

Bogotá diciembre 4 de 2020

Honorable Magistrado:

**José Fernando Reyes Cuartas**

Sala Especial de Seguimiento Sentencia T760/2008

Corte Constitucional

Ref. Respuesta Oficio No OPTB-819/20

Estimado Magistrado José Fernando Reyes Cuartas, saludo cordial.

Por medio de la presente y en los adjuntos, remito a usted la respuesta al Auto de la Referencia. Para su elaboración contamos con la participación de la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T760/2008 y por una reforma estructural al sistema de salud, CSR, la Fundación para la Investigación y desarrollo de la salud y la seguridad social, FEDESALUD y del Observatorio de Medicamentos de la Federación Médica Colombiana, OBSERVAMED. Son dos documentos que adjunto, una respuesta integral a las preguntas que se nos formulan y un anexo sobre el sistema de información relacionado con los medicamentos en particular, que va como anexo. Esperamos que les sean de utilidad para las decisiones que se aprestan a tomar.

Cordialmente,

**Pedro Santana Rodríguez**

Vocero Comisión de Seguimiento Sentencia T760/2008, CSR.

**Félix León Martínez**

Presidente FEDESALUD

**Oscar Andía**

Director OBSERVAMED, FMC.

**3. 1. Para poder determinar la suficiencia de la UPC es imperioso contar con un sistema único de información que suministre, con la oportunidad y calidad requerida, los insumos para que las autoridades del sector adopten las medidas que se requieren para corregir fallas de regulación o de inspección y vigilancia que inciden en el goce efectivo del derecho a la salud, dentro de lo cual debe contemplarse la sostenibilidad de la UPC. ¿Considera que los sistemas de información que comportan el SGSSS cumplen con esas características y permiten calcular y actualizar con precisión el valor de la UPC?, ¿las medidas reportadas por el Ministerio de Salud contribuyen a mejorar efectivamente la calidad y veracidad de la información entregada por las EPS del RS? Explique la respuesta.**

En el estudio de la UPC para 2011 realizado para la CRES, la Universidad Nacional (Universidad Nacional 2011)<sup>1</sup>, 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:

*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*

---

<sup>1</sup> 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.

*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.*

Esta situación continúa inmodificable, de acuerdo con lo señalado por el mismo Ministerio en el Estudio de Suficiencia de la UPC 2020<sup>2</sup>:

*Para seleccionar las aseguradoras con cobertura de calidad estadísticamente aceptable y que, por lo tanto, pueden hacer parte del estudio, se toman las coberturas de valor mayor o igual al 90%; sin embargo, cuando las aseguradoras no alcanzan este porcentaje, en el caso del Régimen Subsidiado, se determina el percentil 75, donde son eliminados los valores por encima de 100% y se procede a realizar la selección del conjunto de aseguradoras que pasan a la selección, revisando que en ningún caso las coberturas sean inferiores al 80%, dado que se estima que por debajo de ese nivel se pone en riesgo el cálculo adecuado de la suficiencia.*

### **Régimen Contributivo**

*El proceso de evaluación de cobertura de la información reportada por las aseguradoras, muestra que, de las 17 EPS de Régimen Contributivo durante el año 2018, el 82%, 14 EPS, reportaron la información de prestación de servicios y de este subconjunto se seleccionó del 64%, 9 EPS, que superó el 90% de cobertura valor una vez surtidos los procesos de calidad.*

### **Régimen Subsidiado**

*Para el año 2018, el 93% de las EPS de este régimen reportaron la información de prestación de servicios, de las cuales el 32%, 9 EPS, superaron el umbral de*

---

<sup>2</sup> Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, recursos para garantizar la financiación de tecnologías en salud y servicios en los regímenes Contributivo y Subsidiado. Año 2020. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Diciembre de 2019.

*cobertura valor establecido para hacer parte de la información seleccionada al estudio de suficiencia de la UPC y los mecanismos de ajuste de riesgo. Estas EPS fueron: Salud Vida, Capital Salud, Savia Salud, AnasWayuu, Coosalud ESS, Asmet salud, Emssanar, Comparta y Mutual Ser, cuya información representa el 59% de la población afiliada y el 71% del gasto reportado para el régimen.*

El estudio de la Universidad Nacional (Universidad Nacional 2011) presentó 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.*

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) 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.

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 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 utilizarán 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.**

Adicionalmente, la no disponibilidad pública de la información detallada (las bases de datos construida con la información reportada por las EPS, 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.

### **3.2. ¿Los sistemas de información que hacen parte del SGSSS permiten identificar las barreras de acceso a los servicios de salud de la población?**

Un estudio de FEDESARROLLO (FEDESARROLLO 2012)<sup>3</sup>, señalaba, en algunos apartes (pág. 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....*

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.*

También esta situación sigue sin mayor variación.

El Ministerio de Salud, en la respuesta al Auto 411 de 2016, sobre la necesidad imperativa de considerar dentro del Sistema de Información las barreras de acceso a los servicios de salud y las necesidades reales de la población, presenta respuestas que ratifican lo hace muchos años evidenciado por la Universidad de los Andes.

1.- En primer lugar, presenta cifras de su propio sistema de información, sino procedentes de la Encuesta de calidad de Vida de 2011 a 2016, que ratifican una menor accesibilidad y mayores barreras de acceso a la población necesitada de servicios en el Régimen Subsidiado, además de una marcada inaccesibilidad en regiones como la Costa Pacífica.

De los afiliados al régimen contributivo que presentaron en los últimos treinta días una necesidad en salud, el 73,96% y 82, 13% fue atendido institucionalmente, en los años

---

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



2011 y 2016 respectivamente; mientras para los afiliados al régimen subsidiado esta proporción fue de 64,16% y 69,32%.

De las personas que presentaron en los últimos treinta días una necesidad en salud, en la Región Pacífica (sin incluir Valle) el 64,7% y 52,5% fue atendido institucionalmente, en los años 2011 y 2016, mientras en la Región de la Orinoquia - Amazonia esta proporción fue de 56,2% y 78,9% y en San Andrés y Providencia de 85,3% y 94,3% para estos años, denotando aumento en el período.

El problema de estas cifras es su alta agregación y generalidad. Los datos sobre calidad de la atención deben estar ligados a cada territorio y a cada población, para tener utilidad como indicadores de acceso y servicio. De ser accesible a los centros de investigación y universidades la base de datos utilizada para el cálculo de la UPC, se podría calcular la prestación de servicios por cada entidad territorial, en relación con la población asegurada de cada régimen. Por otra parte, a partir del Registro Especial de Prestadores se pueden verificar los servicios habilitados en cada entidad territorial, que evidencian una gran inequidad entre regiones entre grandes ciudades y poblaciones dispersas y entre distintas localidades y estratos sociales al interior de las ciudades. Con estas dos bases es factible aproximarse a la realidad de los servicios prestados a la población de cada territorio en términos de frecuencias y tasas. En los años 80 era posible conocer el número de consultas por mil habitantes en todos los municipios del país, como el número de egresos hospitalarios, partos o cirugías, como lo permiten los sistemas de información en salud en todos los países del mundo. Actualmente se presentan cifras agregadas de miles de millones de atenciones (donde se mezcla, consultas, exámenes de laboratorio, otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos, medicamentos, etc.), información que es más útil para hacer propaganda del Sistema que para conocer la situación real de atención en salud de los colombianos.

Según el ASIS 2019<sup>4</sup> *“El 92,34% (705.946.753) de las atenciones fueron en consulta con media anual de 74.966.365,4 atenciones y desviación estándar de 22.056.086,1. El 5,72% (4.938.695) en urgencias, con media anual de 4.640.493,7 y desviación estándar de 1.940.653,9. Y el 1,94% (1.661.375) en hospitalización, con media anual de 1.577.128,6 y desviación estándar de 539.860,3”*.

2.- En segundo lugar, se mencionan una serie de actividades para mejorar la oferta de servicios en salud en las instituciones públicas y, específicamente, en información, se menciona la *“Definición y operación de un nuevo sistema de información para el mejoramiento de la calidad en la atención”*.

*A través de la puesta en marcha de este sistema de información, se pretende generar acciones de mejoramiento al resultado de los indicadores de calidad, por parte de los actores del sistema de salud y ofrecer insumos para la referenciación por calidad entre los mismos. En este sentido, se realizaron acciones orientadas*

---

<sup>4</sup> Análisis de Situación de Salud (ASIS), Colombia 2019. Ministerio de Salud y Protección Social

*a disponer los soportes y la asistencia técnica necesaria para la implementación del sistema. A su vez se elaboró y publicó un instrumento metodológico que brinda las orientaciones técnicas para el mejoramiento de los resultados de los indicadores del monitoreo de la calidad en las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales, y los Prestadores de Servicios de Salud.*

Y agrega que:

*Con la operación de este nuevo sistema de información, se pretende constituir el monitoreo de la calidad en una herramienta de evaluación de la política pública del país, la cual busque el fortalecimiento de la gestión del riesgo, una atención más efectiva y segura y mejores experiencias por parte de las personas que utilizan el sistema de salud. Es decir, un mejoramiento de la calidad de la atención en salud y un acceso efectivo a los servicios de salud.*

Es decir que este Sistema de Información no se encontraba aún operativo.

En respuesta al Auto de Marzo 11 de 2020 de la Corte Constitucional, el Ministerio de Salud reporta que la información de este Sistema ya está disponible en <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/Indicadores.aspx> , por EAPB y por IPS. Hemos tenido serias dificultades para acceder a esta información en la página web y poder evaluarla. La que se logra acceder es totalmente fragmentaria, por lo que no reúne la consistencia necesaria para un análisis de la accesibilidad real al Sistema.

3.- En tercer lugar, presenta el Ministerio los resultados de la Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS, realizada en 2017, con el fin de establecer el nivel de satisfacción del usuario acerca del desempeño y la calidad de las EPS, desde diferentes dimensiones.

*La satisfacción global para el año 2017 fue del 72,6% en el total de usuarios. Cifra similar al año anterior. Al igual que en otros indicadores de percepción sobre la calidad del servicio, los usuarios en el régimen subsidiado refieren estar más satisfechos que los del régimen contributivo. La diferencia entre los dos fue de 10,5%, superior a la distancia que se tuvo en el 2016 de 7,1%. Los usuarios de régimen contributivo son más exigentes con el servicio, lo que resulta en una menor satisfacción (66,6%), frente a la de cotizantes y beneficiarios (77,1%).*

Entre otros hallazgos menciona que los tiempos de espera aumentaron de 2016 a 2017.

- *En promedio los tiempos de espera de medicina general aumentaron de 6.6 días en el año 2016 a 8,5 en este año. La brecha por régimen se amplió a 5 días, siendo mayor el impacto del crecimiento en el tiempo de espera en el régimen contributivo.*

- *La percepción de los usuarios frente a los tiempos de espera más altos están asociados a las citas de medicina interna, cirugía general, otras consultas de medicina especializada y en los programas de promoción y prevención. El aumento en el último año para estos servicios ha sido considerable, es el caso de las citas de otras consultas de medicina especializada que ascendieron a 8,6 días con respecto al año anterior y esta diferencia se debe básicamente a una percepción en el aumento de los días de espera para la asignación de citas de medicina especializada en el régimen subsidiado.*

En respuesta al Auto de Marzo 11 de 2020, de la Corte Constitucional, el Ministerio de Salud nuevamente reporta:

A través de dicha encuesta se pudo establecer el nivel de satisfacción del usuario con el desempeño y la calidad de los servicios prestados por las -EPS. desde diferentes dimensiones (acceso, satisfacción. oportunidad, entre otros). Se han realizado 6 mediciones (una anual desde el año 2013), para la última se realizaron 25.760 encuestas efectivas, en 101 ciudades de todo el territorio nacional, con una representatividad nacional por EPS, régimen y departamento, un nivel de confianza mayor al 96% y un margen de error menor al 5%.

Algunos de los indicadores más representativos del resultado de la última medición (2018) son:

- ✓ Tiempo promedio de espera para una cita de medicina general, en días. que transcurrió entre el primer contacto con la EAPB para la asignación de la cita y la atención (días): 5.
- ✓ Tiempo promedio de espera para una cita de odontología, en días, que transcurrió entre el primer contacto con la EAPB para la asignación de la cita y la atención (días): 4.4
- ✓ Proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos de la E.APB; 71.9%
- ✓ Proporción de usuarios que recomendaría su EAPB a familiares y amigos: 61%
- ✓ Proporción de usuarios que considera fácil o muy fácil acceder a un servicio de salud: 42.1%
- ✓ Entrega de medicamentos completos la primera vez que los solicito: 78%

El problema de estas cifras, nuevamente, es su alta agregación y generalidad. Los datos sobre calidad de la atención deben estar ligados a cada territorio y a cada población, para tener utilidad como indicadores de acceso y servicio.

Finalmente, 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 ha requerido la Corte Constitucional.

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.

En conclusión, queda claro que el Ministerio de Salud dispone de la información, como también quedan claros los ***“mecanismos que debería implementar con el fin de conocer en tiempo real el grado de cobertura y el acceso con calidad y oportunidad a los servicios de salud no sólo por parte de las personas que padecen alguna discapacidad, sino también por el resto de la población”***: *Bastaría con que utilice la información de que dispone actualmente, mejore progresivamente la oportunidad de los reportes, pero sobre todo se estructure a partir de la misma información los Indicadores de Gestión sobre prestación de servicios a la población asegurada.*

Debemos precisar finalmente el llamado a que esta información sea pública y no permanezca oculta a los estudiosos del sector, pues la no disponibilidad pública de dicha información detallada –por supuesto anonimizada–, 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. Pero, por sobre todo, evidencia falta de transparencia, al no querer evaluar ni permitir evaluar a otros el comportamiento de las EPS y la realidad de la prestación de los servicios de salud, bajo este mercado del aseguramiento. Esta falta de transparencia, siempre determinada y sostenida por la Dirección del Sistema, ha sido la característica fundamental del SGSSS desde su implementación.

***3.3. ¿Considera que la información que las EPS se encuentran obligadas a reportar, permite efectivamente definir un valor suficiente por concepto de UPC? ¿Qué información adicional considera que podría contribuir en la definición de dicho valor? Explique su respuesta.***

Los problemas fundamentales del método de cálculo de la UPC de los Regímenes Contributivo y Subsidiado son dos: la metodología y las consideraciones diferenciales, ambas se ocupan de “naturalizar” las diferencias entre los ciudadanos de nuestro país, en lugar de reducirlas progresivamente, como ordenó la Honorable Corte Constitucional.

## La metodología

El primer problema tiene que ver con que los estudios de suficiencia buscan un equilibrio entre los ingresos y los gastos de los aseguradores, pero están completamente desligados de los problemas reales de salud de la población. Es como si las necesidades de servicios de salud de las poblaciones y por tanto los recursos a proveer para garantizar su atención, se redujeran a los servicios demandados en el periodo inmediatamente anterior. Esta metodología simplemente borra la demanda insatisfecha, al no considerarla en la metodología de cálculo, al igual que invisibiliza las enormes barreras de acceso a los servicios de buena parte de la población. Es decir, financia la mayor utilización de servicios por parte de poblaciones urbanas de mayor poder adquisitivo y asigna menos recursos a las poblaciones pobres y marginadas que no pueden utilizar los servicios debido a barreras geográficas, económicas y de oferta de servicios.

El Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación 2020 señala:

*La zona ciudades presenta la mayor proporción de afiliados equivalentes (74,73%) y de actividades reportadas (80,04%) con una concentración del 80,22% del gasto. Le sigue la zona normal, que representa el 21,62% de la población, pero con una cantidad de actividades y gastos reportados que no superan el 20%. Por su parte, las zonas especial y alejada, que concentran menos del 4% de la población, reportan el 1,51% y 1,79% de las actividades y gasto, respectivamente.*

En respuesta al Auto de Marzo 11 de 2020 de la Corte Constitucional, el Ministerio de Salud justifica la diferencia entre la UPC del Régimen Contributivo y el Subsidiado:

*.....las tendencias de uso de los servicios de salud muestran que en el Régimen Contributivo una alta proporción de la población afiliada hace uso de los servicios de salud, mientras que en el Régimen Subsidiado la proporción que hace uso de estos servicios es menor.*

.....

*Teniendo en cuenta que la fijación de la UPC se basa en el estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para garantizar todos los servicios y tecnologías en salud que no se encuentren expresamente exceptuados y que toma como fuente de información estos usos y gastos, así como la tendencia de los servicios y costos reportados por las EPS en los años anteriores. estas menores tasas de uso y el menor costo se ven reflejados en los resultados.*

El argumento para cuestionar el pago diferencial basado en la utilización histórica de servicios, tiene que ver con la “justicia” de realizar cálculos sobre demandas diferenciales, cuando previamente han existido gravísimas diferencias en términos de oferta de servicios y facilidades para acceder a los mismos, responsables de tal diferencia de acceso y utilización, 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 registraba 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.*

Datos más recientes del propio Ministerio permiten consolidar la argumentación sobre las graves diferencias en el acceso a los servicios de salud entre la población con capacidad de pago, afiliada al Régimen Contributivo y la población sin capacidad de pago afiliada al Régimen Subsidiado. Baste citar un párrafo del documento Análisis De Situación De Salud (ASIS) Colombia, 2017, que señala: “El 61,26% (363.659.143), de las atenciones se prestaron en el régimen contributivo y el 32,05% (190.225.858) en el régimen subsidiado. Es decir que la población subsidiada, recibió entre 2008 y 2017 la mitad de los servicios que recibió la población afiliada al Régimen Contributivo, a pesar de contar con similar número de ciudadanos.

Al observar la Resolución 3513 puede apreciarse que la mayor diferencia entre las UPC del Régimen Contributivo y Subsidiado se presenta en el grupo de 1 a 4 años, donde el valor per cápita para el subsidiado no alcanza el 80% del valor del Régimen Contributivo. Atendiendo las justificaciones del Ministerio, los niños pobres no utilizan los servicios y, por tanto, no requieren más recursos. Pero el otro grupo que presenta mayor diferencia es el de los mayores de 60 años. Resulta, según el mismo argumento, que los adultos mayores del Régimen Subsidiado tendrían menos enfermedades o necesidades de atención, por lo que demandan menos servicios que los adultos mayores del Régimen Contributivo. En cambio, los jóvenes del Régimen Subsidiado demandan y gastan más servicios que sus equivalentes en el Régimen Contributivo (realmente utilizan más servicios quirúrgicos y hospitalarios, por la alta tasa de accidentes y violencia en este grupo poblacional).

<b>Resolución 3513 de 2019. UPC 2020</b>			
	Contributivo	Subsidiado	% S/C
menores de un año	2.649.121	2.293.974	86,6%
1 a 4 años	850.640	678.740	<b>79,8%</b>
5 a 14 años	297.144	271.008	91,2%
15 a 18 hombres	283.219	319.118	112,7%
15 a 18 mujeres	447.545	529.322	118,3%
19 a 44 hombres	503.957	532.141	105,6%
19 a 44 mujeres	934.988	842.303	90,1%
45 a 49 años	924.815	860.717	93,1%
50 a 54 años	1.179.558	1.076.144	91,2%
55 a años	1.441.894	1.305.508	90,5%
60 a 64 años	1.855.696	1.614.672	<b>87,0%</b>
65 a 69 años	2.308.331	2.001.233	<b>86,7%</b>
70 a 74 años	2.769.977	2.440.800	<b>88,1%</b>
75 y más	3.480.836	3.033.994	<b>87,2%</b>

En síntesis, la demanda no es un acto racional que expresa la voluntad individual de querer o no querer recibir servicios, sino que son las condiciones sociales, de salud y de oferta de servicios, las que terminan determinando esta variable.

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.

### **Las falencias en la prestación de servicios a la población dispersa. Los negocios médicos muestran aversión a los pobres**

Una década después de puesta en marcha la reforma “promercado” de la seguridad social, se advertían graves problemas para la atención en salud de la población dispersa, pues el sistema de subsidios a la demanda no se ajustaba a las necesidades de estas poblaciones, alejadas de los servicios de salud que deberían demandar.

Las especiales características de los antiguos “Territorios Nacionales”, departamentos de la Orinoquía y la Amazonía, por ejemplo, implicaban en el anterior Sistema Nacional de Salud unas condiciones de oferta de servicios de salud muy particulares. La población dispersa, en su gran mayoría indígena, prácticamente no demanda servicios y, de hecho,

no disfrutaría de ninguno, de no ser por la oferta activa de servicios llevada hasta los asentamientos de las comunidades rurales dispersas por parte de equipos multidisciplinarios de atención, así como por la labor de los promotores de salud indígenas, eslabón fundamental entre las Direcciones de Salud y las comunidades indígenas, capaz de servir de puente para superar las grandes barreras culturales y lingüísticas.

En el estudio “El Sistema de Seguridad Social en Salud en la Región Pacífica Colombiana. La problemática de la población dispersa” (Martínez et al., 2005)<sup>5</sup>, que analizaba la situación de salud en el departamento del Chocó y la región de Tumaco del departamento de Nariño (donde la mayoría de sus habitantes, afroamericanos, también reúnen las características de población inaccesible en términos geográficos y culturales hacia los servicios de salud), se señalaba que “no existe en la práctica ninguna estrategia de atención que acerque los servicios a los ciudadanos” (p. 15).

Los ciudadanos de la región Pacífica, como los de la Amazonía, pobres en su gran mayoría, habían sido formalmente afiliados a alguna de las administradoras o aseguradoras del Régimen Subsidiado a las que el Estado pagaba por sus servicios de salud. El Gobierno se enorgullecía públicamente de haber asegurado a la población, de haber extendido la cobertura, pero la gran mayoría de estos ciudadanos no lograba acceder a los servicios de salud.

Según la investigación de Fedesalud, la inaccesibilidad geográfica es en realidad una inaccesibilidad económica en función de los costos de transporte fluvial desde los sitios de vivienda hacia los centros de salud. Los ciudadanos, pobres por definición y clasificación en su mayoría (especialmente los afiliados al Régimen Subsidiado), deben sufragar estas altas tarifas de transporte fluvial, que llegan a significar la mitad o un tercio de los ingresos familiares mensuales, si quieren acceder a la atención médica u odontológica. (Martínez y otros, 2005, p. 6) [-]

En el 2015, nuevamente Fedesalud, en respuesta al auto 408 de 2014 de la honorable Corte Constitucional, manifiesta:

*En este punto hemos señalado reiterada y públicamente que sistemas de salud basados en el mercado como el nuestro, con el incentivo dado a los aseguradores de restringir el gasto en salud y por tanto la demanda y oferta de servicios, para obtener mayores utilidades, constituyen un verdadero castigo para las poblaciones dispersas, ya que al asegurador no le convendrá hacer ningún esfuerzo para disminuir las barreras de acceso, lo que significaría aumentar sus gastos, a fin de llevar efectivamente servicios a la población dispersa. Por ello se*

---

<sup>5</sup> Martínez, Félix; Castro, Carlos Eduardo; Ordóñez, Inés Elvira; Valencia, Óscar, y Cuesta, Jenifer (2005). El Sistema de Seguridad Social en Salud en la región pacífica colombiana. La problemática de la población dispersa. Bogotá: Fedesalud.



*limitará a atender “la demanda” y como la población no puede “demandar”, el negocio resultará más rentable, mientras el carnet de aseguramiento del régimen subsidiado acaba sirviendo a las familias poco más que la estampita de algún santo. Para resaltar el tema con algún dramatismo, explicábamos, “es como si algún bogotano de clase media o alta contara con un seguro de salud costoso en Norteamérica, y no tuviera visa”.*

*También afirmamos, por ejemplo, cuando fue solicitado nuestro concepto sobre la causa de un número importante de muertes infantiles en comunidades indígenas del Chocó, que lo que en realidad nos extrañaba era que no murieran más niños, ante la grave situación sanitaria y la inaccesibilidad total a los servicios de salud. El mismo concepto de inaccesibilidad lo hemos reiterado ante distintos tribunales, cuando se nos ha sido solicitado. Nada ha cambiado diez años después del estudio, salvo que el Gobierno anterior puso el Régimen Subsidiado en Chocó en manos de la EPS pública que utilizaba abiertamente para el manejo político clientelista, e intervino la prestación de servicios y, ahora, tras las dos intervenciones gubernamentales, la situación ha empeorado, pues ya no sólo no se accede a los servicios básicos, sino tampoco se cuenta con servicios hospitalarios de calidad –dada la profundidad de la crisis–. (Fedesalud, 2015a, pp. 15-16)<sup>67</sup>*

Fedesalud, igualmente, en respuestas auto 47 de 2015 y convocatoria a Sesión Técnica de la Honorable Corte Constitucional, anotaba:

*En segundo lugar, como causa de las anomalías presentes, deben señalarse las graves deficiencias de los servicios hospitalarios para las poblaciones dispersas, en virtud de los graves problemas financieros creados por una política de financiamiento genérica, vía demanda, es decir por venta de servicios a las EPS, uniforme para todo el país y que no contempla las necesidades específicas de las poblaciones en zonas de dispersión geográfica. Debe precisarse que es indispensable mantener hospitales abiertos para estas poblaciones dispersas, pequeñas y con pocas posibilidades de demandar por las barreras geográficas y culturales, aunque no resulten rentables, dada la baja densidad poblacional y la consecuente escasa demanda, lo que supone un financiamiento de carácter específico para tales condiciones igualmente particulares. (Fedesalud, 2015b, p. 6)<sup>8</sup>*

---

<sup>6</sup> Fedesalud (2015a). Respuesta al Auto 408 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional.

<sup>7</sup> La Corte Constitucional llegó a ordenar en el 2015 acciones urgentes y una intervención coordinada de las instituciones de Gobierno ante la ausencia de medidas estatales integrales y pertinentes para enfrentar los obstáculos en el acceso a la prestación de los servicios de salud del departamento del Chocó, especialmente en el hospital San Francisco de Asís.

<sup>8</sup> Fedesalud (2015b). Respuestas Auto 47 de 2015 de la Corte Constitucional. Convocatoria a Sesión Técnica y Auto 48 de 2015.

Para que no quede duda alguna sobre el grave problema de acceso a los servicios de salud de las poblaciones dispersas y la validez incontestable de lo investigado y denunciado reiteradamente por Fedesalud, se pueden revisar los documentos oficiales del propio Ministerio de Salud y Protección Social. Sin excepción, todos los estudios anuales para el cálculo de la UPC realizados por el Ministerio de Salud en los últimos diez años<sup>9</sup> confirman que es menor el gasto per cápita de las EPS en las zonas especiales, con poblaciones dispersas, que el de los restantes grupos poblacionales, a pesar de que reciban una UPC superior. Igual lo señalan los estudios de la Universidad Nacional para la CRES en el 2010 y el 2011. Por esta causa, de hecho, el Ministerio ha reducido el pago adicional, desde el 25% que concedía al inicio de la operación del Sistema, hasta el 11% actual, aunque lo haya extendido a más municipios.

Cabe aclarar, finalmente, que los grandes conglomerados urbanos y sus municipios vecinos actualmente reciben un pago adicional a la UPC del 15%, superior al que reciben los mencionados 364 municipios de zona especial (Resolución 5925 del 23 de diciembre de 2014), hecho que acaba de demeritar el supuesto diferencial a favor de estas poblaciones que esgrime el Ministerio de Salud en su respuesta a la Corte Constitucional.

Dada la reiteración de estas situaciones, la Ley Estatutaria de 2015, en su artículo 24, establece el deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas:

*El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social.*

Por primera vez, un poder del Estado le dice claramente a otro, el Ejecutivo, que la rentabilidad social de las instituciones hospitalarias está por encima de las consideraciones sobre rentabilidad económica, en estos casos.

En nuestro país, los derechos sociales y la protección social no logran reducir la desigualdad originadas en la historia de exclusión a un nivel admisible. En suma, no logran modificar la historia de exclusión y apenas actúan como paliativo. Quiere decir ello que no son capaces de desdibujar o compensar el peso del pasado, ni las desigualdades del presente, para hacer menos desiguales las condiciones del futuro. No alcanzaron ni siquiera “el derecho a tener derechos” (Marshall 1949) los miles de niños pertenecientes a las comunidades indígenas que murieron los últimos años en el departamento de La Guajira. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) dictó medidas cautelares en protección de niños y adolescentes de las comunidades Wayú de los municipios de Uribia, Manaure, Riohacha y Maicao. La decisión se basó,

---

<sup>9</sup> Ver los “Estudios de Suficiencia y de los Mecanismos de Ajuste de Riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud” del Ministerio de Salud y Protección Social, año 2005 en adelante.

según la CIDH, en que los cobijados con estas medidas estarían en riesgo de salud por desnutrición y por la presunta falta de acceso al agua, situación que, señala la Comisión, habría causado la muerte a 4770 niños de esa comunidad indígena durante ocho años.

Igual sucede con los niños de comunidades indígenas del Chocó y a muchos más de los grupos sociales más postergados. Nutrición deficiente, condiciones sanitarias precarias, imposibilidad de construir salud, ciudadanos sin posibilidades de futuro. Condenados antes de nacer, por ser hijos de condenados por la historia de exclusión. ¿Cuál igualdad de estatus? ¿Cuáles derechos mínimos? Tan sólo el vergonzoso espectáculo de la diferencia en el valor de la vida, del desprecio por la vida de las clases marginadas. (Martínez, 2017, p. 162)

En 2018, en respuesta a las muertes de niños de la etnia wayú, la Corte Constitucional declaró el estado de cosas inconstitucional en el departamento de La Guajira, para proteger el derecho a la vida, a la salud (fundamentales de los niños) y a la igualdad, y hacer cumplir lo establecido en convenciones internacionales sobre derechos humanos y de los niños por conexidad. La Corte estableció que:

*El derecho a la salud es esporádico o incluso inexistente para algunas comunidades wayuu. Los niños y niñas que sufren de desnutrición encuentran dificultades en la atención en salud debido a un modelo de atención inadecuado para las zonas rurales dispersas, la falta de disponibilidad de la red hospitalaria y los problemas administrativos. Por ende se deben fortalecer la totalidad de infraestructura en salud que garantice tanto el acceso como la prestación idónea del servicio, creando redes de servicios que traspasen las barreras de acceso en las zonas rurales dispersas. (Sentencia T-302 del 2017)*

Adicionalmente a lo ya evidenciado en los territorios apartados y con las poblaciones dispersas sobre cómo la oferta de los servicios de salud (determinada por el mercado) no llega hacia la población pobre, alejada de los centros urbanos, recientemente se ha encontrado evidencia más fuerte de este indeseable efecto del alejamiento de los servicios de la población pobre, en una investigación realizada precisamente en Bogotá, la concentración poblacional más grande del país, que supera los ocho millones de habitantes.

La investigación “Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital” (Martínez, 2012), es la primera que permite observar las deficiencias en la oferta de servicios a las poblaciones del Distrito Capital, según localización geográfica y posición social.

Un análisis clásico de la equidad en el acceso a los servicios de salud se relaciona con la accesibilidad geográfica, dada la concentración de servicios de salud de mediana y alta complejidad en zonas urbanas y, dentro de ellas, en barrios o comunidades con mayor capacidad adquisitiva. Según la investigación,

*Este hecho parece haberse tornado más crítico en nuestro país, donde la oferta de servicios de salud hace décadas no se desarrolla mediante una planificación cuidadosa, en función de las necesidades de servicios de la población, y se ha dejado a cargo de la “mano invisible” del mercado, bajo el supuesto de que a la oferta de servicios seguiría la demanda. (Martínez, 2012, p. 241).*

La investigación demuestra que los habitantes de las localidades (comunas o colonias) con mayor población cuentan con una disponibilidad mucho menor de servicios de consulta externa general y especializada en las IPS por cada 100.000 habitantes, lo que implica en primera instancia una necesidad de desplazamiento para obtener los servicios (concentrados en otras localidades que tienen un excedente, de estos servicios para su población), lo que, en resumen, constituye una doble barrera, geográfica y económica, para el acceso a los servicios.

Agrega la investigación:

Cabe destacar que si bien podría justificarse en algún grado la concentración de algunos especialistas en zonas de la ciudad, el hallazgo de una gran desigualdad en disponibilidad de servicios de consulta de primer nivel de complejidad es prueba de que la igualdad establecida por la cobertura de la seguridad social de estos servicios en el Régimen Contributivo y en el Subsidiado, no se ha traducido en una igual oportunidad para el acceso a los servicios básicos, ni en razón de que esté disponible su pago mediante un seguro, ni en virtud de la demanda supuestamente generada por el sistema prepago de aseguramiento.

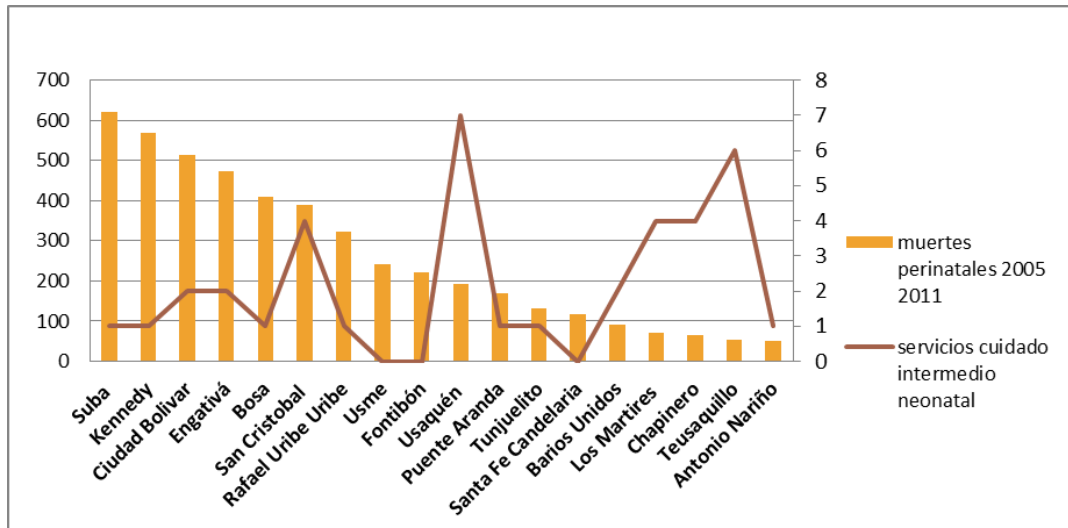
Los servicios hospitalarios para la población adulta repiten el patrón de distribución por localidad de los servicios hospitalarios en conjunto, concentrados en las localidades del norte de la ciudad con población de mayores recursos, fenómeno que se acentúa cuando aumenta el nivel de complejidad a segundo y tercero, es decir, cuidados intermedios y cuidados intensivos, servicios que empiezan a desaparecer prácticamente en las localidades más pobres del sur de la ciudad.

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 de edad. 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 en el caso de Ciudad Bolívar, localidad con la mayor mortalidad de menores de un año de edad por este tipo de enfermedades. (Martínez, 2012, pp. 268-269 )

**Gráfico: Muertes perinatales 2005-2011, según residencia de la madre, y servicios de cuidados intermedios perinatales, por localidad**

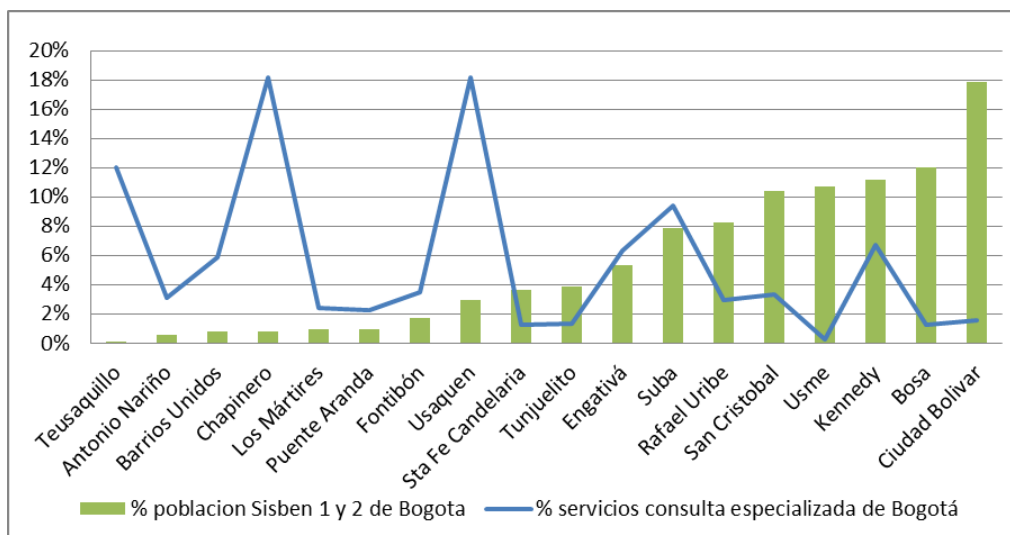


Fuente: Martínez (2012 p. 275).

Posteriormente la investigación desarrolla un análisis de equidad con una variable “proxi” de posición social, aquella utilizada precisamente por el Estado para determinar cuáles familias se encuentran en condición de pobreza y requieren subsidios de salud o de otros sectores. Se utilizó la población identificada por el Sisbén en los niveles 1 y 2, según cifras de la propia Secretaría de Salud para el 2011, con el fin de observar la relación entre concentración de población pobre y la oferta de servicios por localidad.

En los resultados de la investigación se sintetiza la enorme inequidad de una sociedad cuya oferta de servicios, en todos los servicios analizados en las IPS registradas y habilitadas en el Distrito, se aleja consistentemente de la población más pobre y, por tanto, más necesitada en términos de salud.

**Gráfico. Porcentaje de servicios de consulta especializada de la ciudad y porcentaje de población pobre clasificada como Sisbén 1 y 2 de la ciudad, en cada localidad**



Fuente: Martínez (2012, p. 279).

La investigación, en sus conclusiones, deja 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.

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)<sup>10</sup>, o los adelantados por Fedesalud en relación con las poblaciones dispersas (Martínez y otros 2005), o los realizados por el Cendex de la Universidad Javeriana. (Ruiz 1999)<sup>11</sup> (Peñaloza y otros 2002)<sup>12</sup>.

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 el desastre en términos de desigualdad que este sistema genera? 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 auto-regulado y las profundas desigualdades e inequidades generadas, algunas que rayan en un problema de derechos humanos, como el de los niños de Ciudad Bolívar. (Martínez, 2012, pp. 286 y 287)

<sup>10</sup> Arévalo, Décsi y Martínez, Félix (eds.) (2002). ¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del Régimen Subsidiado. Colección La Seguridad Social en la encrucijada (tomo I). Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia.

<sup>11</sup> Ruiz, Fernando (dir) (1999). Entorno, aseguramiento y acceso en el Régimen Subsidiado en Colombia. Bogotá: Cendex, Fundación Corona y Fundación Ford.

<sup>12</sup> Peñaloza, Enrique [citado como "Peñaloza y otros"] (2002). Propuestas de ajuste a la política del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Otro ejemplo es el caso de departamentos con muchos municipios, como Cundinamarca, donde los hospitales de segundo nivel de atención que tenía el Sistema Nacional de Salud en cada provincia, fundamentales para garantizar la atención médica de la población sin barreras geográficas importantes, no se modernizaron y adaptaron a la tecnología necesaria para prestar servicios hospitalarios de mediana complejidad (que hoy se definen como cuidados intermedios). Es decir que, ahora, en el siglo XXI, este segundo nivel de atención ya no define tecnología intermedia en la atención médica, como lo significaba en el siglo XX, dado que estos hospitales no avanzaron al ritmo del progreso tecnológico mundial en atención médica y quedaron relegados a servicios hospitalarios que hoy se definen técnicamente como de baja complejidad. Las pocas especialidades con que cuentan hoy caben en la nueva definición de atención básica del Sistema, formulada en el Modelo de Atención Integral en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)<sup>13</sup>.

Esta postergación y abandono tecnológico de los hospitales accesibles a las poblaciones de muchas provincias de los grandes departamentos obedece igualmente al abandono financiero originado en la supresión de los recursos de oferta, junto con la poca posibilidad de obtener recursos suficientes por venta de servicios al Régimen Subsidiado en poblaciones menores de 100.000 habitantes. La política de prestación de servicios los condenó al atraso tecnológico y a la crisis financiera permanente como a toda la red de servicios básicos del país para las poblaciones pobres que no habitan las grandes ciudades.

La consecuencia es que las poblaciones de muchas provincias tienen ahora su vida en riesgo ante cualquier situación crítica de salud que requiera estándares de servicios hospitalarios de un nivel de complejidad mediano o alto, pues estos servicios se encuentran a muchas horas de transporte por carretera, tiempos no recomendables en las normas internacionales para garantizar la atención oportuna de un neonato complicado, un infarto o un politraumatismo, y, por tanto, para mantener con vida a los pacientes hasta poder trasladarlo a las unidades con la tecnología necesaria para controlar médicamente la situación crítica.

Queda claro que tratar de justificar menores recursos para los niños o los adultos mayores calificados como pobres, porque no demandan servicios, es un simple intento de “naturalizar” las desigualdades entre los ciudadanos de nuestro país. Otra cosa sería si se reconoce la problemática de oferta de servicios y la injusticia e inequidad que esto supone en términos del derecho a la salud, de tal modo que los recursos faltantes para igualar a la UPC del Régimen Contributivo, que no se incluyen en la UPC del Régimen Subsidiado, se destinaran efectivamente a mejorar la oferta de servicios para la población pobre en todo el país, en busca de que, en un futuro no muy distante, se logre

---

<sup>13</sup> Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”. Bogotá. Ministerio de Salud y Protección Social.

igualar el acceso a los servicios y por tanto la demanda, para que las UPC o el gasto per cápita de los dos regímenes se igualen.

### **Las consideraciones diferenciales**

En el desarrollo del financiamiento de los dos regímenes de seguridad social en salud, desde el arranque del Sistema se fueron introduciendo progresivamente consideraciones diferenciales para las poblaciones del régimen contributivo y subsidiado. Si bien la Sentencia T-760 frenó el mayor intento de fragmentación en el derecho a la salud (tras comprobar que la Ley 1122 de 2007, que reorganizó el SGSSS, planteaba lograr la universalización de cobertura, pero no incluía en sus metas igualar el plan de salud de los ciudadanos sin capacidad de pago, con el de la población del Régimen Contributivo), subsisten diferencias importantes en el financiamiento de uno y otro régimen que terminan fortaleciendo la inequidad y la fragmentación.

La primera de ellas se concreta en el hecho de que el pago real que el Sistema reconoce por afiliado y que ingresa a las EPS del Régimen Contributivo incluye componentes adicionales a la UPC, que no existen para el Régimen Subsidiado.

El Estudio de Suficiencia de la UPC 2020 señala:

#### *2.8.2.3 Estimación de las primas actuales*

*Los ingresos incluyen conceptos adicionales cuyo valor se involucran dentro de la financiación de la prestación del servicio. Para el Régimen Contributivo son: copagos, cuotas moderadoras, ingresos por recobros a ARL, ingresos por cuotas de inscripción y afiliación, ingresos por recobros a empleadores, ingresos cuenta de alto costo, ingresos por Acuerdo 026 de 2011 e ingresos por promoción y prevención establecidos en el acto administrativo correspondiente. Para el Régimen Subsidiado: copagos e ingresos cuenta de alto costo. Estos ingresos se ajustan a sus valores esperados en 2020 de tal manera que todo el incremento en primas sea atribuible a la UPC.*

En respuesta al Auto de marzo 11 de 2020 de la Corte Constitucional, el Ministerio de Salud presenta este cuadro explicativo, que evidencia los 9 ingresos que reciben las EPS del Régimen Contributivo adicionales a la UPC, contra los dos ingresos que reciben las EPS del Régimen Subsidiado adicionales a su UPC menor, con lo cual la diferencia en el pago por afiliado aumenta entre las dos poblaciones.



**Régimen Contributivo**

1. Copagos
2. Cuotas moderadoras
3. Ingresos por recobros a ARL
4. Ingresos por cuotas de inscripción y afiliación
5. Ingresos por recobros a empleadores
6. Ingresos cuenta de alto costo
7. Ingresos acuerdo 026
8. Ingresos por duplicados de Carnets
9. Ingresos por Promoción y Prevención establecidos en el acto administrativo correspondiente

**Régimen Subsidiado**

1. Copagos
2. Ingresos cuenta de alto costo
3. Ingresos por duplicados de Carnets

Las EPS del Régimen contributivo reciben ingresos por cuotas moderadoras, por recobros a las ARL, por cuotas de inscripción y afiliación, por mora de los empleadores en las cotizaciones y por normas especiales como el Acuerdo 026, que no reciben las EPS del Régimen Subsidiado, factores que incrementan la desigualdad en el financiamiento y por tanto en la posibilidad de financiar servicios a los afiliados.

Pero, adicionalmente, se construyó otro ingreso diferencial a todas luces contrario a los determinantes sociales de salud, que afectan en mayor grado a las poblaciones pobres y marginadas. El Sistema decidió pagar una prima adicional para promoción de la salud y prevención de la enfermedad únicamente para los afiliados del Régimen Contributivo.

En enero de 2014, la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 del 2008 y de reforma estructural del sistema de salud y seguridad social – CSR-, en conjunto con la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social -Fedesalud- y la Fundación Ifarma, daban respuesta a los interrogantes planteados por la Honorable Corte Constitucional en el Auto 278, referido al seguimiento de las ordenes vigésima primera y vigésima segunda de la sentencia T-760 de 2008.

*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.*

La situación sigue inmodificable en 2020 y el pago del componente de Promoción y Prevención refuerza la inequidad entre el Régimen Contributivo y el Subsidiado para los grupos de edad con una UPC menor, es decir los niños.

Cabe anotar, finalmente, que desde las últimas reformas tributarias se retiraron los aportes patronales para salud de la mayoría de los trabajadores, de modo que los afiliados al Régimen Contributivo hoy son financiados mayoritariamente por el presupuesto nacional, es decir casi tan subsidiados como los del Régimen Subsidiado, para que se justifiquen estas inequidades en la asignación de recursos a los afiliados de uno y otro régimen.

La segunda consideración diferencial que recientemente implementó el Gobierno Nacional, no sólo mantiene las injustas diferencias entre el financiamiento de uno y otro régimen, sino que las incrementa sensiblemente, con la expedición de la Ley 1955 DE 2019, o Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”. Específicamente el Artículo 240.

*ARTÍCULO 240. EFICIENCIA DEL GASTO ASOCIADO A LA PRESTACIÓN DEL SER-VICIO Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADOS CON CARGO A LOS RECURSOS DE LA UPC. Los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS quienes los financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud*

*(ADRES). El techo o presupuesto máximo anual por EPS se establecerá de acuerdo a la metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual considerará incentivos al uso eficiente de los recursos. En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio. Lo anterior, sin perjuicio del mecanismo de negociación centralizada con-templado en el artículo 71 de la Ley 1753 de 2015.*

*En todo caso, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) considerarán la regulación de precios, aplicarán los valores máximos por tecnología o servicio que defina el Ministerio de Salud y Protección Social y remi-tirán la información que este requiera. La ADRES ajustará sus procesos administrativos, operativos, de verificación, control y auditoría para efectos de implementar lo previsto en este artículo.*

La norma sobre los presupuestos máximos para que las EPS se encarguen en adelante de cubrir los servicios no financiados por la UPC (antes no cubiertos por el POS), en lugar de recobrarlos al banco del Sistema (ADRES) y su reglamentación, entrega cinco veces más recursos al Régimen Contributivo que al Régimen Subsidiado (\$3.333.679.923.783 pesos contra 594.572.228.671 pesos), con poblaciones similares en número (Resolución 206 de 2020). Es decir, una diferencia cercana a los 120.000 pesos por afiliado, que se superpone a las diferencias en la UPC y demás componentes ya señaladas.

De este modo, esta nueva norma se constituye en la afrenta mayor a la Sentencia T-760 de 2008, que ordeno la igualación de los planes de salud del Régimen Contributivo y el Subsidiado, pues la Dirección del Sistema, en lugar de procurar alcanzar progresivamente la igualación del derecho a la salud, abre aún más, y por vía de ley, la brecha entre ciudadanos de uno y otro régimen. Por enésima vez, la tecnocracia económica, aquella que toma las decisiones importantes sobre el Sistema de Salud de los colombianos, haciendo gala de su lógica eficientista y clasista (propiedades que nunca parecen separarse), emite normas que refuerzan y afianzan la desigualdad entre los ciudadanos de nuestro país, uno de los más desiguales del mundo.

Y decimos por enésima vez, porque es pertinente recordar muchos antecedentes, como la Ley 1122 de 2007 que ordenaba la universalización de la seguridad social en salud con sólo medio POS para los afiliados al Régimen Subsidiado, hasta que la Corte Constitucional dejó claro, mediante la sentencia T-760, que el camino hacia la igualdad de derechos sociales, así sea de largo plazo, no puede detenerse (así debe entenderse el concepto internacional de los derechos progresivos). Por supuesto, menos puede reversarse, como en este caso.

Por supuesto debemos recordar el más fuerte intento de recortar el derecho a la salud, y por el camino más antidemocrático, la figura de la famosa “Emergencia Social” que reducía el POS a simple atención básica y pretendía que los servicios de complejidad mayor fueran pagados por los ciudadanos (claro está, los que pudieran). La tecnocracia, que trabajaba simultáneamente para las EPS, tuvo entonces un destacado papel en la

construcción de los decretos. También en aquella ocasión la Corte Constitucional salvó a la población colombiana, especialmente la más pobre, de perder sus derechos.

Para completar el cuadro de inequidad social, basta señalar que en los últimos años el país presencia la inauguración de grandes clínicas de alta tecnología en Bogotá y otras grandes ciudades del país, con enormes anuncios en la prensa, en los cuales se deja claro a los ciudadanos que estas instituciones son únicamente para clientes privados de planes complementarios o de empresas de medicina prepagada. Es preciso aclarar, por supuesto, que de estas clínicas (que discriminan a los afiliados regulares del SGSSS) salieron sin duda recobros por el uso de nuevas tecnologías y medicamentos innovadores de altísimo costo, contra los recursos públicos en el Fondo del SGSSS (Adress). Al fin y al cabo, los clientes privados están también afiliados al Régimen Contributivo y las aseguradoras privadas son también EPS, que no van a pagar de su negocio privado de medicina prepagada estos servicios de “mejor clase”, sino con los recursos de todos los colombianos. En contraste, el financiamiento del no POS o no UPC en el Régimen Subsidiado fue absolutamente inoperante y se tradujo en la negación casi total de estos servicios.

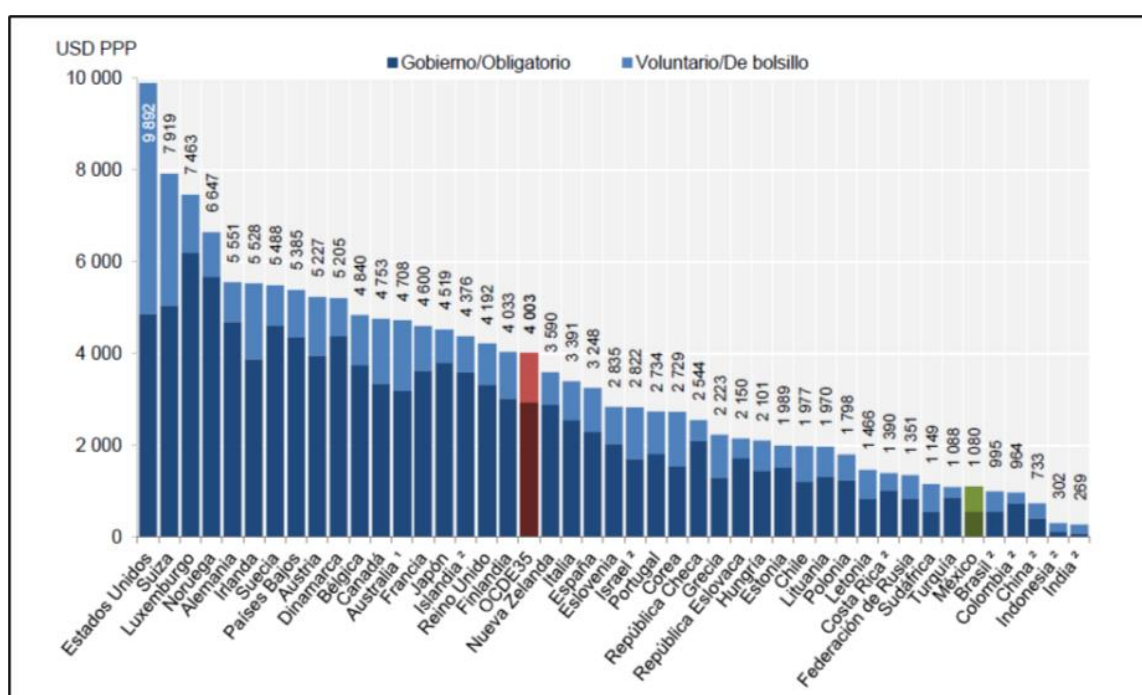
De modo que está explicado el porqué de las diferencias en recobros al Adres de unas y otras EPS, como también la causa de las enormes diferencias en el gasto al interior del Contributivo (si exceptuamos el problema de precios abusivos, que sí corrige la norma) y especialmente la brecha de gasto entre el Régimen Contributivo y el Subsidiado, que en realidad demuestra la enorme inequidad en la oferta, el acceso y la utilización real de los servicios por parte de distintos grupos de colombianos, urbanos, rurales y dispersos, ricos y pobres.

Como los ciudadanos urbanos de mayores ingresos exigen y gastan históricamente cinco veces más, requieren presupuestos máximos cinco veces más altos en sus EPS -se desprende de la nueva norma-. Como las poblaciones dispersas y pobres, no demandan ni gastan mucho en servicios, sus EPS requieren cinco veces menos presupuesto. Por eso señalamos, que haciendo gala de su lógica eficientista y clasista (propiedades que nunca parecen separarse), la tecnocracia gubernamental emite normas que refuerzan y afianzan la desigualdad entre los ciudadanos de nuestro país –uno de los más inequitativos del mundo-, en lugar de dirigir sus esfuerzos a disminuir la desigualdad, al menos en el derecho a la salud.

**3.4. En el 2013 la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá afirmó que *“es claro que un argumento mediante el cual las EPS-S daban dilación a la emisión de autorizaciones o negaban servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, estaba relacionado con la ‘insuficiencia de la UPCS’.* Esgrimían que no era posible garantizar el mismo plan de beneficios del Régimen Contributivo con una UPC de menor cuantía con relación a la establecida para dicho régimen”.**<sup>19</sup> Atendiendo a esta afirmación, ¿qué opinión le merece las razones que expone el Ministerio de Salud en relación con la imposibilidad de equiparar el valor de la UPC tanto del RS como del RC?, ¿considera que la

**desigualdad de valor de la UPC en cada régimen permite cubrir la demanda de servicios y tecnologías de igual forma, tanto para las personas pertenecientes al RC como para las del RS?**

Colombia, después de 23 años de la puesta en marcha del SGSSS, presentaba uno de los gastos *per capita* en salud más bajos entre los países de Sudamérica: US\$ 964 (ppp)<sup>14</sup> en el 2016, señala un documento de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), recursos que equivalen a menos de la cuarta parte del promedio gastado por habitante en los 35 países miembros de la (OCDE), de US\$ 4003 en el 2016 (OECD, 2017).



Fuente OCDE 2017

*En este sentido, Fedesalud<sup>15</sup> señalaba:*

*Como quiera que el SGSS colombiano ofrece a los ciudadanos un Plan de Beneficios tan amplio como el de la mayoría de los países desarrollados, la diferencia en el gasto necesariamente implica algunas de las siguientes*

<sup>14</sup> El factor de conversión a valor de paridad de poder adquisitivo internacional (de EE. UU.) fue en el 2016 para Colombia de 1,28, lo que quiere decir que el gasto per capita en dólares a valor del cambio de moneda sin esta conversión fue de 750 dólares aproximadamente. Este mayor poder adquisitivo de los ciudadanos colombianos con un dólar no puede aplicarse completamente a las cuentas del SGSSS, por cuanto cerca de la mitad del gasto en salud, que corresponde a medicamentos, insumos y tecnología médica se adquiere en dólares al valor de cambio real, por lo que no cabe estimar dicha diferencia en el poder adquisitivo, como sí sería pertinente para salarios u otros productos y servicios nacionales. Esto quiere decir que el gasto per capita a valor internacional estaría alrededor de la mitad entre los 750 y los 964 dólares que señala el gráfico de la OCDE.

<sup>15</sup> La regulación económica del sector salud. Entre la ilusión de un mercado y el control absoluto del Estado (Documento Fedesalud). Disponible en [www.Fedesalud.org/wp-content/uploads/2015/10/La-regulacion-economica-del-sector-salud.pdf](http://www.Fedesalud.org/wp-content/uploads/2015/10/La-regulacion-economica-del-sector-salud.pdf)

*posibilidades: que los precios de los componentes de la producción de servicios, o tarifas secundarias, sean muy inferiores a los de los otros países, que la utilización de los servicios sea mucho menor o que la calidad brindada sea muy inferior. O bien una combinación de las tres anteriores. En este punto caben tres posibilidades de regulación por parte del Estado. La primera, la regulación de la tarifa o prima pagada a los aseguradores y las variables que la determinan, la segunda la regulación los precios de los componentes de la producción de servicios, o tarifas secundarias y, la tercera, la regulación del acceso y la calidad de los servicios.*

La misma reflexión exactamente cabe para explicar las consecuencias de una UPC menor a la ya muy restringida que tiene el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La diferencia en el gasto necesariamente implica algunas de las siguientes posibilidades: que los precios de los componentes de la producción de servicios, o tarifas secundarias, sean muy inferiores, que la utilización de los servicios sea mucho menor o que la calidad brindada sea muy inferior. No existen otras posibilidades y el Ministerio opta por señalar como principal causa la menor utilización de servicios.

Señala adicionalmente el Ministerio:

*En lo correspondiente a la situación de salud - aspectos epidemiológicos, se tiene que, al estar el Régimen Subsidiado conformado por una población más joven que en del Régimen Contributivo, las tendencias de uso de los servicios de salud, muestran que en el Régimen Contributivo una alta proporción de la población afiliada hace uso de los servicios de salud, mientras que en el Régimen Subsidiado, la proporción que hace uso de estos servicios es menor.*

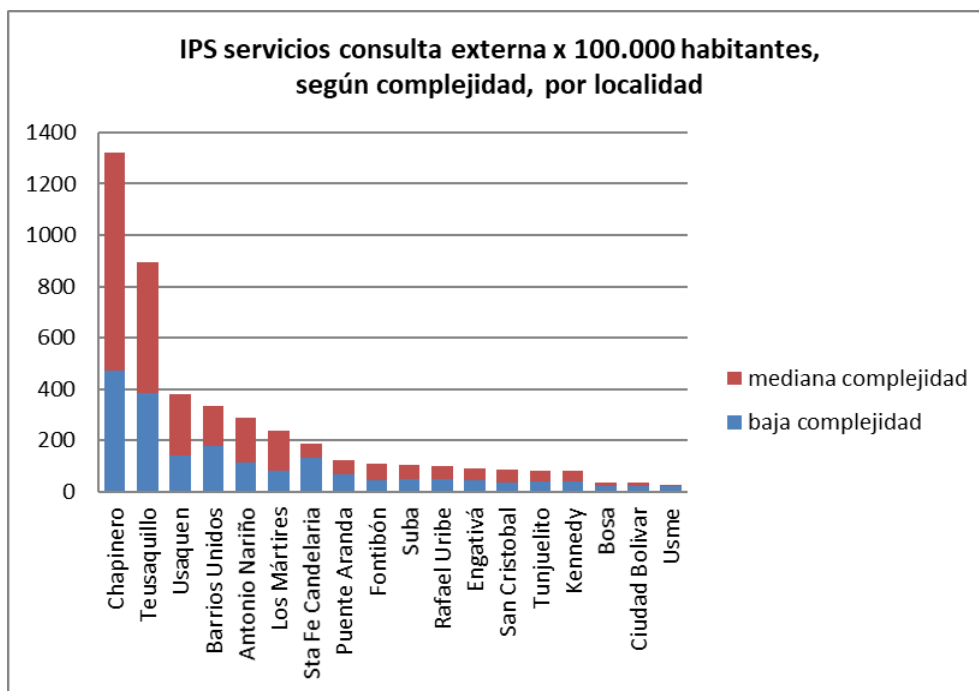
Ya se afirmó previamente que tratar de justificar menores recursos para los niños o los adultos mayores calificados como pobres, porque no demandan servicios, es un simple intento de “naturalizar” las desigualdades entre los ciudadanos de nuestro país. Otra cosa sería si se reconoce la problemática de oferta de servicios y la injusticia e inequidad que esto supone en términos del derecho a la salud, de tal modo que los recursos faltantes para igualar a la UPC del Régimen Contributivo, que no se incluyen en la UPC del Régimen Subsidiado, se destinaran efectivamente a mejorar la oferta de servicios para la población pobre en todo el país, en busca de que, en un futuro no muy distante, se logre igualar el acceso a los servicios y por tanto la demanda, para que las UPC o el gasto per cápita de los dos regímenes se igualen.

### **3.5. Atendiendo a lo dicho por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, expuesto en el numeral anterior, ¿cuál es la causa que da origen a que en la actualidad siga negándose la prestación de servicios y tecnologías que se encuentran incluidos en el PBS UPC?**

Como quiera que no hay un Sistema de Información que permita determinar la realidad de las frecuencias de uso y los costos de las EPS del Régimen Subsidiado en Bogotá, no

es posible determinar en este caso que la menor UPC es la única causa de la negación en la prestación de servicios, puesto que se evidenció hace años (2012) que existe una gravísima deficiencia en la oferta de servicios en el sur y occidente de la ciudad, lo cual constituye serias barreras de acceso para la población del Régimen Subsidiado, realidad que se ha modificado marginalmente los últimos años.

El estudio “Barreras Geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el Distrito Capital.”, ya citado, desarrollado por el Observatorio de Equidad, en la Universidad Nacional demostró la lamentable y totalmente inequitativa oferta de servicios en la capital para 2012, que puede apreciarse para servicios ambulatorios en los siguientes gráficos.

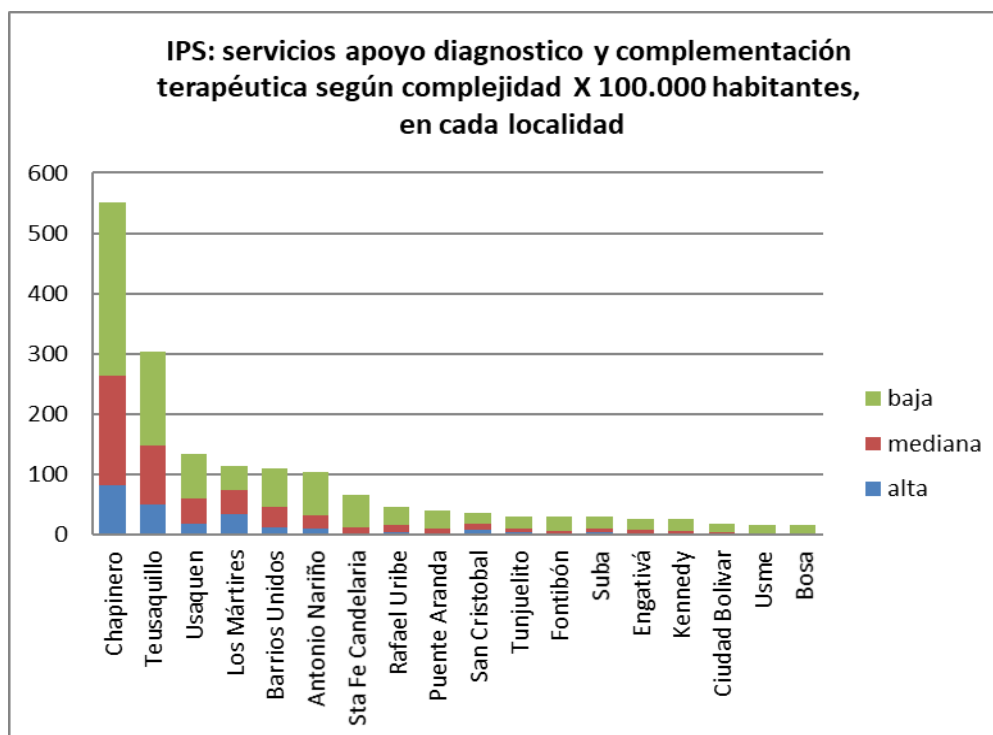


Señala el estudio:

*En este punto es fácil comprender que los habitantes de las localidades con mayor población cuentan con una disponibilidad mucho menor de servicios de consulta externa general y especializada en las IPS por cada 100.000 habitantes, lo que implica en primera instancia una necesidad de desplazamiento para obtener los servicios -concentrados en otras localidades que tienen un excedente de estos servicios para su población-, lo que en resumen constituye una doble barrera, geográfica y económica para el acceso a los servicios.*

*Cabe destacar que si bien podría justificarse en algún grado la concentración de algunos especialistas en zonas de la ciudad, el hallazgo de una gran desigualdad en disponibilidad de servicios de consulta de primer nivel de complejidad es prueba de que la igualdad establecida por la cobertura de la seguridad social de*

estos servicios en el Régimen Contributivo y Subsidiado, no se ha traducido en una igual oportunidad para el acceso a los servicios básicos, ni en razón de que esté disponible su pago mediante un seguro, ni en virtud de la demanda supuestamente generada por el sistema prepagado de aseguramiento.



Y respecto a los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, agregaba:

*Una vez más resulta evidente que los habitantes de las localidades con mayor población cuentan con una disponibilidad mucho menor de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica en las IPS por cada 100.000 habitantes, lo que implica nuevamente, una necesidad adicional de desplazamiento para obtener los servicios -concentrados en otras localidades-, lo que refuerza la doble barrera, geográfica y económica para el acceso a los servicios.*

*Cabe destacar igualmente, que si bien podría justificarse en algún grado la concentración de algunos servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de alta complejidad en algunas zonas de la ciudad, el hallazgo de una gran desigualdad en disponibilidad de servicios de baja complejidad es prueba igualmente de que la igualdad establecida por la cobertura de la seguridad social de estos servicios en el Régimen Contributivo y Subsidiado, no se ha traducido en una igual oportunidad para el acceso a los servicios.*

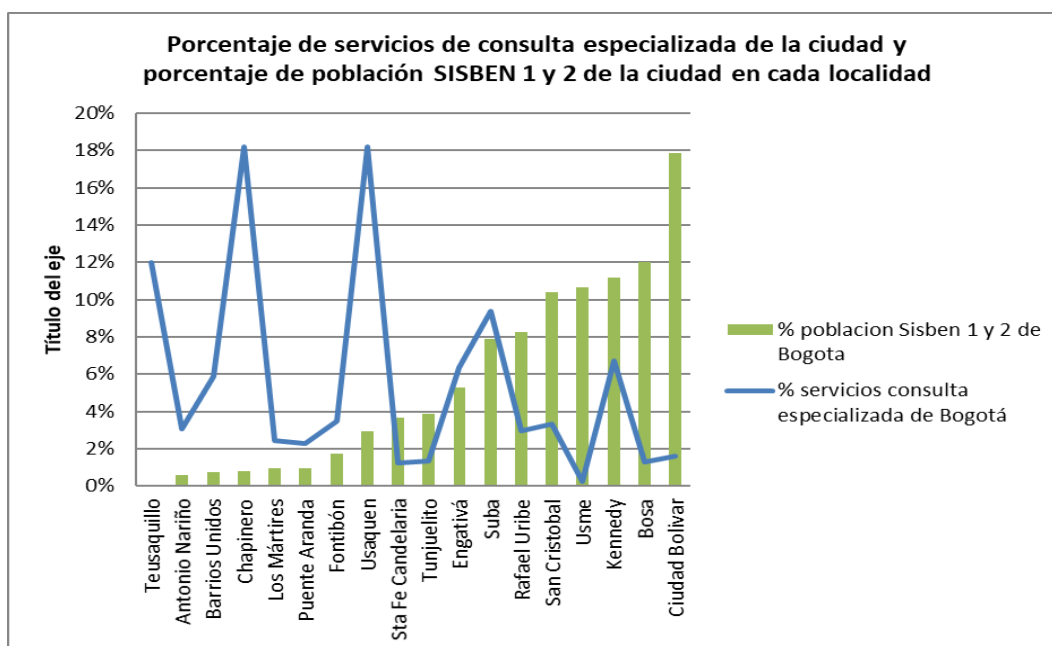
*Debe destacarse en este punto la práctica inexistencia de los servicios de mediana y alta complejidad en apoyo diagnóstico y complementación terapéutica para los*



habitantes de las localidades más pobladas, que parece coincidir con la inequidad planteada en el derecho a estos servicios mediante un Plan Subsidiado que prácticamente no los incluyó hasta el presente año que se ordenó la unificación del Plan Obligatorio de Salud.

.....

En la siguiente gráfica se sintetiza la enorme inequidad de una sociedad cuya oferta de servicios, en todos los servicios analizados en las IPS registradas y habilitadas en el Distrito, se aleja consistentemente de la población más pobre y por tanto más necesitada en términos de salud.



Concluye el estudio:

*Muestran los resultados de la investigación igualmente una ciudad profundamente fraccionada por clases sociales, que se ubican correspondiendo a esas diferencias de clase y de derechos en el espacio geográfico del Distrito y evidencian que a las posiciones más bajas en la escala social no le llega la oferta de servicios de salud mientras que a las más altas les llega en demasía.*

*La investigación deja sin duda abierta la pregunta de ¿cómo asigna 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.*

En síntesis, con esta evidencia tan abrumadora, y sin un sistema de información útil, transparente y de acceso público, que dé cuenta de los servicios prestados a los asegurados de uno y otro régimen, resulta difícil aceptar lo dicho por la secretaria de

Salud de Bogotá, en el sentido de que la insuficiencia de la UPC es la única causa o causa principal de la inaccesibilidad y negación de servicios en el Distrito Capital.

Si debemos señalar que con mayores recursos asignados y disponibles en las Instituciones que prestan servicios al Régimen Contributivo, provenientes de una UPC mayor, otros ingresos adicionales y los muy superiores presupuestos máximos para servicios por fuera de la UPC, seguirá creciendo la brecha en oferta y acceso a los servicios de salud en la ciudad, entre esta población y la del Régimen Subsidiado, es decir la inequidad entre los dos grupos en que el SGSSS ha fragmentado a la población colombiana.

**3.6. ¿Considera que los resultados reportados con ocasión de la implementación de la prueba piloto de igualación de la prima pura del RS al RC son suficientes para aceptar que ambas primas sean desiguales, atendiendo a que las condiciones y características de la población de ambos regímenes se reporta como diferente?**

En respuesta al Auto de Marzo 11 de 2020 de la Corte Constitucional, el Ministerio de Salud informa que

*El objetivo de la prueba piloto fue monitorear las frecuencias de uso y determinar con ello la factibilidad de equiparar dichas primas. Este Ministerio, en sesión del 21 de noviembre de 2018, informó a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, que la información recopilada a esa fecha no permitió concluir sobre las frecuencias de uso; que las poblaciones y operación de los regímenes seguían siendo diferentes, que se observaba en Bogotá y Medellín un incremento sostenido de las frecuencias y en forma adicional, como parte de la estrategia de gobierno, se requería avanzar hacia la unificación de los regímenes, contar con EPS sólidas en el aseguramiento, acatar lo ordenado por esa Corporación en el Auto 411 de 2016, frente a la temática en cuestión, e incentivar la red pública (integral e integrada), con retos de modernización y flujo de recursos para garantizar la atención de la población más pobre del país.*

*Todos estos fundamentos fueron puestos a consideración de la citada Comisión, para que esta analizara la conveniencia de finalizar la prueba piloto y equiparar las primas puras del Régimen Subsidiado al Contributivo al 95%, con un impacto a pesos de 2018 de cerca de 445 mil millones de pesos (sin considerar el incremento del 2019). Hecho el análisis correspondiente, la referida instancia recomendó a este Ministerio el cierre de las pruebas piloto.*

La Corte Constitucional en el Auto 279 de 2013, advirtió que se encontraba a la espera de concluir la fase de participación mencionada para efectuar el balance del acatamiento de las órdenes impartidas; siendo así que habiéndose completado la unificación del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado para toda la población a nivel nacional en julio de 2012 y dado que dos años después de su implementación el Ministerio de Salud y Protección ha robustecido los esfuerzos para

lograr el cumplimiento del reporte de información por parte de las Entidades Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar- EOC, de modo que se ha observado progreso en la curva de frecuencias de uso de los servicios unificados por parte de los afiliados al Régimen Subsidiado, entendiéndose esto como un avance hacia la superación de situaciones fácticas disímiles.

Entonces, el Ministerio de Salud solicitó la recomendación de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud. Esta comisión, en sesión de 18 de diciembre de 2014, en el marco de sus funciones formuló recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social, con fundamento en las cuales se precisa definir los requisitos y lineamientos para la puesta en marcha de las pruebas piloto de igualación temporal de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado al Régimen Contributivo.

Las recomendaciones de la comisión fueron las siguientes:

1. Adelantar pruebas piloto de igualación temporal (hasta por dos años) de primas puras en el Régimen Subsidiado en algunos municipios, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 2°, numeral 5° de la Ley 1608 de 2013, y según las condiciones del Régimen Subsidiado.
2. Una condición para mantener la prueba piloto es el envío de la información al Ministerio de Salud y Protección Social en la periodicidad, calidad y condiciones que establezca dicho ministerio ... "

Al parecer, por no cumplirse la segunda recomendación, o condición, como señala el Ministerio (la información recopilada a esa fecha no permitió concluir sobre las frecuencias de uso), la Comisión Asesora recomendó el cierre de las pruebas piloto.

Dicho de otra manera, al parecer el Ministerio de Salud y Protección Social subordinó las órdenes de la Honorable Corte Constitucional a las recomendaciones y condiciones exigidas por la Comisión Asesora, por una parte y, por otra, confiesa aquí vergonzosamente la falencia del Sistema de Información, cuyo desarrollo exalta previamente en la misma comunicación respuesta al Auto de Marzo 11. (preguntas 3.2 y 3.3)

En consecuencia, la unificación de la prima pura (que es sólo una parte del financiamiento per cápita) se suspende, sin tener conocimiento de que le sucede a más de diez millones de habitantes de las grandes ciudades incluidas en la prueba piloto.

De la misma manera, sin esta información, quedan muy serias dudas de cómo se calcula la UPC del Régimen Subsidiado, dado que el mismo Ministerio afirma que la información de las frecuencias de uso de servicios en las grandes ciudades del país no permite concluir nada en absoluto. De contera, ya no es preciso cumplir el mandato de la Corte Constitucional.

En consecuencia, con el reconocimiento de la insuficiencia de la información, tampoco parece que se haya dado cumplimiento al mandato contenido en la orden quinta del

varias veces referido Auto 411 de 2012, que dice: "ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social: i) Adoptar las medidas necesarias y emitir la reglamentación que considere pertinente para solucionar las deficiencias del sistema de información, de manera que le permita: a) mejorar la información reportada por las EPS del régimen subsidiado, con el fin de que la misma sea representativa en la definición de la Unidad de Pago por Capitación; b) considerar dentro del sistema de información las barreras de acceso a los servicios de salud y las necesidades reales de la población; c) solucionar la deficiencia de los datos provenientes de la frecuencia de uso de los servicios de salud de la población del régimen subsidiado, según lo expuesto en la parte considerativa de este Auto."

**3.7. Atendiendo a que en la actualidad el SGSSS contempla un plan de beneficios excluyente, es decir, que todo se encuentra cubierto por la UPC excepto aquello que haya sido exceptuado, ¿considera que la actualización anual del valor de la UPC en ambos regímenes permite cubrir las necesidades de la población? ¿Se puede concluir que los valores actuales de la UPC son suficientes para cubrir la demanda de servicios en salud? Explique su respuesta.**

La respuesta a esta pregunta se encuentra incluida en la respuesta a la pregunta 3.4, pero es necesario complementar sobre que tipo de servicios se afectan en mayor grado con una UPC reducida, según la comparación internacional.

Como se señaló, la diferencia en el gasto necesariamente implica algunas de las siguientes posibilidades: que los precios de los componentes de la producción de servicios, o tarifas secundarias, sean muy inferiores, que la utilización de los servicios sea mucho menor o que la calidad brindada sea muy inferior.

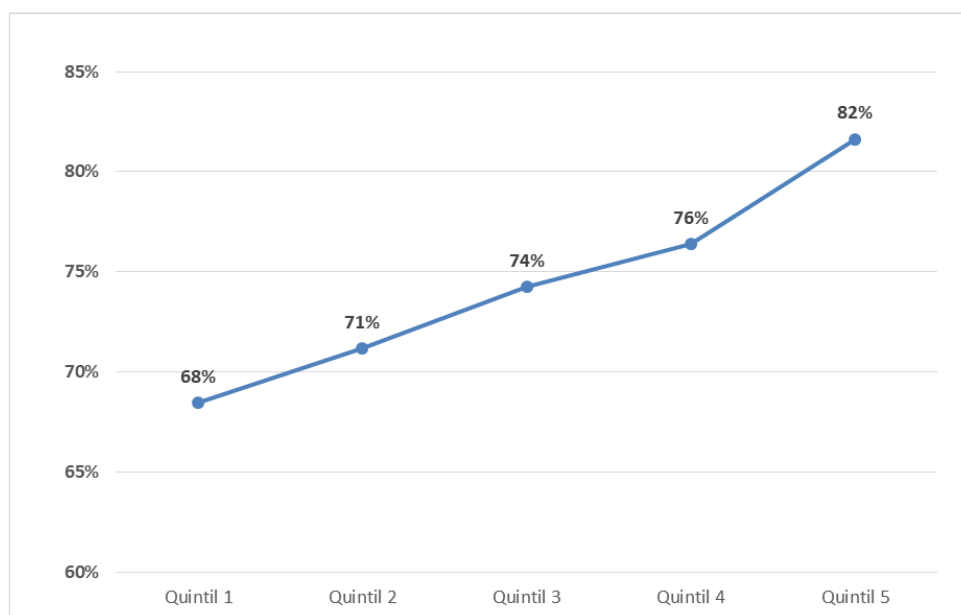
Pues bien, El Ministerio de Salud, también en la respuesta al Auto 411 de 2016, sobre la necesidad imperativa de considerar dentro del Sistema de Información las barreras de acceso a los servicios de salud y las necesidades reales de la población, presenta cifras, no provenientes de su propio y deficiente sistema de información, sino procedentes de la Encuesta de calidad de Vida de 2011 a 2016, que ratifican una menor accesibilidad y mayores barreras de acceso a la población necesitada de servicios en el Régimen Subsidiado, además de una marcada inaccesibilidad en regiones como la Costa Pacífica.

De los afiliados al régimen contributivo que presentaron en los últimos treinta días una necesidad en salud, el 73,96% y 82, 13% fue atendido institucionalmente, en los años 2011 y 2016 respectivamente; mientras para los afiliados al régimen subsidiado esta proporción fue de 64, 16% y 69,32%.

De las personas que presentaron en los últimos treinta días una necesidad en salud, en la Región Pacífica (sin incluir Valle) el 64,7%% y 52,5% fue atendido institucionalmente, en los años 2011 y 2016, mientras en la Región de la Orinoquia - Amazonia esta proporción fue de 56,2%y 78,9% y en San Andrés y Providencia de 85,3% y 94,3% para estos años, denotando aumento en el período.

Realmente estas cifras se refieren a la puerta de entrada del Sistema, los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida 2016 muestra igualmente una gran inequidad por quintiles de ingreso la respuesta a la solicitud de atención de las personas que se sintieron enfermas en los últimos treinta días (gráfico). Por definición, los afiliados al Régimen Subsidiado pertenecen en su mayoría a los Quintiles 1 y 2.

**Gráfico. Personas que se sintieron enfermas en el último mes, atendidos en IPS o por profesional particular, por quintil de ingreso, ECV 2016**



Fuente: DANE ENCV 2016.

En la medida que los servicios se vuelven más complejos o especializados, las inequidades se tornan más graves. La inoportunidad del diagnóstico en cáncer, por ejemplo, o la inaccesibilidad de otros tratamientos de alto costo u complejidad son fenómenos repetidos y suficientemente evidenciados en el Régimen Subsidiado, a tal punto que conforman ya un anecdotario nacional. Prueba de esta inaccesibilidad está en que el SGSSS entrega cinco veces más recursos al Régimen Contributivo que al Régimen Subsidiado (\$3.333.679.923.783 pesos contra 594.572.228.671 pesos), con poblaciones similares en número (Resolución 206 de 2020).

Los estudios relacionados con el gasto en salud (incluidos los de suficiencia), a nivel nacional, demuestran, sin embargo, que el gasto está fuertemente determinado por la frecuencia de uso de los servicios ambulatorios, que incluyen el acceso y utilización de servicios de consulta general y especializada, de los cuales parten a su vez las órdenes que determinan el acceso y la frecuencia de utilización de otros servicios, como procedimientos diagnósticos y terapéuticos o medicamentos, mientras que la frecuencia de los servicios hospitalarios es similar en ambos regímenes o incluso puede ser algo mayor en el Régimen Subsidiado, en función de que los afiliados no contaron

con el acceso a la atención ambulatoria oportuna, como demostró el Estudio Nacional de Salud de 2007.

En conclusión, no cabe duda que el acceso y utilización de servicios ambulatorios es muy inferior en el Régimen Subsidiado que en el Régimen Contributivo, aunque la Dirección del SGSSS se cuide de presentar las cifras de cobertura por 10.000 habitantes de los distintos servicios por cada territorio y según régimen de seguridad social, como lo hacen la mayoría de los países del mundo.

**3.8. ¿Está de acuerdo con las razones expuestas por el Ministerio de Salud en el radicado 202011200473771 para atribuir que la frecuencia de uso en el RC sea mayor y en el RS menor? ¿Es posible afirmar que, justamente se prestan menos servicios a los afiliados del régimen subsidiado porque en las zonas donde residen hay menor cobertura?**

El Ministerio de Salud expone las siguientes razones en su respuesta del 2 de abril de 2020 al Auto de marzo 11 de 2020 de la Corte Constitucional.

*Los factores que hacen que la UPC de los regímenes Contributivo y Subsidiado se mantenga diferenciada obedecen básicamente a que, entre los usuarios de dichos regímenes, se presentan condiciones demográficas, epidemiológicas y de uso diferentes.*

*En relación con los aspectos demográficos – Población, se precisa que existe diferenciación, dado que la población del Régimen Subsidiado es más joven, demanda menos servicios que la población afiliada al Régimen Contributivo. Al aplicar los ponderadores de la UPC por edad, sexo y región, tal y como están establecidos para el Régimen Contributivo, la UPC promedio del Régimen Subsidiado, termina siendo menor que la del Contributivo.*

Cabe recordar en este punto que a las poblaciones de 15 a 18 años y de 19 a 44 del Régimen Subsidiado se le asigna un ponderador y un per cápita mayor que a su símil del Régimen Contributivo (en función del gasto por accidentalidad y violencia), de modo que la apreciación anterior sólo es cierta para los niños de 1 a 14 años, niños por definición pobres, que según el ponderador de la Resolución 3513 de 2019 que establece la UPC 2020, demandan o gastan un 20% menos en servicios de salud que los niños del Régimen Contributivo. No se le ocurre al Ministerio reflexionar sobre el por qué los niños pobres demandan menos servicios (seguramente también gastan menos jabón, menos juguetes e incluso menos comida). Quizás también por su bajo nivel educativo el SGSSS no invierte en ellos los recursos adicionales a la UPC para actividades de Promoción y Prevención, recursos que si se destinan a los niños del Régimen Contributivo. En resumen, pareciera que se equivocaron en nacer en la mitad pobre de la población y que recibirán por ello menos esfuerzo del Estado.

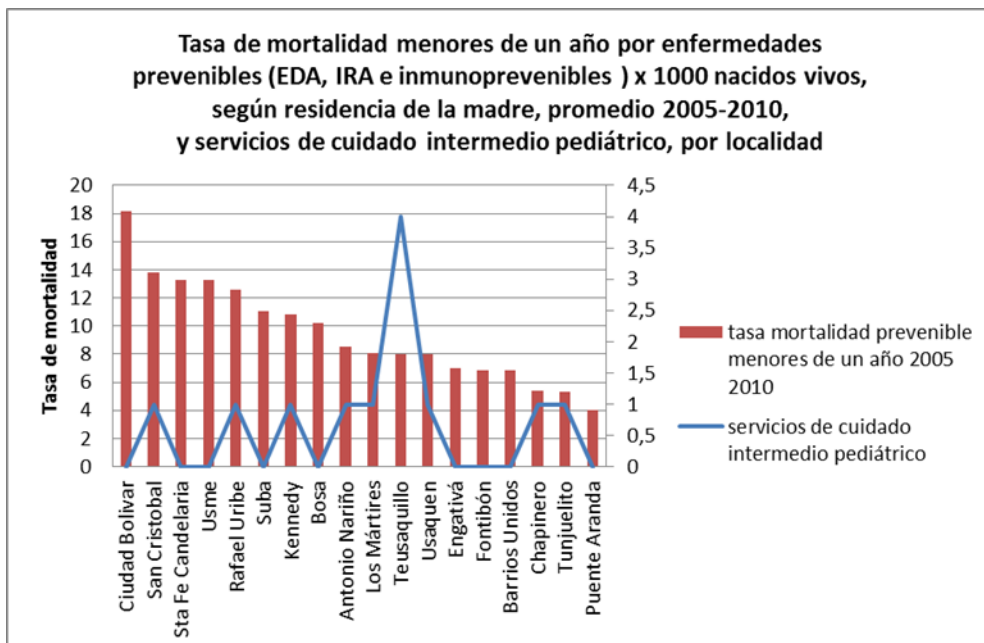
Para el caso de Bogotá, se reafirma lo señalado con una referencia del estudio del Observatorio de Equidad en Salud y Calidad de Vida de Bogotá, situación estructural que apenas se ha modificado marginalmente en la última década:

*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)*

**Gráfica**



Y es estructural por cuanto los servicios analizados en las IPS registradas y habilitadas en el Distrito, se alejan consistentemente de la población más pobre y por tanto más necesitada en términos de salud, en función de las decisiones de mercado.

Continúa el Ministerio:

*En lo correspondiente a la situación de salud - aspectos epidemiológicos, se tiene que, al estar el Régimen Subsidiado conformado por una población más joven que en del Régimen Contributivo, las tendencias de uso de los servicios de salud, muestran que en el Régimen Contributivo una alta proporción de la población afiliada hace uso de los servicios de salud, mientras que en el Régimen Subsidiado, la proporción que hace uso de estos servicios es menor.*

Hace apenas pocos días el DANE informó que la mitad de los hogares colombianos, los más pobres -de seguro incluidos mayoritariamente en el Régimen Subsidiado-, tan sólo logran ingerir dos comidas al día, en lugar de las tres que se consideran necesarias. Dada esta baja demanda, o menor tendencia de uso, podría justificarse de la misma manera que debían recibir un salario inferior, pues los hogares pobres demandan menos gasto en alimentos. Tal es el razonamiento de asignar menos recursos a quienes tienen barreras de acceso tanto para acceder los servicios de salud como a los alimentos.

Esta es precisamente la implicación de la metodología de suficiencia utilizada por el Ministerio de Salud y Protección Social para el cálculo de la UPC, que en lugar de acercar a los colombianos hacia la igualdad, agranda la brecha entre unos y otros y fortalece la inequidad, diferenciando ciudadanos de primera y segunda categoría. La metodología, como la ciencia, nunca son neutras.

Y continúa explicando el Ministerio:

*En esa medida, las características demográficas de la población afiliada al Régimen Subsidiado repercuten en la morbimortalidad, debido a que reflejan las condiciones determinantes para la salud que dan lugar a necesidades de atención diferentes entre ambos regímenes.*

*En el Régimen Subsidiado prevalece la representatividad de las enfermedades infecciosas, nutricionales y maternas perinatales. En el Régimen Contributivo, con la población más envejecida prevalecen las enfermedades de tipo crónico, además, es una población que hace parte de la economía formal, lo que les provee de un ingreso estable que incide positivamente en su calidad de vida. Adicionalmente, la mayoría de la población del Régimen Subsidiado reside en ciudades de menos de 200 mil habitantes, donde es menor la disponibilidad de bienes y servicios de salud, sobre todo los especializados, dando como resultado menores tasas de uso y un menor costo de la atención.*

Si frases explicatorias, como que la población -del Régimen Contributivo- hace parte de la economía formal, lo que les provee de un ingreso estable que incide positivamente



en su calidad de vida, sirven para justificar la diferencia de UPC entre unos y otros ciudadanos, cabe pensar que el clasismo y racismo estructural de nuestra sociedad está insertado en lo más profundo de la mente de algunos funcionarios del Ministerio.

También es preciso señalar la responsabilidad en la política hospitalaria nacional, que insiste en el modelo fracasado de las Empresas Sociales del Estado, fracaso que ya cuenta con demasiada evidencia: “La determinación del riesgo se realiza desde 2012 con base en resultados de la vigencia anterior (2011), año en el cual – de las 968 ESE que existían en Colombia- 403 tuvieron un riesgo medio y alto, equivalentes a 41,6%, que las obligaba a adoptar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero”, informaba el Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, al expedir la Resolución 2509 de 2012. Siete años después, Juan Pablo Uribe, Ministro de Salud, en Nov de 2018 informa a El Tiempo que “Hay cerca de 930 hospitales públicos en el país. 42 % de ellos están clasificados en lo que se llama riesgo financiero medio o alto. Esta es una situación que encontramos y que es preocupante.”

Si se agrega finalmente que por Resolución 753, de mayo de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social, con motivo de la pandemia, determinó la transferencia de recursos para el pago de deudas laborales acumuladas (hasta por doce meses) para los trabajadores de la salud, y que en el mes de agosto los medios de televisión todavía muestran a funcionarios de diversas ESE, a lo largo del país, protestando por meses de impago de salarios, además de destacar la situación física y financiera lamentable en muchos hospitales a lo largo y ancho del país, podemos decir que queda demostrado el fracaso continuado y reiterado del modelo, a lo largo de muchos años.

Estos son los hospitales que llevan décadas en malas condiciones para ofrecer servicios de salud, según lo expresan los mismos ministros y la realidad palpable evidenciada por la última pandemia, la red fundamental del Régimen Subsidiado.

Finaliza el Ministerio:

*Teniendo en cuenta que la fijación de la UPC se basa en el estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para garantizar todos los servicios y tecnologías en salud que no se encuentren expresamente exceptuados y que los servicios y costos reportados por las EPS en los años anteriores, estas menores tasas de uso y el menor costo se ven reflejados en los resultados.*

El Ministerio reitera lo mismo, que la metodología es implacable y que esta asigna menos recursos a quienes (sin importar las causas de la menor utilización de servicios) demuestran menos gasto.

Recordemos que, sin excepción, todos los estudios anuales para el cálculo de la UPC realizados por el Ministerio de Salud en los últimos diez años confirman que es menor el gasto per cápita de las EPS en las zonas especiales, con poblaciones dispersas, que el de los restantes grupos poblacionales. Igual lo señalan los estudios de la Universidad Nacional para la CRES en el 2010 y el 2011. Por esta causa, de hecho, el Ministerio ha reducido el pago adicional, desde el 25% que concedía al inicio de la operación del

Sistema, hasta el 11% actual, aunque lo haya extendido a más municipios. Y los habitantes de la costa pacífica o la Amazonía seguirán sin demandar servicios porque no pueden pagar el transporte en lancha hacia los centros médicos.

Citemos nuevamente el estudio de la UPC de 2010 realizado por el CID de la Universidad Nacional para la CRES, registraba 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.*

# Anexo

**Referencia:** Seguimiento a las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la sentencia T-760 de 2008.

**Asunto:** Traslado de los informes de cumplimiento presentados por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud al grupo de peritos constitucionales voluntarios y decreto de pruebas.

**Magistrado Sustanciador:** JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Documentos revisados para conceptuar sobre **Sistema de Información**

## II. CONSIDERACIONES

Se revisaron los documentos mencionados en este punto, tales como

- a. el informe del Ministerio de Salud y Protección Social de julio de 2017 sobre los “*Primeros resultados de evaluación de la prueba piloto de igualación de prima pura del régimen subsidiado al régimen contributivo*”,
- b. el “*Informe semestral de implementación de medidas y expedición de la reglamentación correspondiente*” de 2017 y enero de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social,
- c. el “*Segundo informe de resultados de evaluación de la prueba piloto de igualación de prima pura del régimen subsidiado al régimen contributivo*” del Ministerio de Salud y Protección Social, de enero de 2018,
- d. el radicado 202011200473771 del Ministerio de Salud y Protección Social del año 2020,
- e. y el radicado 2-2020-42682 de la Superintendencia Nacional de Salud, allegado durante el 2020

Que son de calidad deficiente, están en modo PDF-Imagen que no permite procesar textos para revisión y la mayor parte de las tablas o gráficos son ilegibles y los enlaces están rotos.

Por lo tanto, revisando además **fuentes alternativas** como:

- a) Ministerio de Salud y Protección Social > Salud > Plan Obligatorio de Salud POS > Unidad de pago por capitación (UPC)  
<https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>
- b) **Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, recursos para garantizarla financiación de tecnologías en salud y servicios en los regímenes Contributivo y Subsidiado. Año 2020** que está en [http://www.med-informatica.net/FMC\\_CMCB/CorteConstitucionalSegST760/Auto06nov20\\_Orden21y22\\_7\\_DocumentoTecnicoUPC\\_2020.pdf](http://www.med-informatica.net/FMC_CMCB/CorteConstitucionalSegST760/Auto06nov20_Orden21y22_7_DocumentoTecnicoUPC_2020.pdf)

Respondemos al punto 3 que dice:

3. Así mismo, se les solicitará que respondan los siguientes interrogantes:

3.1. Para poder determinar la suficiencia de la UPC es imperioso contar con un **sistema único de información** que suministre, con la oportunidad y calidad requerida, los insumos para que las autoridades del sector adopten las medidas que se requieren para corregir fallas de regulación o de inspección y vigilancia que inciden en el goce efectivo del derecho a la salud, dentro de lo cual debe contemplarse la sostenibilidad de la UPC.

¿Considera que los sistemas de información que comportan el SGSSS cumplen con esas características y permiten calcular y actualizar con precisión el valor de la UPC?

Definitivamente NO cumplen. No existe un **sistema único de información**. En general las bases de datos están fragmentadas y su parametrización es inadecuada. No permiten el acceso al microdato y en práctica, no son públicas y no permiten análisis o validaciones externas o independientes. Un resumen de los sistemas de información de medicamentos permite ver lo **críptico, inconsistente y desarticulado** del actual sistema de información:

- a) La plataforma MEDCOL-STAT diseñada para el seguimiento de lo incluido en la UPC, se presenta grandilocuentemente como
- “Módulo de información que permite conocer estadísticas sobre prescripción, consumo y gasto de medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (PBSUPC) del régimen contributivo,”
  - “Primero en Colombia. Permite la comparación internacional de consumo y gasto farmacéutico por Principio activo,”
  - “Integra más de 300 millones de registros al año.”
  - “Datos de prescripción de más de 15,000 Prestadores de salud.”

Pero, en los hechos:

- No permite ningún acceso a los datos “fuente” o “microdato”
- Presenta informes en formato rígido que limita las posibilidades de análisis y estudio
- Vive desactualizada. Actualmente muestra datos de 2014 a 2018
- Presenta datos con inconsistencias y no permite establecer relaciones coherentes con otras bases de datos como las de precios y ventas de SISMED

b) El Sistema de Información de Medicamentos SISMED

- Venía funcionando aceptablemente con datos “monofuente” de reportes de precios y ventas de los laboratorios, aunque los datos “multifuente” de mayoristas, EPS, IPS, etc. tenían inconsistencias múltiples y escasa utilidad
- La Consulta Pública de Precios de Medicamentos en la Cadena de Comercialización definida por la Circular 2 de 2012 fue reemplazada abruptamente en el trimestre 3° de 2019, quedando incompleto el 2019 para el seguimiento anual
- La Circular 06 de 2018 fue implementada desde el 4° trimestre de 2019 sin las pruebas debidas y con malla de validación deficiente o inexistente que derivó en multitud de inconsistencias que obligaron a reabrir la plataforma de carga para correcciones que aún no se conocen

En los hechos:

- El sistema de informes se desestabilizó con múltiples descargas y recargas de archivos que prácticamente dejaron a todos los actores del sistema de salud sin información fiable de precios y ventas de medicamentos, desde el trimestre 4° de 2019 a la fecha.
  - Los cambios profundos propuestos por el sistema de reportes de la Circular 06 de 2018 resultaron desvirtuados por una implementación deficiente.
  - El Termómetro de Precios quedó paralizado con la información disponible del tercer trimestre de 2019. Requiere correcciones por el cambio de estructura de los reportes y hasta la fecha no volvió a actualizarse
  - Se anularon los avances logrados por acceso al microdato de los reportes con el “Cubo de Sismed”.
  - Los Informes de Sismed con algunos análisis de datos del mercado farmacéutico en Colombia, también dejaron de publicarse desde el 4° trimestre de 2019
- c) La Plataforma MI-PRES para la prescripción de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios, se mantiene como una plataforma administrativa, pero en los hechos:
- No presenta indicadores de las frecuencias de prescripción, dominancias por tipo de prestadores o administradores, ubicación geográfica, diagnósticos, etc.
  - No permite ningún tipo de análisis de la PERTINENCIA de las prescripciones
  - No establece ningún tipo de RELACIÓN con las bases de datos de SISMED y la información de RECOBROS.
- d) NO EXISTE UNA BASE DE DATOS VALIDADA DE RECOBROS. El sistema de información de Recobros por prestaciones no incluidas en el POS, está lleno de inconsistencias que fueron demostradas en el pasado y se siguen presentando en la actualidad (Ver [Informes recientes de la Contraloría General de la República](#)). El sistema actual sigue sin superar aún sus problemas estructurales de integridad y transparencia, afectando gravemente la confianza en todo el sistema de asignación y administración de recursos, tal como puede verse en este análisis de los tres ejes principales de política pública de la actual administración

La Ley 1955 de 2019 del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 *Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad* definió tres ejes de política pública en salud: 1) La definición de nuevos Valores Máximos de Recobro, 2) El Acuerdo de Punto Final y 3) La definición de Techos o Presupuestos Máximos, para la entrega anticipada de recursos del antiguo NoPOS a las EPS.

Según el Ministerio Salud, este andamiaje normativo busca **que las EPS gestionen y administren** el sistema de salud integralmente, es decir, que garanticen a los usuarios que lo requieran, todos los servicios y tecnologías en salud, autorizados en el país por la autoridad competente, indistintamente de si están financiados con la UPC o por este **nuevo presupuesto** que será girado por la ADRES” para así “garantizar el flujo oportuno y efectivo de recursos para financiar los servicios de salud, la transparencia en su asignación y el financiamiento y prestación eficiente”, propósito que se lograría con medidas diseñadas para generar “liquidez, saneamiento y transformación”.

Estas “medidas para el saneamiento, resolución de deudas y transformación de los mecanismos de gestión y financiación” trasladan a las EPS la gestión y administración de **todos los recursos** destinados a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado (además de una **nueva UPC** para tecnologías no financiadas con cargo a la UPC) con un **sistema de información deficiente**.

## 1. Valores Máximos de Recobro–VMR con información deficiente

Según el gobierno, con los **Valores Máximos de Recobro–VMR** se busca “lograr mayor eficiencia y razonabilidad en el gasto, evitando la dispersión” en los precios del mismo medicamento. Los VMR ya se están implementando, con base en lo establecido en los artículos 95 y 146 de las leyes 1873 de 2017 y 1940 de 2018. El marco normativo incluye:

- Resolución 738 de 2019, que definió la forma de calcular los VMR,
- Resolución 1019 de 2019, que definió los primeros 50 grupos relevantes con VMR,
- Resolución 3078 de 2019, que amplió el listado de grupos relevantes a 1.036 nuevos grupos y
- Resolución 3314 del 26 de diciembre de 2019, que oficializa dichos VMR para su aplicación a partir del mes de enero de 2020.

Aquí, el error conceptual está en asumir -mecánicamente- que la “mayor eficiencia y razonabilidad en el gasto” se logra “evitando la dispersión”, en una base de datos cuyas inconsistencias son evidentes y fueron reconocidas oficialmente por los administradores fiduciarios Fidufosyga y SAYP e incluso el propio Ministerio de Salud. A la fecha, esta situación no ha cambiado sustancialmente, tal como pudo verse en el archivo de más de siete millones de recobros que ADRES entregó a la Fundación Ifarma y los escándalos de la Auditoría integral contratada por ADRES, que son de público conocimiento.

El análisis detallado de los Valores Máximos de Recobro de la Resoluciones 1019, 3078 y 3314, muestra múltiples inconsistencias de fondo y de forma, desde posibles errores de digitación, pasando por diferencias con la base de datos del INVIMA y asignación de VMR a opciones incluidas en PBS, hasta VMR **incoherentes** como varios de alto costo y -por ejemplo- asociaciones fijas de costo irracional (como sucede con varios antihipertensivos).

Todo esto, con el agravante ya aceptado en las reuniones de socialización de estas normas, sobre la **persistencia** de los recobros con medicamentos no regulados por PRI, a los que tampoco se les asignó VMR. Es decir, **se dejó viva la presión tecnológica** con la posibilidad abierta de recobros con productos (Nusinersen Emicizumab, Midostaurina, Orelizumab, Ponatinib, etc.) de millonarios costos, que ya se están recobrando, y no están, ni en el proyecto de regulación por PRI para 2020, ni tienen asignado ningún VMR.

## 2. Inconsistencias en información que afectan VMR y cifras del Acuerdo de Punto Final

El Ministerio de Salud difundió el gráfico N°1 para presentar el déficit acumulado de los recobros por prestaciones NoPOS-NoPBS (y justificar el Acuerdo de Punto Final).

En el mismo, sorprende la serie de valores “recobrado” y “aprobado” de los años 2006-2018 para un “desbalance acumulado” de \$ 7,42 Billones corrientes. Si la diferencia entre el valor recobrado y el aprobado corresponde a **glosas** ¿cómo entender que se generen “deudas” por valores “no aprobados”? y si la nota de ADRES habla de “valores radicados” y “efectivamente pagados, **sin incluir glosa**” ¿a qué corresponde la deuda?

**Gráfico N°1: Datos para el cálculo del déficit acumulado del Acuerdo de Punto Final**



Pero el tema de las inconsistencias en la información magnética de recobros es mucho más grave, puesto que la Federación Médica Colombiana FMC, mediante litigio, logró que los administradores fiduciarios -Consortios Fidufosyga y SAYP- reconozcan que la información magnética de recobros por \$ **8 billones** pagados entre 2005 y 2010 contenían **múltiples** valores absurdos, duplicados, sin identificación adecuada de prestaciones, con prestaciones POS recobradas como NoPOS, etc. El año 2012, el Ministerio de Salud aceptó las mismas inconsistencias, aunque las consideró “*legales*” porque “*se respetó la normatividad vigente*” e “*inmodificables*” porque no pudo glosarlas dado que ni el Administrador fiduciario ni el Ministerio tenían “*facultades legales o contractuales para hacerlo*”.

Y no se trata del pasado, porque el 26 de julio de 2019 -en respuesta a una petición de la Fundación IFARMA- se encontraron inconsistencias similares a las anteriores en la información de recobros por tutelas de los años 2012-2018 y ADRES esgrimió argumentos pobres, similares a los del Ministerio en 2012:

- La información magnética de recobros corresponde a datos diligenciados por las EPS y EOC, de acuerdo con la normatividad vigente.
- La normatividad vigente impide modificar inconsistencias en la información de recobros.
- El pago se realiza tras la verificación de los soportes allegados y aprobación de “auditoría integral”.

- Cuando existen diferencias con la información magnética, prima la información de los soportes.
- No pueden negarse estos pagos porque la Corte Constitucional ordenó "eliminar requisitos inocuos" y no "imponer glosas inconsistentes o infundadas".
- La regulación del proceso de auditoría **no ha exigido** la creación de una base de datos validados y
- Las actividades de auditoría tienen "*presunción de legalidad*" porque "se presumen realizadas con estricta sujeción al principio de legalidad en el ejercicio de la función administrativa"

Por lo anterior, resulta que si los cálculos de **\$6,7 billones** del Acuerdo de Punto Final se basaron en la información magnética de recobros de la misma base de datos con inconsistencias comprobadas, su legitimidad es dudosa y existe evidente asignación de recursos sin la suficiente evidencia documental.

A la fecha, no existe una base de datos con información validada de recobros y los recursos del sistema de salud se siguen asignando -y ahora con la política de Techos o Presupuestos Máximos se asignarán anticipadamente- solo con el argumento deleznable de "*presunción de legalidad*".

### **3. Techos o Presupuestos Máximos–TPM también con datos opacos**

Sobre **Techos o Presupuestos Máximos–TPM** el gobierno dijo textualmente: "se propone una nueva forma de atender y pagar los servicios y tecnologías no financiados por la UPC, en la que se entregará a las EPS un valor por unidad mínima de concentración para el caso de medicamentos y un per cápita para el caso de los procedimientos, que se girará de manera anticipada a la ocurrencia de los eventos, operando de forma **similar a lo que hoy ocurre con la UPC.**"

"De manera adicional, este mecanismo constituye la principal medida para garantizar que no exista una nueva acumulación de diferencias de valores entre la entidad responsable de pago y las cobrantes/recobrantes, en tanto al transferir la gestión a la EPS, asociado a un pago anticipado, no existiría razón alguna para que se volviera ante ADRES al recobrar diferencias en el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados por la UPC, pues eran tales entidades las que tienen la capacidad de controlar auditar y pagar estos servicios con los recursos asignados."

En los hechos, el proyecto de asignaciones de **Techos o Presupuestos Máximos–TPM** mostraba el detalle de la distribución de **\$3,6 billones** como pago anticipado para 44 códigos de EPS (17 del contributivo y 27 del subsidiado) con valores que van desde **\$1.011.692.336.737** para NUEVA EPS (\$1.011.671.146.698 en contributivo y 21.190.039 en subsidiado) hasta **\$57.797** para CAPRESOCA EPSS. Otras asignaciones significativas eran: **\$596.154.371.308** para SURA EPS (en contributivo), **\$466.641.063.319** para SANITAS (contributivo), **\$ 376.423.400.107** COOMEVA (contributivo) y **\$ 308.668.023.961** SALUD TOTAL (contributivo). En el subsidiado la mayor asignación es para MEDIMAS EPS que recibirá **\$205.456.586.332** (**\$192.338.340.118+13.118.246.213** contributivo).



En dicho proyecto de asignaciones -Anexo N°3- aparecía el detalle de valores de **1.188 medicamentos** que sirvieron para el cálculo (que correspondían a los **1.036 VMR** de la Resolución 3314 del 26 de diciembre de 2019 con un incremento aproximado de 3%) junto al Listado de Valores de Referencia de Alimentos con Propósito Médico Especial - APME (Anexo N°4, con 13 valores) y al Listado de los Valores de Referencia de Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios (Anexo N°5, de 435 CUPS y 29 SSC). Aunque **no se publicaban las cantidades** que sirvieron para el cálculo de asignaciones (lo que **impedía definir** el peso de cada concepto) el Anexo N°3 algo servía, pero fue eliminado y reemplazado por un simple cálculo actuarial.

En efecto, **la versión definitiva de la Resolución 205 del 17 de febrero de 2020 elimina el Anexo N°3** del proyecto y **lo reemplaza por un simple cálculo actuarial** buscando consolidar en la práctica el modelo de aseguramiento contrario a postulados fundamentales de la Ley Estatutaria de Salud, tal como sucede con el actual proyecto de Ley 10 de 2020.

Y dentro esta lógica, el Ministerio de Salud informó que los Presupuestos Máximos para la vigencia del 2020 tendrán que ser ajustados con una nueva metodología. El documento resalta que, con base en la información reportada a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, en sesión N° 27, del 23 de noviembre de 2020, se recomendó ajustar el presupuesto máximo para la vigencia 2020 de las EPS y EOC de ambos regímenes a las cuales se les determinó riesgo de superación de este presupuesto. El sistema de cálculo actuarial solo sirve para calcular primas sobre riesgo estimado de las aseguradoras y constituye todo un despropósito su uso para sistemas de salud pública con otras prioridades.

En la práctica el modelo de aseguramiento que los actores con poder político y económico pretenden consolidar con la Ley 10 de 2020 se está implementando inexorablemente, basado -NO en el sistema único de información que según la Corte “suministre, con la oportunidad y calidad requerida, los insumos para que las autoridades del sector adopten las medidas que se requieren para corregir fallas de regulación o de inspección y vigilancia que inciden en el goce efectivo del derecho a la salud, dentro de lo cual debe contemplarse la sostenibilidad de la UPC”- sino en un **sistema de información fraccionado, nada transparente, repleto de inconsistencias, poco útil para el cálculo de suficiencia de la UPC de un sistema de salud basado en derechos y poco o nada útil para el seguimiento de patologías prevalentes, la pertinencia de las prescripciones médicas y los resultados generados en salud. Y todo estos en una época de recursos extraordinarios como la Inteligencia Artificial, las cadenas de bloques “Blockchain”, etc. que están disponibles para resolver de raíz todos los problemas de seguridad, transparencia y pertinencia de la información en el sistema de salud.**