

**RESPUESTA A LOS INTERROGANTES PLANTEADOS POR LA CORTE CONSTITUCIONAL EN
EL AUTO 278, REFERIDO AL SEGUIMIENTO DE LAS ORDENES VIGESIMA PRIMERA Y
VIGESIMA SEGUNDA DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008**

**COMISIÓN DE SEGUIMIENTO A LA SENTENCIA T-760 DEL 2008 Y DE REFORMA
ESTRUCTURAL DEL SISTEMA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL – CSR-
FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD
SOCIAL -FEDESALUD-
FUNDACIÓN IFARMA**

BOGOTA ENERO DE 2014

Seguimiento de las órdenes 21 y 22

Comentario inicial

En la exposición de motivos del proyecto de ley presentado por el Gobierno al Congreso el año anterior (Ministerio de Salud 2013)¹, se reconoce que el Sistema actual tiene tres limitaciones profundas que tienen una incidencia negativa en el acceso a la salud.

“Las barreras que limitan el acceso se pueden clasificar en tres grupos: geográficas, de carácter financiero y administrativas.

Existen barreras de carácter financiero en diferentes niveles del sistema. Existe evidencia que el desarrollo del sistema condujo a la consolidación de condiciones ineficientes de competencia entre EPS e IPS. Esto condujo a la generación de monopolios bilaterales en los que tanto el asegurador como el prestador cuentan con poder de mercado [...]

Las deudas reportadas por los hospitales crecieron de manera preocupante. Este crecimiento afecta negativamente la calidad de la atención a los usuarios [...]. De acuerdo con la Resolución 2509 de 2012, más del 40% de las IPS públicas fueron categorizadas en riesgo fiscal y financiero medio o alto [...]

Otra manifestación de las barreras de carácter financiero ha sido la fragmentación en la prestación de los servicios. Las atenciones se realizan a través de un número elevado de IPS con el fin de lograr el menor precio en cada actividad. Como consecuencia, se pierde la continuidad de la atención y es el paciente quien debe asumir los costos de transporte al desplazarse de un lado a otro para recibir la atención”.

Este diagnóstico es adecuado pero incompleto. Los hechos señalados por el Ministerio muestran que en la operación del Sistema los incentivos privados no han sido compatibles con el interés general. La búsqueda de la rentabilidad individual se ha expresado en ineficiencias del conjunto del Sistema. Este proceso ha sido posible porque desde que se promulgó la ley 100 el Estado ha mostrado su incapacidad de regular. Si el monitoreo y la evaluación hubieran sido adecuados, se hubieran podido corregir problemas estructurales desde el comienzo.

El ideal de la ley 100 era la competencia entre los agentes del Sistema. El resultado, como lo anota el Ministerio de Salud, ha sido la consolidación de monopolios bilaterales.

¹ Ministerio de Salud y Protección Social: Proyecto de Ley “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” presentado al Congreso de la República, Marzo de 2013.

El proyecto de ley busca centralizar los recursos, lo que permitiría darle más relevancia a lo público. Sin embargo, mantiene la entrega de los recursos a intermediarios en competencia que obtienen ganancias de esta labor y aspira a un nuevo diseño de incentivos que permita orientar su comportamiento hacia los resultados en salud. Queda la duda profunda sobre la forma como se avanzará en el complejo diseño de los mecanismos de operación de los agentes del Sistema (gestores, prestadores, Salud-Mía, municipios, Ministerio de Salud, gobierno nacional, etc.), si se reconocen los muchos mecanismos por los cuales se ha producido la extracción indebida de los recursos públicos destinados a la salud de la población. Para evitar estas dificultades otros países han optado por darle al Sistema de Salud y Seguridad Social un carácter público. El proyecto de ley sigue siendo ambiguo, existen opciones presentadas al órgano legislativo que no se han debatido con suficiente profundidad y en las discusiones en el Congreso es posible que gracias al lobby de los agentes privados, la norma final termine pareciéndose más a lo que existe actualmente, que a los objetivos perseguidos por el ministro Alejandro Gaviria.

Sobre el sistema de información

8.1 ¿El sistema de Información con el que cuenta el sector salud, permite el control sobre los diferentes escenarios en que se desenvuelve el Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte del Ministerio del ramo, de tal manera que éste pueda elaborar la metodología apropiada para establecer la suficiencia de la UPC en los dos regímenes?

Desde que se comenzó a poner en práctica la ley 100 se ha insistido en la necesidad de contar con un sistema de información que permita, en tiempo real, conocer la situación de cada uno de los afiliados. Todavía no existe esta base única. Tampoco se cuenta con un sistema financiero que esté integrado.

Hasta ahora, el desorden administrativo ha favorecido a unos pocos y perjudica a la población porque los recursos para la salud no se gastan de manera eficiente. Aunque existen todos los medios técnicos para que la información del sistema de salud sea transparente, múltiples intereses confluyen para que ello no sea así

En el proyecto de ley (art. 7) (Ministerio de Salud 2013), cuando se refiere al objeto que tendrá Salud-Mía, se afirma:

“Artículo 7. Objeto. La unidad de gestión tiene por objeto afiliar a la población, recaudar las cotizaciones, administrar los recursos a su cargo, y realizar los pagos,

giros o transferencias, administrar la información relativa a recursos, afiliación y aquella pertinente para la administración del Sistema”.

Si este propósito se cumple, Salud-Mía tendría toda la información del Sistema, tanto por el lado de los usuarios como de las finanzas. Ni en la exposición de motivos, ni en el proyecto de ley se hace un diagnóstico que permita entender por qué razón todavía no se dispone de una base de datos unificada. En Colombia existe un solo documento de identidad y ello facilita el seguimiento a los usuarios. No obstante, la heterogeneidad regional en términos de acceso a internet, disponibilidad de computadores y capacitación, dificulta la integración. Mientras tanto, se puede ir consolidando base con la información de las personas que viven en las principales áreas metropolitanas, y que corresponden a la mayoría del país.

En el estudio de la UPC para 2011 realizado para la CRES, la Universidad Nacional (Universidad Nacional 2011)², dejó asentadas sus observaciones y recomendaciones sobre el sistema de información con el que cuenta el sector salud, basado en normas dictadas por el Ministerio de Salud y de obligatorio cumplimiento por las EPS.

Destacamos algunos apartes:

1. PRECIOS DEL ASEGURAMIENTO Y GESTIÓN DEL RIESGO

.....

Si se considera que las aseguradoras tienen como función gestionar el riesgo en salud los resultados deben apreciarse tanto en largo como en el corto plazo. Respecto del primero las acciones de las aseguradoras deben orientarse a disminuir la frecuencia y costo de las atenciones en salud a través de programas de prevención acordes a los perfiles epidemiológicos de su población afiliada. En el segundo caso los recursos percibidos por las aseguradoras se distribuyen de acuerdo a los costos diferenciales por poblaciones según edad, perfil epidemiológico u otras características; esto es posible porque los afiliados corresponden a diversos tipos de riesgo, algunos no demandarán servicios (cero riesgo), otros demandarán servicios de bajo costos y otros recibirán servicios costosos. De otra parte, en desarrollo de su labor las aseguradoras enfrentan funciones de costos de provisión de servicios diferentes y por ello la misión es lograr un pool de oferentes que ofrezcan la mejor relación calidad-precio, que logren un cubrimiento adecuado frente a los riesgos de salud de sus afiliados.

² Informe del Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación. Nota Técnica. Universidad Nacional de Colombia Concurso de Méritos con Precalificación No. 01 De 2010. Unidad Administrativa Especial Comisión de Regulación en Salud (CRES). Bogotá, Marzo 15 de 2011.

En esta dirección es preciso que los tres componentes en la distribución de las cotizaciones dispongan de información precisa y cierta, para que el regulador pueda hacer la estimación de la UPC que garantice que bajo una eficiente gestión del riesgo por parte de los aseguradores los recursos sean suficientes para realizar las atenciones en salud y administrar el sistema. En esta dirección es preciso generar el conjunto de condiciones en las cuales se realiza la definición de la UPC, porque si se tuviera conocimiento preciso acerca del perfil epidemiológico de la población y sus factores de riesgo (construyendo algunos escenarios) se podría establecer una valoración nacional del volumen de gasto per-cápita que demandarían las atenciones esperadas y sumando el reconocimiento por la administración se tendría un valor de la UPC. Pero en la actualidad es una circunstancia hipotética, a pesar de que fue un objetivo desde la creación de la Ley 100 de 1993, nuestro conocimiento en esa materia sigue siendo limitado.

La ausencia de esta información genera una fuerte incertidumbre sobre la eficiencia de las aseguradoras en la gestión del riesgo en salud, la cual se acrecienta porque no se tiene suficiente información sobre la capacidad de atender toda la demanda de servicios que presentan los afiliados y desconocemos las razones que explicarían el déficit de atención. En otros términos, se desconoce la magnitud de los efectos negativos que pueda estar causando la asimetría de información y, en general, las fallas del mercado sobre el acceso real a la prestación de servicios.

Como se ha señalado en párrafos anteriores la baja disponibilidad de información con la que cuentan las autoridades conduce a que las labores de rectoría –incluida la regulación- se hagan bajo condiciones de alta incertidumbre, situación que puede redundar en baja eficacia y eficiencia de la regulación. Por ello, el sistema no debe funcionar con base a la determinación de un único instrumento ni debe imputársele a este la solución de todas las fallas que presenta el sistema, de modo que la UPC no debe considerarse como la única medida de ajuste en el sistema pero tampoco puede establecerse desconociendo las imperfecciones que presenta el mercado, pues su no consideración puede conducir a profundizar las fallas y alejarnos de los objetivos de largo plazo.

LAS LIMITACIONES DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EL CÁLCULO DE LA UPC

Es indispensable precisar que la información recopilada de la base de servicios, de recobros, de tutelas y CTC, así como las declaraciones de gastos de los representantes legales de las EPS y los estados financieros de las EPS proceden de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado; es decir, las EPS se constituyen en la única fuente de información disponible en la práctica para realizar la regulación del sistema de aseguramiento en salud, lo que en términos analíticos no brinda la posibilidad de contrastación empírica. Esta característica crea un reto

futuro tanto para el análisis como para la tarea de rectoría del Sistema, en tanto debe generarse un proceso que permita contrastar la información de prestadores y aseguradores acercándose a un modelo dinámico que opere en tiempo real, en lugar de un conjunto de registros con amplio retraso y proveniente de una sola fuente.

La segunda limitación tiene que ver con cambios en las formas de presentar la información de un año a otro, v.g. lo que antes aparecía agrupado en capitación ahora figura con información discriminada o viceversa; tal circunstancia impide comparar las frecuencias y costos de los distintos servicios entre las distintas vigencias, aspecto fundamental para estimar las tendencias del gasto, la frecuencia y la prima pura. Resulta, por tanto, poco útil, como se verá más adelante, hacer proyecciones a partir de cifras que cubren un período muy corto y con datos que no son comparables debido a los cambios señalados. Por ejemplo, en términos estadísticos no es posible que las frecuencias y costos de las consultas especializadas o de los medicamentos tengan cambios dramáticos en cada vigencia, cuando se refieren a millones de servicios, pero desafortunadamente es lo que se observa en la información suministrada. Esto no se aprecia en los agregados estadísticos de aseguramiento en salud de otros países.

La tercera restricción se refiere a la ausencia de información suficiente sobre servicios por parte de algunas administradoras de planes de beneficios, como se señala más adelante en la sección de características de la información. Insuficiencia que se manifiesta en dos modalidades, de una parte, aquellas entidades que no entregaron información alguna de servicios, situación que el equipo de la Universidad Nacional no puede resolver; y de otra, las que entregan información no completa, es decir, que alguna parte de su información no está presente en las bases de datos de servicios y así lo certifican sus representantes legales en las declaraciones de gasto y cobertura, y las que entregan un porcentaje de servicios con un elevado grado de agrupamiento que imposibilita el análisis, es decir, se trata sólo de una declaración de gasto sin mayor soporte.

Por su parte, un estudio de FEDESARROLLO (FEDESARROLLO 2012)³, señala, en algunos apartes (pag. 97):

.....Complementario a lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social no ha dispuesto de un sistema de monitoreo y seguimiento integral del sector salud.

.....En conclusión, los sistemas de información existentes no permiten hacer un seguimiento y monitoreo sistemático en un sector que administra más de \$43 billones anuales en 2011. Con la información disponible las autoridades nacionales no pueden utilizarla, por ejemplo, para calificar y discriminar las EPS por la gestión que adelanten....

³ Nuñez y Zapata 2012. La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano. FEDESARROLLO, Bogotá, 2012.

Y en la página 152:

El problema de la información en el sector no es marginal. El sector gasta \$45 billones al año y sus numerosos sistemas de información aún no dan cuenta en forma sistemática del impacto del sector, de la eficiencia del gasto, de las razones de su dinámica ni de la situación financiera de sus principales actores, entre otros. En este orden de ideas, la información no permite tomar decisiones de corto plazo; por ejemplo, no hay indicadores claros sobre la calidad del servicio entre las entidades, aun cuando hay múltiple evidencia de grandes diferencias entre diferentes EPS e IPS.

8.2 En caso de que la respuesta anterior sea negativa ¿Cuáles son las características básicas que debe tener el sistema de información para que se cumpla el objetivo indicado y por qué el expuesto por los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público no las reúne?

El estudio de la Universidad Nacional (Universidad Nacional 2011) finalmente presenta su recomendación sobre el manejo de información en la metodología utilizada para el cálculo de la UPC:

RECOMENDACION

Como se ha reiterado en este documento es necesario contar con unas bases de datos de las cuales se conozca con absoluta precisión su contenido, por ello es importante generar unos mecanismos para lograr esa garantía.

En primer lugar se debe lograr que los generadores de la información cumplan los requerimientos que el organismo regulador requiere. No es posible flexibilizar la entrega de la información porque ello distorsiona o impide la realización de los cálculos. En esa dirección vale la pena explorar mecanismos de incentivos o de sanciones para que los aseguradores se preocupen por brindar información oportuna, homogénea y veraz.

De otra parte, hay que señalar que la información recopilada en la base de datos, en las declaraciones de gastos de los representantes legales de las EPS y los estados financieros, procede exclusivamente de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado. Es decir, las EPS se constituyen actualmente en la única fuente de información disponible en la práctica para el cálculo de la UPC y algunos aspectos de la regulación del sistema de aseguramiento en salud, lo que en términos analíticos no brinda la posibilidad de contrastación empírica. Esta característica crea un reto futuro tanto para el análisis como para la tarea de rectoría del

Sistema, en tanto debe generarse un proceso que permita contrastar la información de prestadores y aseguradores, acercándose a un modelo dinámico capaz de registrar cada servicio prestado y su pago en línea y tiempo real, en lugar de la integración de un conjunto de registros con amplio retraso y proveniente de una sola fuente.

Con base en lo expuesto, una propuesta de Sistema de Información para el Cálculo de la UPC en un cercano futuro debe permitir acercarse progresivamente a un flujo dinámico y permanente de información sobre pagos efectivos realizados por las EPS a los prestadores. Un horizonte del flujo de información es el registro en línea de los centros de pago de las EPS para que todos los pagos a los prestadores queden registrados en el momento mismo de realizarse. Este sistema debería tener igualmente comunicación en línea con la DIAN, al igual que el de ventas del comercio, para garantizar los pagos de impuestos de los prestadores. Esta posibilidad aseguraría por demás la veracidad de la información sobrepagos a las IPS y otros proveedores. Igualmente, debe generarse una tendencia a la disminución de la exclusiva dependencia de la información reportada por los aseguradores, por ello es preciso crear procesos que permitan entre tanto contrastar la información reportada por las EPS, por mecanismos de muestreo aleatorios de soportes documentales o por búsqueda orientada de los mismos sobre la identificación previa por expertos de posibles errores o irregularidades en los datos o gastos reportados.

La transición hacia el Sistema debe comenzar con la reducción de los tiempos de presentación de la información. Un periodo anualizado no es oportuno y posibilita mayor manipulación de la información. El periodo de presentación de la información debe ser trimestral en primera instancia y mensual posteriormente hasta que finalmente pueda operar en línea y en tiempo real.

La reducción a periodos trimestrales y posteriormente mensuales de los servicios prestados y causados contablemente trae de inmediato una serie de ventajas, que se enumeran a continuación:

1.- Reducción de las pérdidas de información y de la posibilidad de su manipulación.

2.- Posibilidad de evaluar los cambios drásticos en los volúmenes y costos de los servicios por razones epidemiológicas o de otra índole (cambios en variables económicas o innovaciones tecnológicas o terapéuticas) que puedan afectar la operación del Sistema, de modo que el regulador pueda observar oportunamente los fenómenos y responder con igual oportunidad.

3.- Conocimiento de los fenómenos estacionales de demanda de servicios, así como construcción de series de frecuencias y gastos por los distintos rubros que permitan proyectar en un plazo menor el comportamiento de las distintas variables. Una evolución trimestral desestacionalizada permitirá construir una serie que dé lugar a proyecciones válidas estadísticamente en menos de cinco años,

mientras que para obtener la misma serie con datos anualizados se requerirán 20 años. Por supuesto es posible con la inclusión de registros de fechas de autorización, prestación, facturación, glosas efectivas y pago de los servicios construir proyecciones estadísticas válidas en menor tiempo, pero no se resuelven los dos puntos anteriores.

4.- Dentro de la consideración anterior, la posibilidad de estimar el IBNR, pues teniendo un seguimiento de la fecha de prestación del servicio y la fecha de facturación, causación y pago será posible la estimación técnica para cualquier periodo.

5.- Alimentación de un software propuesto para el efecto con la periodicidad necesaria para re calcular permanentemente el valor de la prima pura y los otros componentes del gasto conforme a las fases que se describen en los siguientes capítulos.

En la actualidad es posible iniciar un proceso de disminución del tiempo de reporte, que no implica cambios en la estructura de la base, por cuanto los registros son diarios, de modo que la única restricción es la capacidad del receptor de la información de las EPS para acopiarla con una frecuencia menos distante en el tiempo. También podría incluirse un campo con la fecha de causación de los servicios sería una modificación sencilla que cualificaría la información y el análisis.

Reiteramos, para finalizar este punto, lo señalado por la Universidad Nacional, en el sentido de que el sistema de información existente en la actualidad, en estas condiciones de falta de oportunidad, facilita la manipulación y no permite un adecuado control de los distintos escenarios en que se desenvuelve el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Igualmente en el sentido de que deben cerrarse progresivamente los tiempos de información, hasta contar con un sistema de información en línea que no pueda ser acomodado. Además que permita verificar si los pagos registrados por los aseguradores han sido realmente recibidos por los prestadores, verificación mínima que actualmente no se realiza.

De esta forma, los responsables de la regulación en la Dirección del SGSSS podrán revisar mensualmente los indicadores de gestión y tomar las medidas correctivas necesarias, cuando haya lugar, para evaluar el comportamiento de los indicadores de los actores EPS/EPSS que presentan indicadores por fuera de rango de “normalidad” (muy bajos o extremadamente altos), entender el origen de estas variaciones, (si corresponden a coberturas específicas (medicamentos, hospitalización, etc., o corresponden a grupos de edad específicos o zonas geográficas, etc.), para poder intervenir sobre los factores que

inciden en el comportamiento no deseado o simplemente recaudar información para tomar decisiones posteriores sobre la UPC.

Debemos agregar adicionalmente que para garantizar transparencia en la información y así mismo en las decisiones del Ministerio de Salud, la información sobre afiliados y servicios en todo el país debe ser pública, accesible para todos los investigadores del sector salud, en la totalidad de sus microdatos, por supuesto “anonimizados” para conservar los derechos ciudadanos a la privacidad de la información sobre su estado de salud.

La información pública permitirá igualmente a los estudiosos el control de los fenómenos de morbilidad en el país, así como sobre la calidad de la respuesta de prestadores y aseguradores ante distintas situaciones de morbilidad.

Finalmente permitirá conocer con precisión el funcionamiento del mercado en términos de tarifas pagadas por actividad y hacer visibles las desviaciones graves en que incurran aseguradores y prestadores en los costos de los servicios. Los responsables de la regulación en la Dirección del SGSSS así podrán hacer seguimiento a la aplicación de las medidas correctivas recomendadas o exigidas a la EPS/EPSS u otro actor del Sistema que presenta resultados por fuera del “rango de normalidad”.

La información abierta a los estudiosos enriquecería el conocimiento sobre la realidad del comportamiento de aseguradores y prestadores, así como sobre la realidad en acceso diferencial a los servicios en cada municipio del país, acelerando de esta forma la solución a los graves problemas del Sistema.

Sobre la metodología

8.3 ¿La metodología empleada por los entes gubernamentales fue la apropiada para establecer la suficiencia de la UPC-C y se basó en estudios que acreditaron contar con la credibilidad y el rigorismo técnico necesarios para asegurar que los servicios de salud del POS podrían prestarse con calidad y oportunidad por las EPS, garantizando, además el equilibrio financiero para estas entidades?

El estudio antes citado de la Universidad Nacional (Universidad Nacional 2011), señaló que no es suficiente el análisis detallado del gasto por parte de EPS, regiones o tamaño de municipios, grupos poblacionales o tipo de servicios, realizado anualmente para el cálculo de la UPC, sino que es necesario que adicionalmente la metodología incluya **indicadores**

de gestión, de modo que el estudio anual no se convierta simplemente en un cálculo de suficiencia de la UPC, (es decir para determinar si a las EPS les alcanza o no el dinero recibido per cápita para garantizar su equilibrio financiero), sino que incluya, como señala la Corte Constitucional en su pregunta, **el rigorismo técnico necesario para asegurar que los servicios de salud del POS podrían prestarse con calidad y oportunidad por las EPS:**

Señala el citado estudio:

3. INDICADORES DE GESTION

A continuación se describe la estructura y las características que posee una herramienta eficiente (la cual en adelante denominaremos indicadores de gestión), que sirve para para conocer, analizar e interpretar las frecuencias en la prestación de los servicios y los gastos incurridos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, en función de la necesidad de modulación y regulación, consiguiendo adicionalmente la información que servirá de base para proyectar los parámetros básicos de las variables aleatorias que se utilizaran en el cálculo técnico de la UPC del periodo que se desea proyectar.

El propósito principal de los indicadores de gestión es el de proveer al ente regulador y también a los actores del sistema (las distintas EPS, EPSS e IPS) de una herramienta que permita conocer el desempeño, las tendencias, las desviaciones y la distribución de los beneficios, no solo a nivel global (todo el sistema en conjunto) sino también a nivel desagregado de cada uno de los actores que intervienen en el sistema, permitiendo establecer el impacto financiero que cada una de las coberturas (conjuntos agrupables y agrupados de prestaciones) tiene sobre la UPC.

Para desarrollar la estructura de los elementos acá expuestos (coberturas, grupos de edad, género, zona de residencia), se analizó la estructura utilizada en los estudios llevados a cabo por la Society of Actuaries, en su Comité de Morbilidad y Mortalidad, así como por el Centro de Control y Previsión de Enfermedades en sus Estadísticas Vitales y de Salud, la SOA, la cual podría catalogarse como la entidad rectora del desarrollo técnico de los estudios de seguros de salud en Estados Unidos, formó desde los años 50, un comité para llevar a cabo análisis estándares sobre la evolución y desempeño de los seguros de salud, así como también para efectuar estudios de morbilidad que sirvan al mercado para contar con elementos precisos de morbilidad que sirvan de base para el cálculo de sus productos.

Los indicadores de gestión acá propuestos, desarrollan aún más los elementos presentados en los mencionados estudios, proveyendo un seguimiento continuo (12 cálculos del promedio móvil de 12 meses) para cada una de las coberturas propuestas. En las explicaciones que se dan a continuación sobre los parámetros de los indicadores de gestión, se definen y contrastan cada uno de ellos con los estudios anteriormente enunciados.

A partir de la concepción del funcionamiento del sistema de aseguramiento en salud a través de la gestión del riesgo, el cálculo de la UPC no puede limitarse a la estricta contabilización de cada una de las erogaciones en que incurren las EPS para atender a sus afiliados. De ahí se deriva que el desafío del regulador no consiste en estimar cuanto gastaron las EPS sino que luego de revisado el comportamiento del gasto reportado –como se puede hacer a través de los indicadores de gestión-, debe definir una UPC que dada una estimación del riesgo sea adecuada para garantizar el funcionamiento del sistema.

En el mismo sentido que el estudio de la Universidad Nacional, podemos señalar que los estudios anuales de la UPC que lleva a cabo el Ministerio de Salud nuevamente siguen siendo estudios de suficiencia, para buscar un equilibrio entre los ingresos y los gastos de los aseguradores y que se ha perfeccionado este tipo de cálculo al igual que el cálculo del equilibrio financiero del Régimen Contributivo (proyección de ingresos y gastos de la Cuenta de Compensación) para definir la UPC, pero que dichos estudios del Ministerio **continúan sin incluir indicadores de gestión (con o sin rigorismo técnico) para asegurar que los servicios de salud del POS podrían prestarse con calidad y oportunidad por las EPS,** como señala la Corte Constitucional en su pregunta.

Adicionalmente, la no disponibilidad pública de la información detallada, impide a los centros de estudio construir y hacer seguimiento de la gestión del Sistema y a la calidad y oportunidad de los servicios recibidos por la población según régimen, EPS, territorio, edad u otras variables de análisis.

¿La UPC para financiar cuál POS?

Cabe señalar que ante la limitada UPC y la presión de los empresarios del sector por los negocios que permiten mayor margen, (gasto no POS y ampliaciones del POS) es decir medicamentos innovadores y alta tecnología, el gasto se ha desviado hacia medicamentos y tecnologías de alto costo y alta rentabilidad, la parte alta del POS, abandonando en consecuencia los servicios básicos. Sobre ello hay evidencia en los estudios del Observatorio de Salud de Bogotá y en los estudios de la Universidad de los Andes y de Dejusticia que además muestran la forma en que el gasto se ha concentrado en los estratos altos y en el contributivo, en clara contradicción con la forma en que se concentran las necesidades de salud en los más pobres.

El Ministerio de Salud en la exposición de motivos del proyecto de Ley ordinaria para reformar la Ley 100 (Ministerio de Salud 2013), señala:

En 2010 la mitad de los medicamentos de mayor participación en el valor total de los recobros, que en conjunto concentraron el 60% de los recobros totales, coincidía con los medicamentos de mayor venta en el mercado mundial, todos ellos, innovaciones de reciente introducción (IMS 2010)⁴ (Zapata 2012)⁵. Aumentos en la carga de enfermedad y en las tasas de nuevos diagnósticos de enfermedades como el cáncer o las enfermedades autoinmunes, no son proporcionales a la demanda reflejada. Tampoco puede establecerse con certeza que la velocidad observada en la expansión del valor de recobros corresponda únicamente al ritmo de la innovación, de manera que cabe preguntarse si el aumento en la demanda se origina en los malos incentivos, en inducción inadecuada de la demanda y en ineficiencias administrativas como la estructura y configuración del POS, ya descrita.

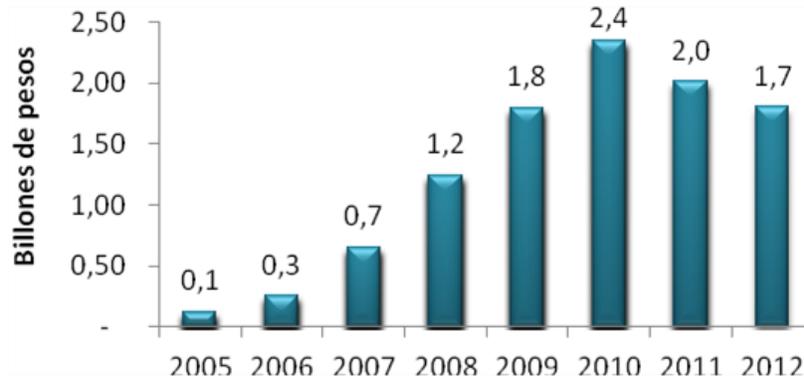
Las dinámicas de innovación terapéutica y diagnóstica son también factores que influyen sobre el gasto en salud, tanto de las prestaciones POS como de las prestaciones del No POS. Por ejemplo, en Colombia, un promedio de 20 de nuevos principios activos entran al mercado cada año, según cifras del INVIMA. Estos principios activos aparecen rápidamente en el top del perfil de los recobros sin mediar procesos de evaluación técnica sobre su beneficio, excepto los conceptos de los Comités Técnico Científicos. De hecho, 10 principios activos que entraron al mercado colombiano en los últimos cinco años representaron más de 30% del valor de los recobros totales en 2012 y solo 16 principios activos de origen biotecnológico representan el 80% de los recobros para el mismo año (FOSYGA 2012). (Gráfica 13)⁶

⁴ IMS HEALTH pharmaceutical intelligence (2010). Official website: <http://www.imshealth.com/portal/site/ims>

⁵ Zapata J., et al. FEDESARROLLO (2012). Hacia una política integral de medicamentos biotecnológicos en Colombia. Anexo 18.

⁶ Martinez, Felix (2013). La crisis de la seguridad social en Colombia ¿efectos inesperados del arreglo institucional? FEDESALUD. p, 46

Gráfica 13.- FOSYGA: Valor anual pagado por recobros de servicios No POS 2005-2012



Fuente: FOSYGA; cálculos Ministerio de Salud y Protección Social

Nota: La tendencia decreciente de la gráfica coincide con el establecimiento de topes a los valores de recobro.

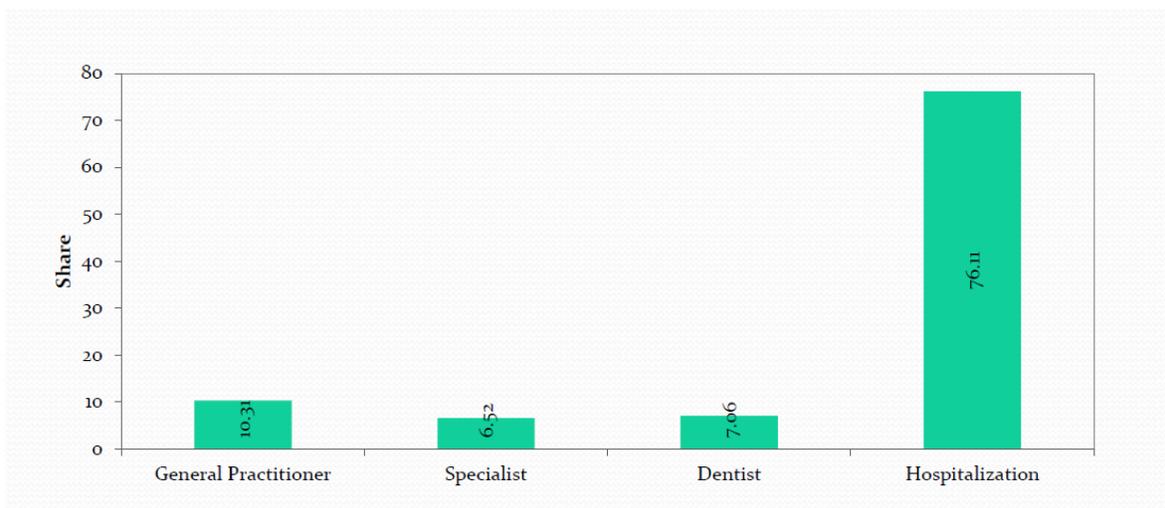
Por otra parte, en relación con la presión sobre el gasto por la incorporación de otras tecnologías médicas (equipos e insumos de alta tecnología), el Ministerio de Salud y Protección Social señala:

Los resultados indican que existen en el sistema altos excesos de demanda de servicios de alta tecnología. Esta situación se debe a la baja resolutivez en los niveles básicos de atención y a los poderosos incentivos para la inducción de demanda en los hospitales de alta complejidad. Esta situación ha llevado al sistema a tener el más alto índice de hospitalización de toda la región 8% según la Encuesta de calidad de Vida 2010 o 9% año, de acuerdo a la ENS 2007. A manera de comparación, el índice de hospitalización en un país de desarrollo similar como México es del 5% año. Esto afecta directamente al sistema a través de la descompensación de las EPS y se irradia a todo el sistema tanto través de la cartera hospitalaria como del recobro de medicamentos por fuera del Plan Obligatorio de Servicios (No POS).

Esta situación está relacionada con la desconfiguración del sistema hospitalario. Para posibilitar condiciones de competencia y merced a la debilidad del sistema de habilitación de IPS. Se generaron incentivos para la selección de unidades de servicio compensadas con base en la rentabilidad. Esto ha llevado al cierre de las unidades no compensadas o menos productivas tales como pediatría, urgencias y medicina interna. Igualmente origina el crecimiento de las unidades productivas de mayor agregado tecnológico tales como cuidado intensivo, imagenología o hemodinamia con efectos perversos sobre el costo de los servicios y dudosos resultados en la resolutivez final del sistema hospitalario.

En conjunto se presenta un incremento muy notorio del gasto en servicios hospitalarios en desmedro de la atención ambulatoria y de los servicios básicos, al tiempo que se concentra el gasto en instituciones de alta complejidad, el peor escenario para el gasto en un sistema de salud

Composición de la Inversión pública en salud 2010



Fuente: Ruiz F. Zapata T. Hacia la cobertura universal en salud en América Latina y el Caribe. Estudios de caso sobre medición de inequidades en salud. Caso Colombia. Banco Mundial

En el mismo sentido, señala el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud 2013) que “Existe evidencia que el desarrollo del sistema condujo a la consolidación de condiciones ineficientes de competencia entre EPS e IPS. Esto condujo a la generación de monopolios bilaterales en los que tanto el asegurador como el prestador cuentan con poder de mercado. Este poder se incrementa progresivamente en el prestador a medida que crece el nivel de complejidad de los servicios. Esta situación puede reflejar desequilibrios en el sistema y algunos estudios muestran que los hospitales y clínicas privadas pueden estar generando mayores utilidades que los propios aseguradores.”

En suma, el gasto en salud mediado por el mercado acabó privilegiando el consumo de medicamentos, insumos y equipos de alta tecnología, en hospitales de alta complejidad, negocios que, por permitir márgenes de utilidad mucho mayores, presionan por todos los medios su inclusión, consumo y pago por los fondos de la seguridad social.

A este respecto, conviene anotar la forma en que, en el proceso de actualización de los planes de beneficios, hemos tenido que ser testigos de un proceso gradual de deterioro de la institucionalidad que generó la Ley 100 para la actualización del POS. El POS se

construyó en una intersección entre la experiencia del Instituto de Seguros Sociales, y las aproximaciones de la salud pública hacia la selección técnica y política de los medicamentos y las tecnologías que debieran ser financiadas con recursos públicos. Esta, que era en su origen una decisión regulatoria y requería para su éxito de un estado fuerte, cedió espacio ante las fuerzas del mercado que tiende a concentrar el gasto en lo rentable y en donde hay capacidad de pago.

Abundando en documentación sobre esta afirmación, hemos de decir que, en los primeros años y quizás hasta el 2000, la selección de medicamentos y tecnologías era competencia del extinto Consejo de Seguridad Social en Salud (instancia política) que tenía apoyo en la Comisión Asesora técnica. Esta comisión experimentó un repetitivo proceso de reformas que no dudamos en atribuir a la capacidad de lobby de la industria farmacéutica y de los actores que crecieron especializándose en alta tecnología de alto costo y alta rentabilidad, particularmente las IPS especializadas.

Dentro de estas comisiones técnicas, algunos expertos experimentaron que, una vez establecida la comisión (nuevos miembros) y una vez definido su mecanismo de operación (quienes podían y en qué forma, solicitar inclusiones) se recibían solicitudes de incorporar al POS los productos más novedosos y de alto costo, que, con demasiada frecuencia, no representaban ventajas sobre lo que ya estaba en el POS. Una vez los integrantes de la comisión “aprendían” a evaluar los productos y a identificar fuentes de información independientes y críticas (lo que se traducía inevitablemente en el rechazo de la gran mayoría de solicitudes de inclusión) el Consejo y el alto nivel directivo del Ministerio eran objeto de una fuerte presión para que esa comisión (evidentemente ineficiente e ineficaz) fuera nuevamente reestructurada y sus miembros cambiados.

Este deterioro gradual de una institucionalidad precaria sufrió un duro golpe cuando se ordenó al Ministerio incorporar al POS un medicamento mediante una acción popular, (Ácido Zoledrónico en 2004) cuya gestión tuvo apoyo financiero de los laboratorios farmacéuticos interesados. No tanto porque un juez, al valorar los argumentos de los accionantes se hubiera equivocado, sino por la respuesta de los accionados, el Ministerio y el CNSSS que no defendieron apropiadamente su papel, pero que además, una vez fueron notificados de la decisión judicial, se abstuvieron de proteger los fundamentos del sistema en la selección de tecnologías y medicamentos.

El CNSSS fue desmontado para dar mayor poder a los Ministerios de Salud y Hacienda y fue reemplazado por la CRES. Reemplazo que privilegió en el papel las responsabilidades técnicas y le quitó a muchos actores del sistema su papel y su responsabilidad política. Y la CRES nació tan mal, que su extinción (cuestionable desde una perspectiva jurídica) no

ha sido cuestionada por nadie, en un hecho lamentable porque de nuevo es la institucionalidad la que sufre.

La CRES nació mal porque, aunque fue concebida como comisión técnica y se entregó al Ministerio el proceso de conformación y la elección (mediante concurso de méritos) de los comisionados, esta tarea fue delegada en actores privados que mediante procesos no homogéneos, permitieron que los grupos de interés permearan la elección y pudieran hacer prevalecer sus intereses en su seno. Los procesos de actualización del POS, que han obedecido a la errónea hipótesis de que el gasto excesivo en el No POS obedecía a la ausencia de actualización) han sido cuestionados permanentemente, tanto por aspectos técnicos como procedimentales. Baste mencionar aquellos casos en los que la inclusión de ciertos productos (misoprostol por ejemplo) fue sometida a “votación ciudadana”.

Hemos sido testigos impotentes de esta precarización de la institucionalidad. No por pasividad. Cuando la CRES promulgó el acuerdo 029, IFARMA y la Universidad Nacional cuestionaron un grupo de inclusiones que fueron hechas sin evaluaciones o sin seguir los resultados de ellas. Sucesivos derechos de petición y solicitudes de revocatoria parcial del acuerdo fueron burlados y se quedaron sin respuesta. En la mitología urbana ha sido especialmente llamativo el caso del esomeprazol, que fue incluido sin estudio alguno, en el último momento y que resultó muy benéfico para ciertos laboratorios farmacéuticos en el primer proceso de actualización del Gobierno Santos que fuera anunciado con bombos y platillos por el Ministro Santamaría. Las más de 10 solicitudes de explicación, documentación o sustentación técnica fueron burladas por diversos mecanismos, especialmente mediante el silencio y la confianza en el paso del tiempo.

La reciente actualización del POS, que a pesar de las sucesivas experiencias de cuestionamientos técnicos y a pesar de la creación de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud IETS, ha dejado muchas dudas, adolece de una debilidad. La actualización de los planes de beneficios y la selección de medicamentos y tecnologías es un ejercicio de buscar la mejor alternativa terapéutica para los problemas de salud de la población.

Se trata de un proceso si se quiere tecnocrático, que privilegia criterios de eficacia y seguridad. Pero en la actualización anunciada en diciembre del 2013 se han privilegiado de manera notoria, criterios de contención de costos y promoción de la competencia para incluir, por ejemplo, todos los productos con altos niveles de recobro para uso en la artritis reumatoide, sacrificando los criterios esenciales de la selección y la evaluación de tecnologías.

La metodología de la UPC Subsidiada

8.4 ¿La suficiencia de la UPC del Régimen Subsidiado fue establecida por los entes gubernamentales con la metodología apropiada, y esta se fundó en estudios que demostraran contar con la credibilidad y rigorismo técnico necesarios para asegurar que los servicios de salud del POS unificado podrían prestarse en condiciones de calidad y de oportunidad por parte de la Empresas Promotoras del Salud del régimen subsidiado (EPS-S), de manera que se evite el desequilibrio financiero de estas entidades?

FEDESALUD en respuesta a los interrogantes de la Corte Constitucional sobre el cumplimiento de las órdenes 21 y 22 de la Sentencia T-760 de 2008, había señalado en Julio de 2012:

El proceso de privatización de los servicios públicos en Colombia, posibilitado por la Constitución de 1991, se desarrolló sobre un esquema de regulación que implicaba por una parte garantía para las empresas privadas que invirtieran recursos en la prestación de los distintos servicios públicos y, por otra, garantías para que los ciudadanos no resultaran afectados por este proceso de privatización.

Las garantías a las empresas inversionistas se concretaron con la creación de las Comisiones de Regulación, conformadas por expertos técnicos, con la competencia fundamental de dictar tarifas técnicas que garantizaran el adecuado funcionamiento de los servicios públicos y aseguraran la operación de las nuevas empresas privadas en un marco de precios de mercado, es decir basado en costos reales y consideraciones adicionales sobre la necesaria rentabilidad de las inversiones. Estas tarifas derivadas de estudios técnicos se contraponían a tarifas políticas determinadas directamente por los organismos estatales, en función de disponibilidades presupuestales, que podrían poner en riesgo de quiebra a las empresas involucradas en la prestación de los servicios públicos.

Las garantías a los ciudadanos se concretaron a su vez con la creación de Superintendencias, con la función primordial de vigilar y controlar a las empresas operadoras de los servicios públicos, instituciones ante las cuales los ciudadanos podrían quejarse de los problemas de acceso y calidad de estos servicios o los abusos de cualquier tipo por parte de los operadores privados.

La Comisión de Regulación en Salud, creada por la Ley 1122 de 2007, responde a este mismo esquema, en cuanto al Régimen Contributivo, pero al mismo tiempo

deja abierta la posibilidad de dictar tarifas políticas para los operadores del Régimen Subsidiado.

Al final del Artículo 7 que fija las funciones de la CRES, la Ley 1122 establece en el Parágrafo 3: Las decisiones de la Comisión de Regulación en Salud referidas al régimen contributivo deberán consultar el equilibrio financiero del sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, y las referidas al régimen subsidiado, en cualquier caso serán compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. (el subrayado es nuestro)

Cabe de inmediato la pregunta de cuáles serían las consecuencias para el régimen subsidiado de una Comisión de Regulación con autoridad legal de dictar tarifas políticas y no técnicas que pueden afectar seriamente la estabilidad económica de los operadores del sector, EPS e IPS y por tanto de todos los proveedores del sector salud, así como de los mismos trabajadores del sector.

De tal modo que las razones reales del menor valor asignado per cápita en el Régimen Subsidiado, sigue siendo, como señala la Ley 1122 de 2007, la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo, escasez de recursos que siempre se esgrimió para argumentar la imposibilidad de igualar los per cápita de uno y otro régimen.

También es discutible la concepción de la regla fiscal, los modelos que se utilizan para estimar el PIB potencial y el déficit primario, y la jerarquía que se le atribuye al principio fiscal. Las prioridades fiscales del país, expresadas en la regla fiscal, son discutibles, comenzando por la necesidad misma de la regla fiscal. Mientras que la relación saldo de la deuda sobre PIB en el conjunto de los países de la OCDE es superior al 100%, en Colombia ha estado alrededor del 32%.

La falta de recursos siempre es relativa, desde tres puntos de vistas. Primero, Colombia tiene un amplio margen tributario. Segundo, es discutible la restricción de gasto que se plantea a partir de la regla fiscal, que es problemática es su concepción, en los modelos que se utiliza para estimar el PIB potencial y el déficit primario, y en la jerarquía que se le atribuye al principio fiscal. Tercero, el país nunca había tenido tantos excedentes. Las reservas superan los 40 mil millones de dólares. Estos recursos están guardados en banca internacional, especialmente en bonos del Tesoro de los Estados Unidos. Además, los recursos de las regalías están aumentando, y la ejecución es baja. El país está recibiendo por regalías unos 10 billones de pesos al año. Y, finalmente, los fondos de pensiones tienen un ahorro que ronda los 90 billones de pesos.

Por otra parte, en la respuesta sobre el cumplimiento de las órdenes 21 y 22 de la Sentencia T-760 de 2008, de Julio de 2012, FEDESALUD indicaba igualmente:

Cálculos no aceptables técnicamente:

En primer lugar debe establecerse que, a precios de mercado, iguales servicios de salud deben tener un costo similar entre el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado y que se espera que a un POS igual, debería corresponder una UPC igual en los dos regímenes.

Por ello se ha comparado históricamente, en el propósito de igualdad establecido desde la constitución y la Ley 100, la UPC de uno y otro régimen. Sin embargo la comparación se ha venido realizando entre los valores nominales dados a conocer primero por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y posteriormente por la Comisión de Regulación de Salud (CRES).

En este punto es necesario establecer que la UPC nominal del Régimen Contributivo no es el per cápita promedio real que reciben las EPS del Régimen Contributivo. En los considerandos de los acuerdos del CNSSS y la CRES que establecen la UPC anualmente, se registra entre 2005 y 2010 que el valor pagado per cápita en la vigencia anterior resultó un porcentaje mayor de la UPC nominal en razón de los ponderadores de edad y zona. Estos porcentajes varían en cada Acuerdo, pero la diferencia se acercaba al 10% cuando dejó de publicarse en los considerandos. Esto quiere decir que por esta razón las EPS del Régimen Contributivo reciben un valor promedio por afiliado muy superior a la UPC nominal.

Por otra parte, igualmente los acuerdos del CNSSS y la CRES determinan el valor que recibirán las EPS del Régimen Contributivo por afiliado para promoción y prevención. Las EPS del Régimen Subsidiado no reciben dinero por este concepto, sino que se supone que está dentro de la UPC, por lo cual, a igual POS, la UPC de Régimen Subsidiado sólo sería comparable con la UPC del Régimen Contributivo más los recibidos por promoción y prevención.

Argumentos sobre pago diferencial por utilización diferencial de los servicios:

El segundo argumento, para cuestionar el pago diferencial por utilización de servicios, tiene que ver con la justicia de realizar cálculos sobre utilidades diferenciales, cuando previamente han existido gravísimas diferencias en términos de financiamiento y acceso que han originado en buena parte tal diferencia de acceso y uso, además de la existencia de poblaciones dispersas con gran dificultad de acceso a los servicios correspondientes al Régimen Subsidiado.

El estudio de la UPC de 2010 realizado por el CID de la Universidad Nacional para la CRES registra al respecto:

Respecto a las regiones, cabe una consideración particular, relacionada, de un lado, con el acceso a los servicios por parte de las poblaciones dispersas, y de otro, el mayor costo de ofrecerlos. Diversos estudios han señalado que esta combinación afecta seriamente un modelo basado en la demanda y señalan que menores indicadores de utilización de servicios no pueden ser traducidos automáticamente en un gasto menor y consecutivamente en una prima menor, que acabaría por confirmar o reforzar que esta población no tiene posibilidad de acceder a los servicios.

En el estudio de la UPC 2011, realizado por el CID de la Universidad Nacional para la CRES, se registra la siguiente información que precisa esta diferencia de utilización:

Ante la sentencia T 760 de la Corte Constitucional que ordena igualar el POS del Régimen Subsidiado con el del Contributivo, se buscó información en el Estudio Nacional de Salud sobre la diferencia en la demanda de servicios entre los dos grupos de afiliados que sirva de referencia para la toma de decisiones, dado que de allí se puede estimar el porcentaje de demanda de servicios en el régimen subsidiado (ver cuadros 57 y 58).

Cuadro 57. Demanda de servicios. ¿Por alguno de los problemas de salud que ha sentido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿han consultado o buscado ayuda? por Tipo de Afiliación

Respuesta	Tipo de afiliación						Total
	Contributivo	Régimen especial	Subsidiado	Vinculado	Indeterminado	Ns/Nr	
Si	2.168.271	217.764	2.077.913	845.825	133.033	33.740	5.476.546
	54,2%	60,6%	43,5%	34,6%	44,7%	34,8%	45,7%
	18,1%	1,8%	17,4%	7,1%	1,1%	0,3%	45,7%
No	1.828.636	141.511	2.696.169	1.600.922	164.899	63.242	6.495.379
	45,8%	39,4%	56,5%	65,4%	55,3%	65,2%	54,3%
	15,3%	1,2%	22,5%	13,4%	1,4%	0,5%	54,3%

Fuente: Estudio Nacional de salud 2007 y cálculos del autor

Efectivamente, se encuentra que a nivel de demanda general de servicios, los afiliados al Régimen Subsidiado demandan servicios ambulatorios un 20% menos

que los del Régimen Contributivo. Esta diferencia, sin embargo no se encuentra en hospitalización, donde la utilización es apenas un 6% menor.

Cuadro 58. Tabla de contingencia ¿En el ÚLTIMO AÑO contado hasta hoy ¿estuvo hospitalizado (a) una o más noches? por Tipo de Afiliación

	Tipo de Afiliación						Total
	Contributivo	Régimen especial	Subsidiado	Vinculado	Indeterminado	Ns/Nr	
En el Si	1471	206	2116	732	150	29	4704
ÚLTIMO AÑO contado hasta hoy ¿estuvo hospitalizado (a) una o más noches?	6,3%	6,6%	6,0%	4,7%	5,7%	4,1%	5,8%
N	21722	2893	33283	14876	2476	674	75924
o	93,7%	93,4%	94,0%	95,3%	94,3%	95,9%	94,2%
Total	23193	3099	35399	15608	2626	703	80628
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Estudio Nacional de salud 2007.

Dado que se conoce la asociación existente entre el gasto total de los aseguradores y la utilización de consultas per cápita, en las que se generan y se desencadenan la gran mayoría de las órdenes de gasto de servicios diagnósticos y terapéuticos. Las diferencias de acceso al médico en razón de zonas geográficas, barreras económicas o sistemas de autorizaciones, determina en gran parte las diferencias en utilización de servicios y gasto total de los aseguradores para un mismo grupo de edad. Tales diferencias también explican las diferencias de gasto entre grupos especiales de población, regímenes de excepción en Colombia o ISAPRES cerradas en Chile, en las que la utilización de consultas per cápita puede doblar la utilización de la población general. Este diferencial no se da en hospitalización, donde estos grupos presentan un comportamiento similar. Igual comportamiento se puede observar al comparar las cifras de producción de distintos sistemas de salud.

En síntesis y considerando que los servicios ambulatorios tienen un peso cercano al 55% del total del gasto en el gasto agrupado de 2009, contra un 33% aproximado de los gastos en servicios hospitalarios, quirúrgicos y de maternidad y un 12% de otros, la reducción del gasto por menor demanda se estima en el 12,38%,

porcentaje en que se debería ajustar la UPC del Régimen Contributivo para menores de 18 años en el Régimen Subsidiado (ver cuadro 4).

Cuadro 4. Estimación del porcentaje de demanda en servicios, según ENS 2007

	peso del grupo de servicios en la estimación del gasto Régimen Contributivo 2009	Factor de demanda Régimen Subsidiado ENS 2007	Factor de demanda Régimen Contributivo ENS 2007	peso del grupo de servicios ajustado según demanda ENS 2007	Porcentaje de reducción del gasto por menor demanda
Servicios ambulatorios	54,86%	43,50%	54,20%	44,03%	10,83%
Servicios hospitalarios y quirúrgicos	32,45%	6,00%	6,30%	30,90%	1,55%
Total					12,38%

Dado entonces que el Estudio Nacional de Salud permite estimar que la demanda es un 12,38% menor en el Régimen Subsidiado que en el Régimen Contributivo, como resulta la UPC un 33% menor. Resulta evidente un desfase financiero en el Régimen Subsidiado equivalente al 20% de la UPC real del Régimen Contributivo (650 mil pesos), es decir aproximadamente 130.000 pesos por afiliado para el año 2012.

El segundo argumento para cuestionar el pago diferencial por utilización de servicios tiene que ver con la justicia de realizar cálculos sobre utilidades diferenciales, cuando previamente han existido gravísimas diferencias en términos de financiamiento y acceso que han originado en buena parte tal diferencia de acceso y uso, además de la existencia de poblaciones dispersas con gran dificultad de acceso a los servicios correspondientes al Régimen Subsidiado.

De lo hasta aquí expuesto se concluye que la UPC del Régimen Subsidiado no fue establecida por los entes gubernamentales con la metodología apropiada, y esta se fundó en estudios que demostraran contar con la credibilidad y rigorismo técnico necesarios para asegurar que los servicios de salud del POS unificado podrían prestarse en condiciones de calidad y de oportunidad por parte de la Empresas Promotoras del Salud del régimen subsidiado (EPS-S).

8.5 ¿En caso de que la (s) respuestas anteriores (s) sea(n) negativa(s), ¿Cuál sería la metodología que debería utilizarse para establecer la suficiencia de la UPC.C y cuál para la UPC-S, fundándose en estudios que demuestren contar con la credibilidad y rigorismo técnico necesarios para asegurar que los servicios de salud del POS unificado podrán prestarse eficientemente por todas las EPS, garantizando su equilibrio financiero?

En los actuales momentos de crisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud, crisis reconocida en Colombia hasta por el mismo Gobierno, cabe preguntar ¿Si los gravísimos problemas que presenta son efectos inesperados del arreglo institucional, o como señalarían los fervientes partidarios de la eficiencia del mercado, simplemente “imperfecciones del mercado” o “problemas de regulación o ajuste”?, ¿O son por el contrario las consecuencias lógicas del arreglo institucional establecido en la Ley 100 de 1993?

Cabría también la siguiente pregunta, que en alguna manera adelanta las posibles respuestas: ¿Qué sucede cuando el Gobierno no planifica ni organiza los servicios, y deja que el mercado decida sobre cómo organizar y prestar los mismos, limitándose a poco más que señalar los servicios que se deben garantizar y realizar un pago por ciudadano?:

Una investigación del Departamento de Salud Pública del Instituto de Medicina Tropical de Amberes, Bélgica, señala al respecto: (De Groote T, De Paepe P, Unger JP 2007)⁷

Creemos, más bien, que es la ineficiencia del enfoque de la reforma, por subcontratación, lo que ha socavado la reforma de la atención en salud en Colombia. El gasto total tiene un porcentaje del PIB congelado en el 3% durante el período 1990-1995. (Banco Mundial 1999) ⁸ La Ley 100 se introdujo en 1993 a instancias de organismos internacionales de desarrollo.(Bossert et al 1998)⁹ Este proceso atrajo amplio apoyo de sectores de significativa influencia en la toma de decisiones de tipo estatal, tales como administradores de la salud del adulto mayor, compañías farmacéuticas, la industria médica y las compañías internacionales de

⁷ Tony de Groote, Pierre de Paepe, Jean-Pierre Unger. Las consecuencias del neoliberalismo. Colombia: prueba in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo. Department of Public Health, Instituto de Medicina Tropical, Amberes, Bélgica. Reproducido en: De Groote T, De Paepe P, Unger JP. Colombia: prueba in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo. Rev Fac Nac Salud Pública. 2007; 25(1): 106-17.

⁸ World Bank. World Development Report 1998/1999: Knowledge for Development. Washington, D. C.: Oxford University Press; 1999.

⁹ Bossert T, Hsiao W, Barrera M, Alarcon L, Leo M, Casares C. Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia. Health policy plan. 1998; 13(1): 59–77.

seguros en salud.¹⁰ El gobierno colombiano trató de acomodarse a sus deseos.(Restrepo y Valencia 2002)¹¹

Esta conjunción de intereses explica por qué el gasto de atención en salud casi se dobló en el año 1997 hasta 5,5%, mientras que el cubrimiento de atención en salud se mantuvo por debajo del 55% y el índice real en las tasas tratamiento decreció. El Banco Mundial alega que los países con programas de ajuste estructural gastan más en salud a través de suministro público (Van ger Gagh et al 1998)¹². Hipotéticamente, en Colombia como en otros países, la mayor parte de esta “inflación médica” se ha canalizado hacia el sector privado, sin que hasta ahora se haya calculado su monto.

El gobierno colombiano ha demostrado su incapacidad para regular y controlar el sector privado. ¿Es esta una característica particular o más bien general de los países con ingresos medios y bajos? Examinemos si las autoridades públicas de dichos países poseen la capacidad económica, técnica y política para hacerle frente a este reto.

El mecanismo de contratos por capitación por el cual el Estado se ha desprendido de sus responsabilidades directas en la provisión de los servicios de salud de los ciudadanos mediante la entrega a un asegurador privado, se replica a lo largo de la cadena de instituciones hasta el usuario final de los servicios. Es lo que algunos autores denominan “sistemas intensivos en uso de contratos”

Jordana (Jordana 2006)¹³ define así los Sistemas intensivos en el uso de contratos.

Las entidades de cobertura de riesgos de salud establecen relaciones contractuales con los distintos sistemas de provisión de servicios de salud, con el fin de mejorar el ajuste de la oferta existente de la forma más eficiente posible. Los contratos se establecen en función de las necesidades específicas a cubrir.

En la “Evaluación de los Procesos del Régimen Subsidiado” realizada por el Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad

¹⁰ Stocker K, Waitzkin H, Iriart C. The exportation of managed care to Latin America. N Engl J Med. 1999; 340(14): 1131–6.

¹¹ Restrepo, H. E., and Valencia, H. Implementation of a new health system in Colombia: is this favourable for health determinants? J Epidemiol Community Health. 2002; 56(10): 742–43.

¹² Van Ger Gaag J, Barham T. Health and health expenditures in adjusting and non-adjusting countries. Soc Sci Med 1998; 46(8): 995–1009.

¹³ Jordana Jacint. 1962. Regulación y políticas sociales: las políticas de regulación social y la creación de mercados en los sectores sociales en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Serie de Documentos de Trabajo I-63. Agosto 2006.

Nacional para el Ministerio de Protección Social (Rodríguez y otros 2007)¹⁴ se describen los resultados desastrosos de los contratos de capitación para la prestación de servicios:

El primer problema planteado tuvo que ver con el hecho de que los afiliados no recibían todos los servicios contemplados en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado o encontraban severas restricciones para el acceso a los mismos. Los municipios deberían entender que, si habían contratado un Plan de Beneficios completo, deberían exigir exactamente la totalidad de los beneficios contemplados y no aceptar ninguna explicación de la ARS, en el sentido de que consideraban cumplida su obligación al contratar con una IPS y que el incumplimiento en servicios claves como medicamentos o servicios odontológicos, o la severa restricción de citas, era problema de la IPS. Se hizo énfasis en que tal respuesta no es de recibo para ninguna institución estatal, por parte de contratista alguno de bienes o servicios que subcontrate parte de los mismos con terceros. Ningún contratista puede excusarse de cumplir con el bien o servicio, con base en el incumplimiento de sus proveedores.

El traslado absoluto del riesgo y de las responsabilidades de las ARS, se observa en la contratación por capitación para niveles de complejidad más altos o la contratación simultánea de varios niveles. En enfermedades graves y de alto costo, por ejemplo, los contratos de capitación, quiéranlo o no quienes los suscriben, llevan implícito el incentivo perverso de producir más ganancias si se mueren más rápido los pacientes. En suma, tal grado de irresponsabilidad en el manejo del riesgo y en la administración de los servicios por parte de algunas ARS, significa que no agregan valor alguno al Sistema y, en tal caso, estas entidades no constituyen más que simples intermediarios en la distribución de recursos públicos.

Fedesalud había señalado, por su parte, en su estudio sobre la implementación del Sistema de Seguridad Social en la Costa Pacífica que los contratos de capitación de las aseguradoras con la casi inexistente red pública de servicios no garantizaban mínimos servicios a los afiliados del Régimen Subsidiado. (Martínez y otros 2005)¹⁵

Los sistemas de contratación y pago de servicios de salud deben generar a los prestadores los incentivos adecuados para garantizar servicios efectivos y de calidad a los afiliados. Este modelo de contratación no produce incentivo alguno y está negando en la práctica los derechos de los afiliados a la prestación efectiva del

¹⁴ Rodríguez Oscar (D), Arévalo Decsi, Fresneda Oscar, Martínez Félix, Restrepo Darío. “Avances y dificultades del Sistema de Salud para los pobres” Grupo de Protección Social CID 2006, en “¿Ha mejorado el acceso a la salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado”. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2007

¹⁵ Martínez Félix y otros. El Sistema de Seguridad Social en Salud en la Región Pacífica Colombiana, La problemática de la población dispersa. FEDESALUD Bogotá, 2005.

Plan Obligatorio de Salud Subsidiado en la mayoría de los municipios del país, hecho que configura un claro incumplimiento del contrato de aseguramiento que los municipios suscriben con las aseguradoras privadas (pocas veces públicas), con o sin ánimo de lucro.

¿Por qué se tolera tan abierto incumplimiento del contrato? ¿Acaso los dineros del Estado no valen lo mismo que los dineros privados? ¿Acaso no importa que no se presten los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud? ¿Es el contrato de aseguramiento en el Régimen Subsidiado simplemente un puro formalismo, salvo en lo que tiene que ver con el giro de los recursos a los diferentes actores, pues nadie sanciona el incumplimiento evidente? Si no se garantiza un aseguramiento efectivo, ni las ARS cumplen su función de agencia, garantizando la oferta y calidad de los servicios a sus afiliados.... Si estos contratos no cumplen con el mismo propósito de todos los contratos en una economía de mercado, es decir la compra efectiva de un bien o servicio en unas condiciones de oportunidad y calidad preestablecidas.... ¿Estas entidades simplemente estarían cumpliendo una función de administración y reparto de recursos públicos?

En suma, transcurrida una década de puesta en marcha la reforma de la seguridad social, se advertían graves problemas para la atención en salud a las poblaciones pobres en la mayoría de los municipios pequeños y en especial para las poblaciones dispersas que se encontraban afiliadas, pues el sistema de demanda no se ajustaba a las necesidades de estas poblaciones. Adicionalmente se denunciaba el incentivo perverso de las EPS para la negación o postergación de servicios, hecho que ha llevado a los ciudadanos a interpretar cualquier dilación o negación de servicios como forma de aumentar las ganancias por parte de las administradoras del seguro. La respuesta ciudadana a la falta de acceso ha sido la tutela (Defensoría del Pueblo 2007)¹⁶ (Defensoría del Pueblo 2012)¹⁷ como medio para salvaguardar el derecho a la salud (defensoría del Pueblo 2011)¹⁸. En 2012, la Defensoría informa sobre la existencia de una tutela en salud cada cinco minutos en el país (ref.).

Adicionalmente a lo evidenciado en los territorios apartados y las poblaciones dispersas, sobre como la oferta de los servicios de salud, en manos del mercado, no llega hacia la población pobre, alejada de los centros urbanos, recientemente se ha encontrado evidencia de este indeseable efecto de alejamiento de los servicios de la población pobre, con grave insuficiencia en la disponibilidad y oferta de servicios básicos, incluso dentro de los grandes centros urbanos.

¹⁶ Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud periodo 2003 -2005 Bogotá 2007

¹⁷ Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud 2011 20 AÑOS. 1992 – 2011 Bogotá 2012

¹⁸ El quinto informe realizado por la Defensoría del Pueblo (Defensoría del Pueblo 2011) señala que en el año 2010, los ciudadanos presentaron un total de 403.380 tutelas

La última publicación del CID de la Universidad Nacional relacionada con el Observatorio de Equidad para la Calidad de Vida y Salud de Bogotá (CID 2012), demuestra que el grave déficit de oferta de servicios de salud en las más grandes localidades del Distrito “hace pensar que la vida de millones de habitantes de Bogotá está en juego por la carencia evidente de servicios médicos y quirúrgicos hospitalarios de mediana complejidad para estas localidades”¹⁹

Citamos algunos apartes:

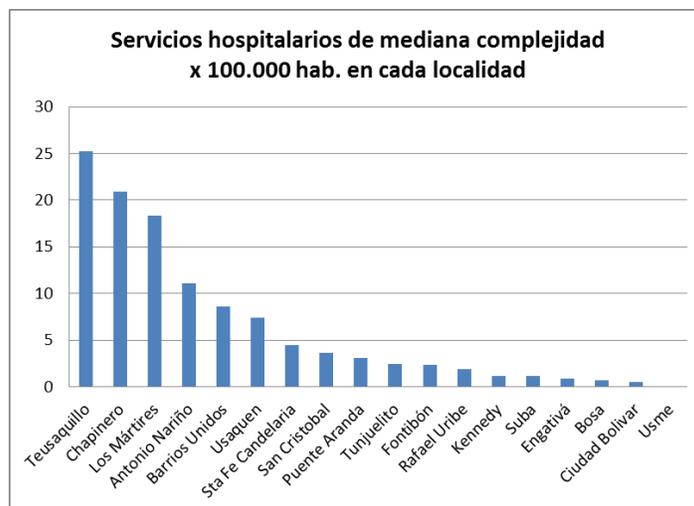
Servicios Hospitalarios

La distribución por localidad de servicios hospitalarios habilitados por las IPS muestra un patrón similar a la de los servicios de consulta externa y apoyo diagnóstico, incluso con diferencias menos acentuadas en la distribución por localidad, lo que plantearía que la oferta de servicios hospitalarios tiene un patrón de comportamiento diferente, pues no se abren en conjunto tantos servicios de este tipo en las localidades con población de estratos más altos. Podría plantearse la hipótesis inicial de que la oferta no es tan elástica como la de los servicios previamente analizados, en función de los altos costos de inversión requeridos.

.....Sin embargo, al observar la disponibilidad de estos servicios x 100.000 habitantes en las distintas localidades, se encuentran nuevamente grandes desigualdades en mediana y alta complejidad (Gráficas 14 y 15). No se analiza la baja complejidad hospitalaria, pues no es propia de las ciudades sino de poblaciones marginadas, que tan sólo cuentan con médico general.

Gráfica 14

¹⁹ Martínez, Félix (2012) “Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital”. Capítulo V, EN Restrepo D. y Hernández M. (E) Inequidad en salud en Bogotá: convocatoria para la acción colectiva. Colección La seguridad social en la encrucijada. Tomo VII. Secretaría Distrital de Salud. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia, Oficina de Comunicaciones CID, Bogotá. 2012. ISBN: 978-958-761-389-6.



Gráfica 15



En este punto es importante señalar que en la norma internacional, el hospital básico, capaz de atender una urgencia médica o quirúrgica, como un apéndice, una cesárea, una fractura, un herida o trauma cerrado sangrante, o una neumonía infantil, que en nuestro país denominamos de segundo nivel o de mediana complejidad, debe estar ubicado cerca al lugar de residencia, para superar las barreras de acceso, garantizar los servicios y procurar la conservación de la vida en condiciones de urgencia.

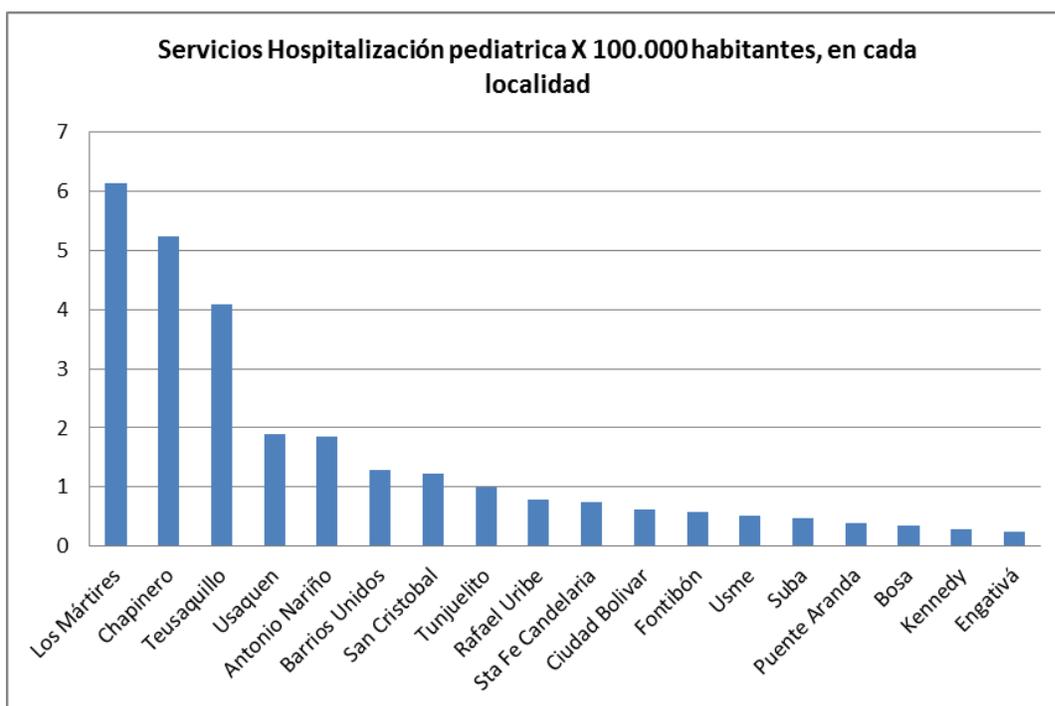
La disponibilidad cercana a cero, por cien mil habitantes, de estos servicios en las localidades muy pobladas del occidente y sur de la ciudad en incluso en Suba, sumada a los graves problemas de movilidad, hace pensar que la vida de millones

de habitantes de Bogotá está en juego por la carencia evidente de servicios médicos y quirúrgicos hospitalarios de mediana complejidad para estas localidades.

.....Pero las diferencias en la oferta se tornan verdaderamente preocupantes en cuidados intermedios y cuidados intensivos pediátricos, servicios inexistentes en la práctica en las localidades con mayor población del occidente y sur de la ciudad, justamente las localidades con mayor concentración de población de 1 a 17 años, como se comprobará más adelante.

Expresados en disponibilidad por cien mil habitantes (entre tanto se analiza por población infantil), los servicios de hospitalización pediátrica por cien mil habitantes dejan en notoria desventaja por mínima oferta de servicios a las localidades con mayor población y esto resulta especialmente crítico para las familias con niños residentes en estas localidades. (Gráfica 26)

Gráfica 26

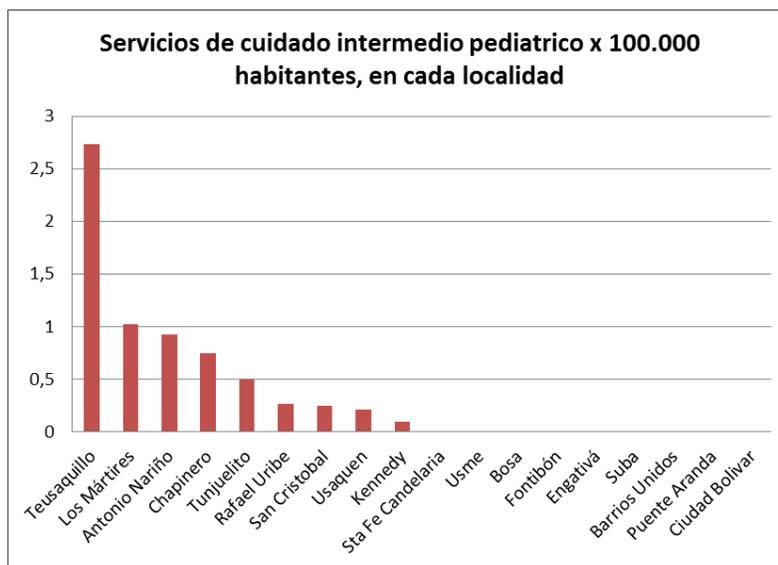


Una vez más la situación se torna totalmente desigual respecto a la disponibilidad por cien mil habitantes de servicios pediátricos de cuidado intermedio y cuidado intensivo por localidad. (Gráficas 27 y 28).

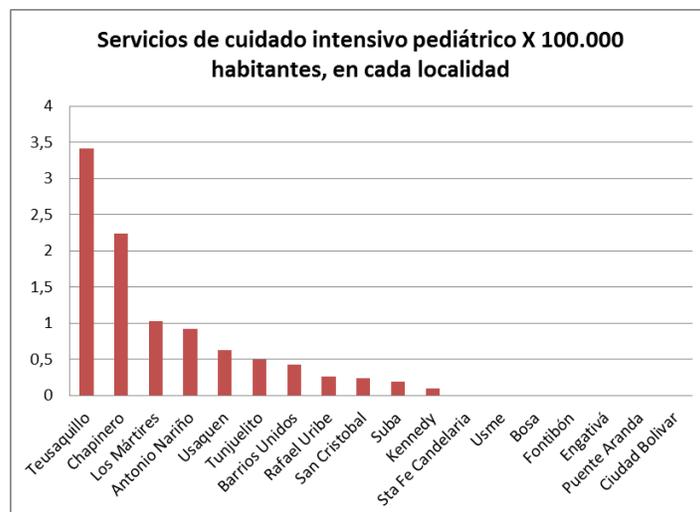
También, una vez más, la inexistencia práctica de servicios de cuidado intermedio y cuidado intensivo pediátrico en las localidades con mayor población del occidente y sur de la ciudad, plantea una situación crítica para garantizar la conservación de la vida en las localidades que no cuentan con estos servicios, en caso de accidentes graves, donde el posibilidad de acceder a un respirador puede marcar la diferencia

entre la vida y la muerte, situación que hace también muy vulnerables estas poblaciones en picos epidémicos frecuentes de enfermedades respiratorias.

Gráfica 27



Gráfica 28

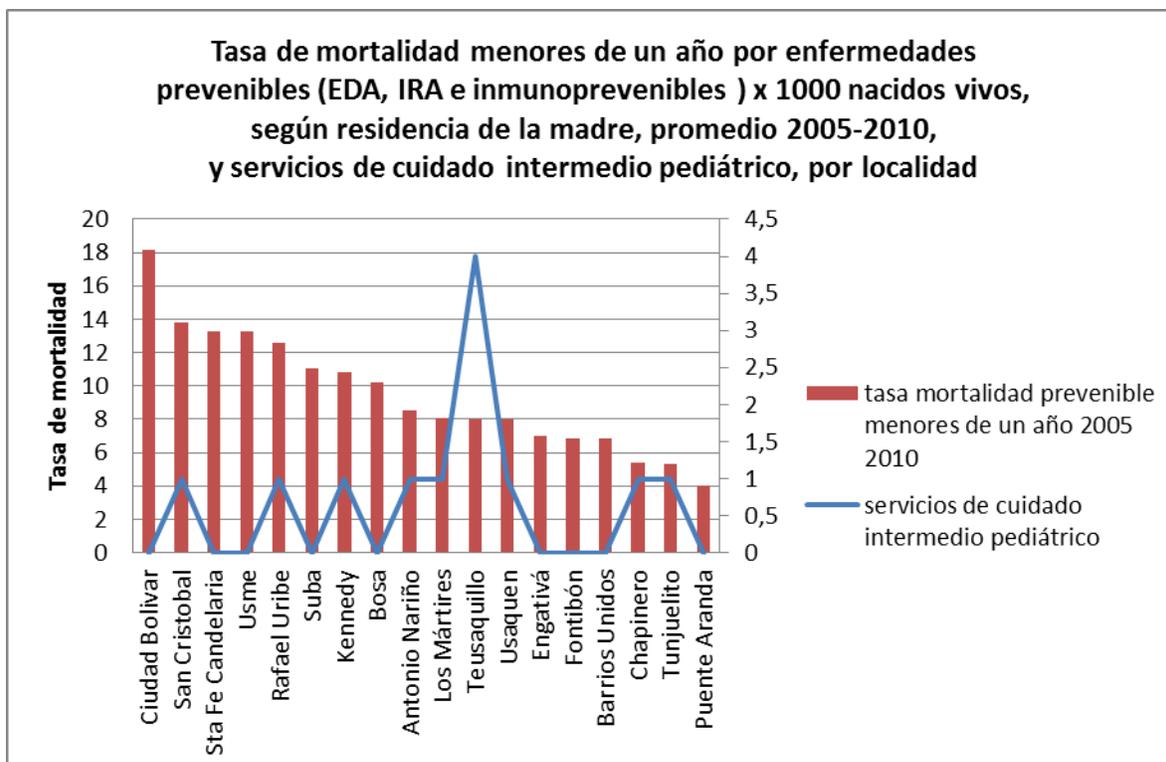


Es necesario agregar que esta inexistencia de servicios en las grandes localidades también implica una necesidad de desplazamiento para obtener los servicios y visitar a los hijos hospitalizados, lo que en resumen constituye una vez más una barrera, geográfica y económica y una diferencia en términos de derechos de estas poblaciones.

En cuanto a los servicios pediátricos, es preciso señalar adicionalmente otro agravante: el hecho de que estos se encuentran concentrados en las localidades donde hay menos nacimientos y menor mortalidad infantil. Por el contrario, en las localidades más pobladas del occidente y sur de la ciudad, son deficitarios en términos generales, muestran menor disponibilidad por cien mil habitantes, así como menor disponibilidad en relación con los nacidos de cada localidad.

Del mismo modo, las localidades con mayor natalidad y mortalidad infantil por enfermedades prevenibles, cuentan en general con el menor número de servicios pediátricos con capacidad de resolución, o incluso con ninguno, como el caso de Ciudad Bolívar, localidad con la mayor mortalidad de menores de un año por este tipo de enfermedades. (Gráfica 29)

Gráfica 29



Y en las conclusiones el estudio del Observatorio de Equidad señala:

Otros estudios ya habían revelado hace algunos años que el aseguramiento no garantizaba el acceso de las poblaciones pobres y subsidiadas a la prestación de servicios, por ejemplo los realizados también por el CID de la Universidad Nacional sobre este régimen (Arévalo y Martínez 2002)²⁰, o los adelantados por FEDESALUD en relación con las poblaciones dispersas (Martínez y otros 2005)²¹, o los realizados por el Cendex de la Universidad Javeriana. (Acosta 1999)²² (Peñaloza y otros 2002)²³.

²⁰ Arévalo Decsi y Martínez Félix (E), “¿Ha mejorado el acceso en salud?” Colección la Seguridad Social en la encrucijada, Tomo I, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia. Ministerio de Salud. Bogotá, 2002

²¹ Martínez Félix y otros. *El Sistema de Seguridad Social en Salud en la Región Pacífica Colombiana, La problemática de la población dispersa*. Martínez Félix y otros. FEDESALUD Bogotá, 2005. ISBN 958-33-7830-5

²² Acosta y otros *Entorno, Aseguramiento y Acceso en el Régimen Subsidiado en Colombia*. 1a. ed.- Santafé de Bogotá. Agosto de 1999. 222 p.Cendex, Fundación Corona y Fundación Ford.

²³ Peñaloza y otros. *Propuestas de ajuste a la Política del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia*. 1a. ed.- Bogotá: CEJA, 2002. 145 p. Banco Interamericano de Desarrollo BID, Fundación Corona, Fundación Social, Cendex, Pontificia Universidad Javeriana.

Podrá argumentarse, insistiendo en las mismas teorías, que las restricciones a la libre contratación en el Régimen Subsidiado son las responsables de la deformación del mercado, aunque estas no se dieran en la primera etapa de la reforma. Sin embargo la prestación de servicios aquí estudiada incluye ambos regímenes y las restricciones de oferta afectan también severamente a las familias del Régimen Contributivo. Ya en el año de 1993 el mayor número de trabajadores del régimen contributivo, afiliado al Instituto de Seguros Sociales, vivía con sus familias en las localidades de Engativá, Kennedy y Suba, que casi 20 años después siguen sin la oferta necesaria de servicios para tan grandes poblaciones.

La distribución parece ser hoy aún más inequitativa, en los tres niveles de atención, pero llama sobremanera la atención el segundo nivel, en términos de las posibilidades de atención ambulatoria y hospitalaria en las especialidades básicas, prácticamente inexistente en las localidades que hoy cuentan con la mayor población de Bogotá, como Suba, Engativá, Kennedy y Ciudad Bolívar.

Se señaló que en la norma internacional, el hospital básico, capaz de atender una urgencia médica o quirúrgica, como un apéndice, una cesárea, una fractura, un herida o trauma cerrado sangrante, o una neumonía infantil, que en nuestro país denominamos de segundo nivel o de mediana complejidad, debe estar cercano al lugar de residencia, para garantizar la conservación de la vida.

Un hospital básico de esta naturaleza, cercano al lugar de residencia, se planificó en el Sistema Nacional de Salud por cada 100.000 habitantes, o menos en caso de población dispersa, A nivel de grandes ciudades se consideraba necesario al menos por cada 200.000 habitantes a nivel urbano. Así nacieron en los años 60 y 70 los hospitales distritales.

Pero la ciudad siguió creciendo hacia su anillo exterior y la creación de instituciones hospitalarias de segundo nivel de complejidad no acompañó a los nuevos asentamientos de millones de ciudadanos, entre tanto las anteriores instituciones, del viejo Bogotá, se convertían cada vez más en hospitales de tercer nivel de complejidad.

Las inversiones privadas tampoco parecen interesarse en la construcción de hospitales, quizás porque la tasa de retorno de la inversión resulte poco llamativa o francamente negativa. La privatización reciente ha consistido principalmente en tomar viejas instituciones públicas, con lo que se evitan los costos reales de la creación de nuevas instituciones hospitalarias, o bien se concentra en localidades con poder de pago superior al del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El estudio deja en claro por tanto la profunda responsabilidad y el enorme desafío del Estado, a nivel nacional y distrital, para corregir el desastre ocasionado por las tesis del mercado autorregulado y las profundas desigualdades e inequidades

generadas, algunas que rayan en un problema de derechos humanos, como el de los niños de Ciudad Bolívar.

La Sociedad Colombiana de Pediatría ha denunciado desde el 2011 que:

“la grave situación de los servicios de hospitalización de pediatría que han venido cerrando sus puertas a los niños y niñas por un tema de ‘baja rentabilidad’ para clínicas y hospitales y el no reconocimiento de tarifas que cubran los costos de atención por parte de las EPS, hoy seguimos preocupados por las amenazas que se ciernen sobre estos servicios de salud.

El pasado mes de abril, el Congreso de la República, en debate político por este tema, citó a la ministra Beatriz Londoño para que se planteen las propuestas que permitan que estos servicios se mantengan abiertos para la atención de los niños, niñas y adolescentes del país. El número de camas de pediatría cerradas supera las 1.700 en el país en los últimos años.²⁴

Las investigaciones del Observatorio de Equidad para la Calidad de Vida y salud de Bogotá dejan por tanto abierta la pregunta de ¿cómo asigna y distribuye el mercado?, pues supuestamente el aseguramiento universal y por tanto la garantía de la demanda previamente financiada iban a garantizar el acceso igualitario y sin discriminación de la población a los servicios. Los resultados en cambio dejan grandes interrogantes sobre ¿Qué intereses y fuerzas deciden actualmente crear y ubicar un servicio de salud en la actualidad? ¿Acaso la comodidad de los profesionales? ¿Acaso la disponibilidad de recursos adicionales o complementarios a los del Sistema? ¿Por qué la oferta de servicios no sigue a la demanda ni siquiera en el régimen contributivo? Igualmente cabe preguntar si ¿Puede el Estado desprenderse de la obligación de garantizar una oferta mínima de servicios que responda a las necesidades de los usuarios o si los esfuerzos son insuficientes para compensar la desigualdad que este sistema genera?

El incentivo perverso hacia la negación o postergación de servicios en el pago por capitación.

El arreglo institucional por el cual el Estado colombiano ha pretendido (con cierto facilismo) delegar la organización y prestación de los servicios de salud a particulares –sin desprenderse claro está de la obligación de garantizarlos a los ciudadanos-, consiste en

²⁴ Clemencia Mayorga En <http://www.abcdelbebe.com/nino/12-24-meses/salud/en-familia-los-servicios-de-hospitalizacion-de-pediatria>

entregar una población y unos recursos por cada ciudadano (per cápita) a un administrador-asegurador privado que se encargaría de organizar y contratar a su vez la prestación de servicios; es decir, se contrata a las EPS mediante un pago por capitación la prestación de un Plan de beneficios, contrato y pago asimilables -pero no iguales como se señalará-, a un contrato y a una prima de seguros. Estas instituciones tendrían el incentivo de controlar el gasto del Sistema, en función de lograr mayor utilidad del contrato de aseguramiento y agenciamiento de los servicios de salud.

Según el propio Ministerio de Salud (Ministerio de Salud 2013) dicho arreglo institucional se ha traducido en múltiples barreras de acceso a los servicios de salud.

Las barreras administrativas suceden en dos niveles: en la relación del asegurador-prestador-afiliado y en la relación entre el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud (FOSYGA) y la EPS. En cuanto a la primera, los excesivos trámites (e.g. la autorización para la prestación de los servicios) a cargo del afiliado y la limitación en los canales de comunicación se han convertido en barreras para el usuario, a la vez que es una forma de controlar el gasto. La ECV²⁵ del año 2011 que el segundo aspecto que más influye en la calidad del servicio que reciben los usuarios de sus respectivas EPS son los trámites excesivos y dispendiosos.

La negación de servicios o las barreras administrativas señaladas hacen que los ciudadanos recurran a la tutela, mecanismo establecido en la Constitución colombiana para defender los derechos de los ciudadanos, entre ellos el derecho a la salud. Adicionalmente en los últimos años han sido constantes las denuncias de los medios de comunicación sobre graves complicaciones y muertes originadas en las negaciones o tardanzas excesivas en las autorizaciones de servicios.

Antes de explicar dicho mecanismo, es necesario precisar que las Entidades Promotoras de Salud o las antes llamadas Administradoras del Régimen Subsidiado, o las hoy llamadas en conjunto genéricamente Administradoras de Planes de Beneficios, no pueden considerarse aseguradoras, en todo el sentido de la palabra, aunque supuestamente reciban una prima por garantizar un Plan de Beneficios. No pueden ser asimiladas a compañías de seguros por la potestad que tienen de autorizar o negar servicios a los pacientes. Un asegurador paga siniestros, puede exigir medidas de prevención, puede negar el pago cuando considera que las reclamaciones son fraudulentas, pero no tiene la potestad de no permitir que el riesgo suceda, como si lo tienen estas entidades de seguridad social en Colombia.

De hecho en otros países como República Dominicana, con un régimen contributivo de seguridad social similar, las Administradoras de Riesgos de Salud no pueden dilatar ni

²⁵ Encuesta de Calidad de Vida

impedir el acceso directo al especialista de los pacientes, ni limitar las órdenes diagnósticas y terapéuticas dadas por los facultativos. De hecho, también las aseguradoras colombianas permiten a sus afiliados, en los planes complementarios, el acceso directo al especialista.

Esta potestad de negar servicios o posponerlos por mil mecanismos burocráticos y el incentivo perverso implícito, que supone la posibilidad de ganar más dinero en la medida que no se autoricen o se pospongan las autorizaciones de atención especializada o procedimientos diagnósticos y terapéuticos, en especial de mediana y alta complejidad, es la causa fundamental de las denuncias públicas y de los millones de tutelas presentados por los ciudadanos ante la justicia por el derecho a la salud y la vida, para exigir la prestación de servicios. (Defensoría del Pueblo 2009)²⁶

El incentivo perverso está implícito en el contrato con pago ex-ante por capitación y aunque la negación o postergación de servicios obedezca muchas veces a razones técnicas o administrativas justificadas, dado el ánimo de lucro permitido a las administradoras, ha sido y será interpretada casi siempre por los ciudadanos como intento de aumentar las ganancias.

Por supuesto, en ocasiones es así, pero en conjunto, esta interpretación está ligada claramente al arreglo institucional que incluye el incentivo perverso, arreglo institucional que, en suma, ha acabado por deslegitimar a las mismas entidades que creó.

Para finalizar este punto sobre los efectos de los sistemas intensivos en contratación y los mecanismos y efectos de la subcontratación, cabe citar de nuevo a los investigadores del Instituto de Medicina Tropical de Amsterdam (De Groote T, De Paepe P, Unger JP 2007)

La investigación sugiere que la subcontratación es una alternativa aceptable a la de los recursos públicos si se cumplen las siguientes condiciones: a) que exista competencia real entre proveedores privados, sólidos y competentes, b) que haya adecuada capacidad gubernamental para evaluar las necesidades y negociar y monitorear los términos de contratación y c) que exista un ambiente político y legal que haga respetar las regulaciones y permita resistir el clientelismo y la corrupción. (Mills 1998) En países industrializados es claro que “el éxito... del mercado administrado dependerá en última instancia de la mejora en la organización subyacente, la estructura y el funcionamiento del sector público”(Broomberg 1994) . Con base en estos criterios, los únicos escenarios en países en desarrollo en donde el monitoreo podría ser efectivo son los centros urbanos en unos pocos países de ingresos medios, con elaboradas estructuras políticas y

²⁶ Defensoría del Pueblo, La Tutela y el Derecho a la salud. 2006-2008. Bogotá, 2009.

administrativas y competencia real entre proveedores. Aparentemente Colombia no es un miembro de este club.

Lo expuesto hasta este punto señalaría que no es suficiente que el Gobierno determine un pago por afiliado y deje que el mercado decida sobre cómo organizar y prestar los servicios, limitándose a poco más que señalar la lista de aquellos que se deben garantizar. La ausencia de indicadores de gestión y monitoreo de lo realizado por cada EPS en cada territorio, de la calidad y oportunidad de los servicios brindados a los afiliados, en el contrato pagado mediante las UPC debe superarse, así como resulta indispensable igualmente generar en el contrato con las EPS una relación entre la forma de pago (UPC) y los resultados obtenidos en términos de servicios, para contrarrestar el incentivo perverso, culpable de los desastrosos resultados descritos tanto para los afiliados del Régimen Subsidiado, como para los del Contributivo, esto al menos mientras las EPS tengan la potestad -que no tienen en otros países- de diferir o negar servicios a sus afiliados.

Otra opción, como ya se ha propuesto en algunos proyectos de ley presentados al Congreso de la República (N° 105/2012 Senado, N° 112/2012 Senado y N° 233/2013 Senado), sería la eliminación de los administradores de planes de beneficio y recobrar la administración pública, vigilada y participativa de los recursos disponibles en territorios de salud constituidos por las características poblacionales, epidemiológicas, culturales y socioeconómicas, de manera que se elimine la búsqueda de lucro con la función de la administración de los recursos.

En el actual proyecto de reforma (Ministerio de Salud 2013), el Gobierno propone finalmente suprimir este incentivo y convertir las actuales EPS en Gestoras de Salud, pero plantea indicadores de resultados en salud muy complejos de implementar por estar relacionados con múltiples factores, aparte de los servicios de salud, y no indicadores de la gestión de las entidades gestoras en cada territorio:

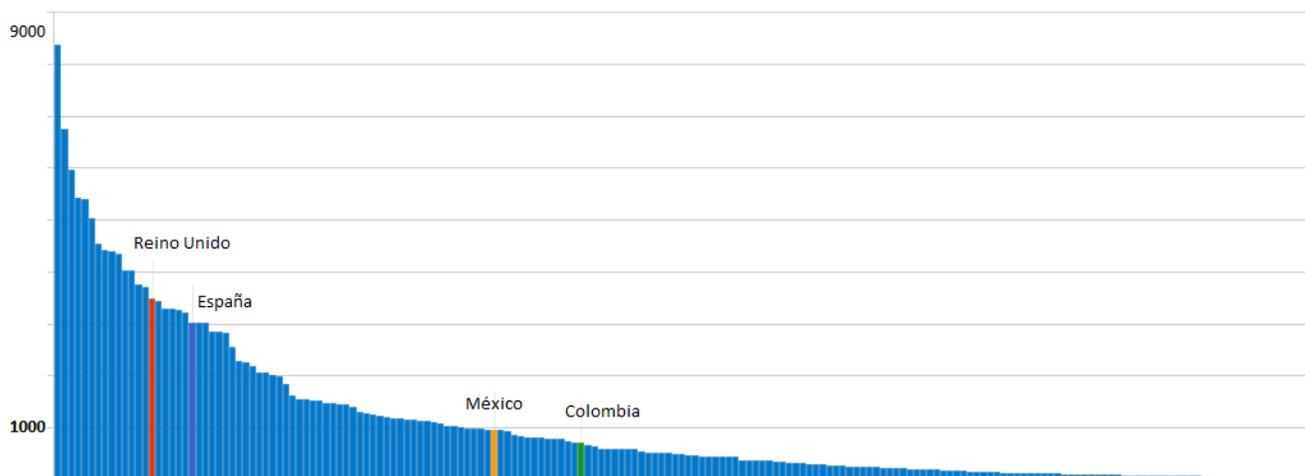
Los Gestores tienen diferencias profundas con las actuales EPS. El cuerpo de la presente ley define un nuevo sistema de incentivos a la gestión del riesgo en salud, basado en resultados y acceso efectivo a los servicios. Los Gestores ya no son responsables del recaudo y administración directa del recurso financiero, que ahora serán custodiados por Salud-Mía. Las ganancias de estos actores provienen de lograr buenos resultados en salud, gestionar el riesgo en salud de la población afiliada y de hacer una compra inteligente de los servicios de salud

De lo señalado en respuesta a este y los anteriores interrogantes sobre el sistema de información, queda claro que el cálculo de la UPC no debe limitarse a estudios de

suficiencia, para buscar un equilibrio entre los ingresos y los gastos de los aseguradores y que, si bien se ha perfeccionado este tipo de cálculo, al igual que el cálculo del equilibrio financiero del Régimen Contributivo (proyección de ingresos y gastos de la Cuenta de Compensación) para definir la UPC, dichos estudios del Ministerio continúan sin incluir indicadores de gestión (con o sin rigorismo técnico) para asegurar que los servicios de salud del POS podrían prestarse con calidad y oportunidad por las EPS a los ciudadanos, como señala la Corte Constitucional en la pregunta 8.3., máxime cuando se proponen “gestores” pero sin “indicadores de gestión”.

8.7 Sobre la suficiencia de la UPC del régimen contributivo

Colombia presenta uno de los gastos per cápita en salud más bajos de Latinoamérica, sin hablar del resto del mundo, con gastos per cápita diez veces mayores en los países desarrollados. ¿Cómo es ello posible cuando los medicamentos, los insumos y las tecnologías tienen un valor igual en Colombia sino superior al de otros países? Las diferencias de salarios no pueden explicar las grandes diferencias. Parece ser que es el techo financiero el que determina la suficiencia y calidad de los servicios.



Gasto anual per cápita salud (dólares ppa 2005) Fuente Banco Mundial

Desde el punto de vista de la financiación, la principal limitación de la ley 100 consiste en que el límite del gasto lo fija la sostenibilidad financiera de los intermediarios, y no las necesidades de los pacientes. En el proyecto de ley del gobierno, tal y como se expresa claramente en la exposición de motivos, se reconoce que los recursos provenientes de las

contribuciones no son suficientes, y que se necesita recurrir a los impuestos. Este es un avance con respecto a la ley 100.

Además, el proyecto busca la unificación de las 16 fuentes de recursos que existen actualmente, y que en el 2012 le aportaron al Sistema \$26 billones.

Desde el punto de vista financiero, el proyecto tendría dos características: centraliza y le abre más espacio a la financiación vía impuestos. La relevancia que adquiere la tributación es posible, en gran parte, gracias a la última reforma tributaria, que redujo los impuestos a la nómina. En el 2014 los recursos fiscales equivaldrán al 60% de los ingresos del Sistema.

“La estructura actual de financiamiento del Sistema es compleja. Uno de los objetivos de la nueva entidad es 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, 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 y una mejor información sobre el flujos de recursos.

Adicionalmente, los cambios estructurales introducidos por la Reforma Tributaria (Ley 1607 de 2012) justifican la creación de Salud-Mía. Esta reforma modificó la estructura de financiamiento del sector salud al incrementar la participación de los recursos fiscales por medio del impuesto de renta para la equidad CREE: a partir del 2014 más de un 60% de la financiación del SGSSS se hará con recursos fiscales. Este cambio generará una estructura de financiación distinta, ya no sustentada en las contribuciones, la cual justifica la necesidad de contar con una entidad que concentre las fuentes que financian el SGSSS (Ministerio de Salud, Exposición de Motivos, 2013, p. 21, énfasis añadido).

Estas dos tendencias son positivas. Por el lado fiscal se elimina la pretensión que tenía la ley 100, de inclinar gran parte de la financiación en el régimen contributivo (Fedesalud 2012)²⁷.

Estos dos pasos apuntan hacia la dirección adecuada, pero no son suficientes. La primera restricción tiene que ver con la estructura misma del sistema tributario colombiano, ya que además de regresivo es insuficiente.

<p style="text-align: center;">Cuadro 1</p> <p style="text-align: center;">Ingresos tributarios como porcentaje del PIB</p>

²⁷ MARTINEZ Félix., GARCIA Andrea., 2012. Equidad en el Financiamiento de la Salud. Financiación y Asignación en el Sistema de Seguridad Social en Salud, Fedesalud, Bogotá

	1998	2010
Noruega		47.7
Francia		43.0
Argentina	21.0	33.4
Brasil	27.4	32.4
Costa Rica	18.5	21.3
Colombia	14.2	18.2
Fuente: Cálculos de los autores a partir de Banco Mundial, OCDE y Cepal		

Los porcentajes de tributación con respecto al PIB continúan siendo altos en las economías desarrolladas. Y en los países emergentes, como Brasil e India tienden a subir. Tal y como se observa en el cuadro 1, entre 1998 y 2010, los ingresos tributarios como proporción del PIB han aumentado. Además del ritmo de crecimiento, es interesante observar el nivel. El de Colombia es el más bajo (18.2%). El porcentaje es pequeño no sólo cuando se compara con Noruega (47.7%) y Francia (43%), sino también con respecto a los países latinoamericanos. En Argentina la relación es de 33.4%, y en Brasil de 32.4%. Para que Colombia se acerque a los niveles de tributación de Brasil, tendría que aumentar la tributación en casi 15 puntos del PIB. La brecha es significativa.

El sistema de salud es estable financieramente si y sólo si está basado en un principio de equidad amplia. Para entender el significado de esta idea, es necesario hacer la diferencia entre los recursos internos y externos del Sistema. Los recursos internos del Sistema de Seguridad Social en Salud son los que resultan de los aportes para ambos regímenes. Los recursos externos son los que no provienen directamente de los aportantes, sino de otras fuentes, como los impuestos a la renta, el IVA, etc. Son los dineros públicos que se destinan a la seguridad social, sin que los recursos se hayan originado en los aportes directos a la seguridad social. Estos recursos son externos porque no se originan en el sistema de seguridad social, pero en virtud de su poder soberano el Estado los destina a la financiación de la salud. La ley 100 está inspirada en el supuesto de que los recursos internos del sistema son suficientes para garantizar su sostenibilidad financiera. El sistema es sostenible únicamente si, además de los aportes de los afiliados, se cuenta con recursos del Estado, administrados con criterios de progresividad. Los recursos externos deben ser

suficientes para financiar las necesidades de la población. Ahora se hace al contrario. Los recursos fiscales dependen de variables como la regla fiscal. Los niveles de atención están supeditados al cumplimiento de los principios fiscales, que siempre son discutibles.

Un sistema fiscal es progresivo si, como proporción del ingreso, el balance neto entre los impuestos y los subsidios favorece más a quienes tienen menos. Realmente, el balance neto incluye, además de los impuestos y los subsidios, otros componentes. Las familias pagan impuestos y reciben del Estado servicios. Por algunos de estos servicios se paga una tarifa que puede ser mayor, menor o igual a su costo. La diferencia entre el costo y la tarifa es el subsidio. La cuenta ideal sería aquella que permitiera estimar, para cada hogar, tanto los pagos que realiza al Estado (impuestos, tasas, tarifas, etc.), como el costo de los servicios que el Estado le proporciona. Con estos datos podría hacerse el balance neto. Antes de la ley 100, la diferencia entre los recursos internos y externos era menos marcada, y aunque se le daba mayor importancia a la financiación pública, ésta no respondía a un claro principio de equidad.

Dado que además de los aportes se requieren recursos externos, estos tienen que originarse, tarde o temprano, en los impuestos. Los gobiernos pueden recurrir a la deuda como una forma transitoria de financiación, pero en el largo plazo la única fuente segura de financiación son los impuestos. Y para que los aumentos en cobertura no sean débiles, es indispensable consolidar un sistema impositivo progresivo basado en un principio de equidad amplia.

Por otra parte, debe tenerse en cuenta que no todos los recursos destinados a la UPC y girados a las EPS se convierten en servicios de salud para los colombianos, evidenciados los mecanismos legales e ilegales de **“transferencia de precios o utilidades”** a través de empresas integradas, bien sea verticalmente, como se hizo público en el sonado caso de sobrefacturación en medicamentos de Salucoop, u horizontalmente, como en el caso de las EPS con negocios de salud prepagada, entidades que cargan los costos de los servicios en primera instancia al POS y la UPC de sus afiliados y en consecuencia obtienen las utilidades vía la empresa de medicina prepagada, O bien simplemente robando los recursos, por ejemplo reportando pagos a IPS fantasmas, como lo denunciara el comandante de la Policía Nacional hace un par de años en EPS del Régimen Subsidiado. Estos hechos presionan el gasto en salud y la UPC hacia arriba y finalmente hacen más insuficiente la UPC, al extraer parte de los recursos que deberían ser destinados a los servicios de salud a los afiliados.

En reciente publicación sobre cobertura universal en salud, el informe sobre Colombia publicado por la oficina mexicana de la OPS, señala en algunos apartes (ref: Martínez, Félix. Colombia. En: Artaza Oswaldo y otros (ed). *Cobertura universal en salud. Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. México: OPS/OMS en México, 2013):

Rentismo y transferencia de precios

Según la Contralora General de la República (Morelli 2012)²⁸, así como las denuncias de la Federación Médica (Fernández 2012)²⁹ y el informe de la Corte Constitucional del año 2012³⁰, parecería que las EPS son un negocio de intermediación financiera, que generan incrementos de costos para el Sistema sin correlato en la atención de los ciudadanos.

La intermediación financiera, de donde derivarían rentabilidades consistiría, según las creencias y críticas mayoritarias, en retrasar los pagos a los prestadores y poner a rentar estos recursos en el sector financiero, hecho que no es comprobable empíricamente con los estados financieros, según el estudio de la Unidad de Capacitación del Sistema para 2011 (Universidad Nacional 2011)³¹. Por el contrario, señala el estudio, las aseguradoras, tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado, adoptan comportamientos rentistas, al derivar las utilidades hacia los negocios de prestación de servicios integrados, tales como capitación con entidades propias, compra de medicamentos o insumos, inversiones en instalaciones y equipos, servicios de ambulancias, lavanderías, celaduría y otros servicios generales. Las compras de servicios, medicamentos o insumos, en estos procesos de integración vertical con las empresas de la misma entidad o el consorcio, o en el que participan los administradores o sus allegados, quedan por fuera de mecanismos de mercado, sin competencia real de precios y por tanto no hay garantía de que las negociaciones se den a los precios óptimos.

²⁸ Morelli Sandra. Reflexiones sobre el control en el sector Salud. Sistema Nacional de Salud. Infinitamente rico en su miseria. Economía Colombiana No. 336 Revista de la Contraloría General de la República. Imprenta Nacional. Contraloría General de la República – 2012.

²⁹ Fernández Germán. Federación Médica Colombiana revela distorsiones financieras y contables por parte de las EPS. Sistema Nacional de Salud. Infinitamente rico en su miseria. Economía Colombiana No. 336 Revista de la Contraloría General de la República. Imprenta Nacional. Contraloría General de la República – 2012.

³⁰ Corte Constitucional, “Audiencia Pública de Rendición de Cuentas Sentencia T-760 de 2008. Julio de 2011”. Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008. República de Colombia. Corte Constitucional. Fondo Nórdico para Derechos Humanos. Banco Mundial. Colombia 2012.

³¹ Informe del Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación. Nota Técnica. Universidad Nacional de Colombia Concurso de Méritos con Precalificación No. 01 De 2010. Unidad Administrativa Especial Comisión de Regulación en Salud (CRES). Bogotá, Marzo 15 de 2011.

Dado que las aseguradoras privadas provenientes de las empresas de seguros médicos o de medicina prepagada (existentes con anterioridad a la reforma y obligadas a integrarse al nuevo régimen contributivo), se introdujeron tímidamente, con la visión de concentrarse en los grupos sociales de alto poder adquisitivo, que podían pagar un plan complementario al ofrecido por el Sistema, el mercado de aseguramiento fue tomado mayoritariamente por entidades sin fines de lucro, Cajas de Compensación familiar y Cooperativas, a las cuales sí les interesó desde su llegada al Sistema afiliar millones de personas, sin importar su nivel de ingresos, hecho que significó recibir recursos de capitación por miles de millones de la seguridad social, con los cuales se podían generar negocios secundarios muy rentables, mecanismo denominado de transferencia de precios o utilidades, ya que de la empresa principal y del negocio principal legalmente no podían derivar ganancias. Por la misma razón, no tienen estas entidades incentivo alguno para ahorrar recursos al Sistema y tienden a gastar la totalidad de los recibidos.

Al mismo tiempo, las entidades privadas que manejan tanto el Plan Obligatorio como los planes voluntarios, tampoco tienen interés en ahorrar recursos al Sistema, pues cargan todos los gastos de los pacientes al seguro obligatorio, hasta llegar a su tope, y derivan las ganancias por el seguro voluntario. Igualmente, como consecuencia de tal arreglo institucional y el incentivo generado, no es de esperar otro resultado.

Ninguna de estas instituciones iba a generar eficiencia en la asignación de los recursos y finalmente reducir los costos al Sistema como se presumió. Ambos tipos de entidades, por el contrario, han presionado insistentemente el incremento de la asignación per cápita.

El valor de la UPC del Régimen Subsidiado 2013

8.6 ¿Los fundamentos invocados en la Resolución 4480 de 2012, justifican que el valor de la UPC-S sea inferior al fijado para la UPC-C?

8.8 ¿El valor de la UPC Subsidiada 2013 es suficiente para financiar los servicios de salud contenidos en el POS unificado? En caso de considerar que dicho monto se encuentra minusvalorado o sobredimensionado, indíquelo y justifique tal afirmación.

FEDESALUD se ha pronunciado con anterioridad sobre la forma que se fijó la UPC del Régimen Subsidiado y la diferencia entre la UPC del Régimen Subsidiado con la UPC

nominal y la UPC real del Régimen Contributivo, considerando los cálculos, por entonces bajo responsabilidad de la CRES, no aceptables técnicamente:

En primer lugar debe establecerse que, a precios de mercado, iguales servicios de salud deben tener un costo similar entre el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado y que se espera que a un POS igual, debería corresponder una UPC igual en los dos regímenes.

Por ello se ha comparado históricamente, en el propósito de igualdad establecido desde la constitución y la Ley 100, la UPC de uno y otro régimen. Sin embargo la comparación se ha venido realizando entre los valores nominales dados a conocer primero por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y posteriormente por la Comisión de Regulación de Salud (CRES).

En este punto es necesario establecer que la UPC nominal del Régimen Contributivo no es el per cápita promedio real que reciben las EPS del Régimen Contributivo. En los considerandos de los acuerdos del CNSSS y la CRES que establecen la UPC anualmente, se registra entre 2005 y 2010 que el valor pagado per cápita en la vigencia anterior resultó un porcentaje mayor de la UPC nominal en razón de los ponderadores de edad y zona. Estos porcentajes varían en cada Acuerdo, pero la diferencia se acercaba al 10% cuando dejó de publicarse en los considerandos. Esto quiere decir que por esta razón las EPS del Régimen Contributivo reciben un valor promedio por afiliado muy superior a la UPC nominal.

Por otra parte, igualmente los acuerdos del CNSSS y la CRES determinan el valor que recibirán las EPS del Régimen Contributivo por afiliado para promoción y prevención. Las EPS del Régimen Subsidiado no reciben dinero por este concepto, sino que se supone que está dentro de la UPC, por lo cual, a igual POS, la UPC de Régimen Subsidiado sólo sería comparable con la UPC del Régimen Contributivo más los recibido por promoción y prevención.

El cuadro 1 resume los recursos per cápita promedio recibidos por las EPS entre 2003 y 2012 en la columna UPC real y establece sus componentes y la diferencia con la UPC nominal, de conformidad con lo establecido en los Acuerdos del CNSSS y la CRES. Para 2011 y 2012 se estima que el porcentaje por ponderadores de edad y zona superó el 9,8% del año 2009, citado en la publicación del Ministerio de la Protección Social sobre el estudio de Suficiencia de la UPC para el año 2010, y alcanza un 11% con los nuevos ponderadores para las EPS con mayor porcentaje de población mayor de 60 años, establecidos a partir del Acuerdo 26.

Cuadro 17.- UPC anual 2003 a 2012 e interanuales por igualación de POS de niños, mayores de 60 y unificación. Incluye UPC nominal y real con base en los ponderadores y pagos por promoción y prevención en el Régimen Contributivo. UPC del Régimen Subsidiado su relación porcentual con la UPC nominal y real del Régimen Contributivo.

Fijación de UPC por CNSS o CRES	UPC nominal contributivo	UPC real contributivo	UPC subsidiado	Relación con UPC nominal contributivo	Relación con UPC real Contributivo
2003	323.316	351.856	191.821	59%	55%
2004	344.973	370.671	192.344	56%	52%
2005	365.674	387.401	203.886	56%	53%
2006	386.881	432.688	215.712	56%	50%
2007	404.215	458.163	227.578	56%	50%
2008	430.488	488.747	242.370	56%	50%
2009	467.078	526.582	267.678	57%	51%
niños 2009	467.078	526.582	278.780	60%	53%
2010	485.014	549.646	281.837	58%	51%
2011	500.584	567.477	298.911	60%	53%
mayores 60 2011	500.584	567.477	317.423	63%	56%
2012	547.639	628.040	352.339	64%	56%
unificación 2012	567.799	650.417	433.667	76%	67%

Fuente: Cálculos FEDESALUD con base en Acuerdos del CNSSS y la CRES.

A pesar de que la Resolución 4480 de 2012 incorpora ya los ponderadores de edad en el Régimen Subsidiado que establecían una buena parte de la diferencia, se continúan presentado las comparaciones entre las UPC del Régimen Contributivo y Subsidiado, sin tomar en cuenta que a las EPS del Régimen Contributivo se les paga además de la UPC un monto por afiliado por concepto de promoción y prevención, monto que no se cancela a las EPS del Régimen Subsidiado. De esta forma la comparación resulta intencionalmente engañosa.

Pueden apreciarse en el siguiente cuadro, las diferencias al comparar la UPC del Régimen Subsidiado con la UPC del Régimen Contributivo, teniendo o no en cuenta los recursos de promoción y prevención que se pagan únicamente en el Contributivo.

Relación entre UPC Contributiva y UPC Subsidiada con ponderadores de edad y sexo. Resolución 4480 de 2012						
	UPC contributiva	Recursos per cápita para promoción y prevención	Total pago per cápita Contributivo	UPC Subsidiada	Relación UPC Subsidiada con UPC contributiva	Relación con UPC subsidiada con UPC Contributiva más p y p
menores de 1	1.688.569	20.945	1.709.514	1.510.639	89%	88%
1 a 4	542.203	20.945	563.148	416.304	77%	74%
5 a 14	189.403	20.945	210.348	166.288	88%	79%
15 a 18 H	180.526	20.945	201.470	195.811	108%	97%
15 a 18 M	285.268	20.945	306.212	324.788	114%	106%
19 a 44 H	321.224	20.945	342.169	326.520	102%	95%
19 a 44 M	595.969	20.945	616.914	516.830	87%	84%
45 a 49	589.482	20.945	610.427	528.131	90%	87%
50 a 54	751.860	20.945	772.805	660.316	88%	85%
55 a 59	919.073	20.945	940.018	801.054	87%	85%
60 a 64	1.182.834	20.945	1.203.779	990.756	84%	82%
65 a 69	1.471.345	20.945	1.492.290	1.227.946	83%	82%
70 a 74	1.765.606	20.945	1.786.550	1.497.661	85%	84%
75 y más	2.218.712	20.945	2.239.657	1.861.643	84%	83%

El resultado de esta comparación demuestra que una vez incluidos en los cálculos de la UPC del Régimen Subsidiado los ponderadores de edad y sexo, la diferencia entre Contributivo y Subsidiado sigue siendo mayor en porcentaje cuando se tienen en cuenta los recursos adicionales que se pagan en el contributivo por promoción y prevención.

Adicionalmente a esta consideración, se tiene un nuevo y muy relevante hallazgo al comparar las UPC por grupo de edad, según la Resolución 4480 de 2012: el hecho de que los niños sean el grupo que muestra mayor diferencia de recursos per cápita entre los regímenes Contributivo y Subsidiado. Mientras para los grupos mayores de 45 años la diferencia entre los recursos de uno y otro régimen asciende a cerca del 12% o del 15% considerando el pago de promoción y prevención, la diferencia de recursos en los niños de 1 a 4 años entre uno y otro régimen es del 23% o 26% si se consideran los recursos de promoción y prevención.

Dicho de otra forma, el Sistema General de Seguridad Social en Salud paga un 35% más a las EPS del Régimen Contributivo por los niños de 1 a 4 años que a las EPS del Régimen Subsidiado. Igualmente por los niños del Régimen Contributivo de 5 y 14 años, el Sistema paga un 26% más que por los niños del Régimen Subsidiado.

La diferencia mayor se explica por el menor per cápita en ambos regímenes para estos grupos de edad, valor menor que causa que los recursos de promoción y prevención, iguales para todos los grupos de edad, tengan un mayor peso proporcional.

En este punto cabe considerar y evaluar el hecho de que no se arbitren específicamente recursos de promoción y prevención a la población infantil del Régimen Subsidiado, pobre, llena de privaciones y vulnerable por definición, población que en términos constitucionales, legales, como en términos de equidad y también desde el punto de vista de la salud pública, debe ser la prioritaria en términos de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Adicionalmente, como los niños del Régimen Contributivo entre 1 y 14 años ascienden tan sólo a 3.912.243 (21.5% de los afiliados de este régimen), mientras que los niños del Régimen Subsidiado de la misma edad alcanzan 6.464.100 (29,5% de los afiliados), según las cifras oficiales, se confirma que la importante diferencia entre las UPC de los dos regímenes afecta gravemente a la mayoría de la población infantil del país, en contra de la prevalencia de los derechos de los niños y las niñas y su protección especial en nuestro ordenamiento constitucional

Por otra parte, sigue actualmente sin resolverse el problema de accesibilidad de las poblaciones dispersas a los servicios básicos, problema que acaba justificando que los decisores consideren que estas poblaciones, como no acceden a los servicios, requieren menores recursos.

Tampoco está resuelto el problema general de acceso a los servicios de buena parte de la población del Régimen Subsidiado, por insuficiencia general de la red de servicios, además del crónico problema financiero de los hospitales públicos.

Es necesario insistir ante la Honorable Corte Constitucional sobre la necesidad de ampliar el debate público nacional sobre la inconveniencia de continuar con el mismo modelo de aseguramiento de mercado con competencia regulada y subsidio a la demanda adoptado por el país en 1993. Existen alternativas legislativas, como se mencionó anteriormente, en las cuales se busca reorientar el papel del Estado en el ordenamiento del sistema en su conjunto y en la administración de los recursos, como la mejor opción para avanzar en la protección, respeto y garantía del derecho fundamental a la salud, en todas sus dimensiones, y superar la perversidad del predominio del lucro por encima de las necesidades en salud de la población.