombia (2015). Ley 1751 de 2015. “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

29) Informe Superintendencia Nacional de salud (2014).