

**EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO PARA LOS USUARIOS QUE NO ESTAN
INSCRITOS: UN ENFOQUE DESDE EL USUARIO**

Presentado por

MARTHA LUCIA LAVAO PASCUAS

Entregado a

JACKSON PEREIRA

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

ESPECIALIZACION EN MERCADEO DE SERVICIOS

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS

BOGOTA, Octubre de 2013

Contenido

EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO PARA LOS USUARIOS QUE NO ESTAN INSCRITOS: UN ENFOQUE DESDE EL USUARIO.	3
RESUMEN.....	3
JUSTIFICACION	4
ANTECEDENTES.....	6
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
MARCO TEORICO	9
1. EMPRESAS QUE BRINDAN OPCIONES DE SERVICIO MEDICO SIN SER EPS.....	11
COLSANITAS	12
COLMEDICA.....	13
MEDPLUS	14
2. FUNCIONAMIENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA A LOS AFILIADOS Y NO AFILIADOS.....	16
3. CARACTERIZACION DEL SERVICIO OFRECIDO POR LAS EMPRESAS DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA.	19
CONCLUSIONES.....	21
BIBLIOGRAFIA	22

EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO PARA LOS USUARIOS QUE NO ESTAN INSCRITOS: UN ENFOQUE DESDE EL USUARIO.

RESUMEN

Este trabajo se desarrollo con la finalidad de investigar y dar a conocer si el estado realmente está cumpliendo las promesas de servicio estipuladas en la constitución, y demás documentos soporte de la Ley 100 de 1993, la cual establece el Sistema de Seguridad Social Integral.

Durante el desarrollo de este escrito se dará a conocer ciertas particularidades del sistema tanto en el país como a lo largo de la historia del hombre, en donde se podrá analizar que el sistema de Salud ha sido un motor determinante para la vida del ser humano.

La salud va mas allá de estar libre de enfermedades es un estado del hombre que le permite alcanzar cierta plenitud y equilibrio en sus acciones para poder desarrollarse de una mejor manera en la sociedad.

En Colombia hay un déficit de atención para las personas se conoce el Régimen Subsidiado y el Contributivo, estas personas están inscritas y activas en el sistema de salud, pero realmente no se han preocupado las entidades públicas, privadas o el mismo estado en hacer algo para aquellas personas que por diversas razones no se encuentran inscritas.

Al finalizar este trabajo se darán una sugerencias para este grupo de usuarios que se encuentran en un limbo y están bajo las condiciones que se tenían en los años 80's antes de que se hiciera la reforma de 1993 en donde se planteo mejorar las condiciones para todos los colombianos.

JUSTIFICACION

El sistema de salud a la vista de la sociedad presenta cada día más inconsistencias, ya que los usuarios no cuentan con calidad en los servicios recibidos, se encuentra que los funcionarios que brindan atención son algo inhumanos y su único objetivo es atender volumen, suelen generalizar las enfermedades de la sociedad; por lo que se puede observar que van en contra de lo planteado por la ley que rige al sistema que se supone es preservar la calidad de vida y dignidad humana.

En 1993 se creó la Ley 100, la cual tiene el fin de garantizar la calidad de vida de las personas acorde con la dignidad humana basándose en los principios de Eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad, unidad y participación. Según la Ley 100 de 1993; “La seguridad social se desarrollara en forma progresiva con el objeto de amparar a la población y a la calidad de vida” A través de esta investigación se Identificaran las acciones que están realizando el sector público y privado respecto a las personas que no están registradas en el sistema.

En el mercado actual encontramos a las de Entidades Prestadoras de Salud las cuales afilian usuarios que buscan servicio para mejorar su calidad de vida, estas empresas son reguladas por el gobierno y cumplen los principios establecidos en la normatividad, por otra parte encontramos a las empresas que ofrecen la conocida “Medicina Prepagada” que brindan servicios complementarios a los ofrecidos en el POS, y a pesar de esto aún se encuentra un gran número de usuarios por fuera del sistema y no tienen una figura que les proteja su derecho a acceder al régimen subsidiado de salud.

El presente trabajo busca identificar que esta sucediendo con las personas que por las condiciones y circunstancias de la vida no pueden acceder al sistema de salud y saber si aunque no estén activos en la EPS, pueden acceder al servicio en una empresa de medicina prepagada.

El sistema de salud plantea el objetivo del aseguramiento universal lo que plantea como una solución a las barreras de acceso especialmente de tipo económico con la participación de agentes privados.

Este escrito se dividirá en tres partes la primera parte hablaremos de las empresas que brindan servicios de salud sin ser EPS, acá desarrollaremos una breve reseña de tres empresas que se encuentran en el mercado brindando servicios de medicina especializada hablamos de las conocidas empresas de medicina prepagada, en la segunda parte explicaremos el funcionamiento y procesos que deben realizar las personas que se afilian a las empresas de medicina prepagada y veremos si las personas que no están activas en el plan obligatorio de salud pueden contemplar la opción de afiliarse con estas empresas o simplemente el sistema las excluye y quedan desamparadas para adquirir su derecho constitucional al servicio médico y es un grupo de personas con características que el sistema aplicaba antes de la reforma de la salud de 1993.

Para concluir este escrito determinaremos que está pasando en la actualidad con las personas que no están activas en una EPS, por lo anterior se plantea la siguiente pregunta: ¿Qué está haciendo el sector privado y público respecto a las personas que no están registradas en el sistema de salud?.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la salud define la salud como un estado completo de bienestar no solo como ausencia y comenta que el sistema abarca a todas las organizaciones, instituciones y recursos enfocados a mejorar la salud de las personas.

Un sistema de salud debe cumplir tres objetivos básicos los cuales son: mejorar la salud de los usuarios, responder las expectativas de los usuarios y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud.

Antes de 1993 en Colombia se tenía un sistema de monopolio público y mediante la reforma se presenta un modelo de participación privada con tres subsistemas pensiones, salud y riesgos profesionales.

Cabe recordar que antes de la ley 100 cerca del 75% de la población no se encontraba asegurada y solo contaban con atención de urgencias vitales que eran cubiertas por hospitales públicos, en Colombia se estaba viviendo en ese entonces ciertos problemas que afectaban la atención para el usuario final, como son inequidad, ineficiencia y poco acceso a la atención estos factores fueron de los determinantes para dar origen a la reforma de la Salud.

La definición de Salud dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Nueva York el 22 de Julio de 1946, en su Carta Constitucional o Carta Magna firmada por 61 Estados, cuando la definió en su preámbulo como “ un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia, al que tiene derecho toda persona sin distinción de raza, credo...”¹, por otra parte según la Organización Mundial de la Salud el sistema de salud “El sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud”.

¹Cf. World Health Organization, Constitución Statement WHO, OMS, Ginebra, 1946. Asimismo, vease el art 25 de la constitución de la OMS del día 7 de Abril de 1948 y la definición recogida en la Declaración de Alma-Ata de 1978, donde se ratifica dicha concepción de la salud, en OMS, “Declaración de Alma-Ata”, Tribuna Médica 784 (1979) 11.

Antes de entrar en vigencia la Ley 100 de 1993 la seguridad social era definida en la constitución política como

La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social. (Constitución Política de Colombia 1991)

En diciembre de 1993 se dio origen a la Ley 100 la cual origina al Sistema de Seguridad Social Integral que rige el sistema de salud para los Colombianos; según la ley 100 de 1993 se entiende como Sistema de Seguridad Integral.

Conjunto de instituciones normas y procedimientos, de que dispone una persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr bienestar individual y la integración de la comunidad. (Ley 100 de 1993)

Según lo expuesto por Luis Alberto Tafur Calderón, MD en el IV Foro: El Sistema de Salud en Colombia: Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud, la Ley 100 de 1993 lo que pretende es proteger a toda la población y no únicamente a las personas que tuviesen vinculación laboral, y que el Estado fuese quien regulara el sistema de salud y como el nombre del sistema indica que la salud fuera un sistema Integral.

Lo anterior nos genera la siguiente pregunta. ¿Qué está haciendo el sector privado y público respecto a las personas que no están registradas en el sistema de salud?

OBJETIVO GENERAL

Analizar las acciones del sector privado y público para que las personas que no están inscritas en el sistema de salud puedan estarlo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las empresas que brindan opciones de acceso al servicio médico sin ser EPS a los usuarios.
- Analizar si las empresas de Medicina Prepagada suplen el servicio del Plan Obligatorio de Salud y permiten el acceso a todo público.
- Establecer las características del servicio brindado por el sistema de Salud para los usuarios en Colombia.

MARCO TEORICO

“La salud es algo que todo el mundo sabe lo que es, hasta el momento en que la pierde, o cuando intenta definirla” (Gregorio Pièdrola Gil); por otra parte se encuentra el concepto de Salud dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Nueva York el 22 de Julio de 1946, en su Carta Constitucional o Carta Magna firmada por 61 Estados, cuando la definió en su preámbulo como “ un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia, al que tiene derecho toda persona sin distinción de raza, credo...”², por otra parte según la Organización Mundial de la Salud el sistema de salud “El sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud”.

La Comisión Presidencial de los Estados Unidos afirmó en 1953 que la salud no es una condición, sino una adaptación y que tampoco es un estado, sino un proceso³, en el cual el ser humano debe tener un equilibrio a nivel físico, mental y espiritual.

La Ley 100 de 1993 fue creada y diseñada con el fin de que los colombianos contaran con un sistema integral mediante el que pudieran acceder al sistema junto con sus familias.

Las Empresas Prestadoras de Salud según el Artículo 17 de la Ley 100 de 1993 “son las responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Actualmente estas entidades están en crisis, ya que según lo describe la ley ellas son las responsables del registro de los afiliados desafortunadamente debido a los malos manejos y falta de planeación y estrategia han sido algunos de los factores responsables a estas falencias.

Las personas que cuentan con una vinculación laboral pueden afiliarse a su familia, y disfrutar de estos servicios, pero debido a la mala administración que desde el inicio les han dado a estas instituciones los usuarios han presentado inconformidad con los servicios prestados.

²Cf. World Health Organization, Constitution Statement WHO, OMS, Ginebra, 1946. Asimismo, véase el art 25 de la constitución de la OMS del día 7 de Abril de 1948 y la definición recogida en la Declaración de Alma-Ata de 1978, donde se ratifica dicha concepción de la salud, en OMS, “Declaración de Alma-Ata”, Tribuna Médica 784 (1979) 11.

³ Cf. President`s Comision, “on health Needs of the Nation”, Building American`s Health, vol.2, Government Pritting Office, Washington 1953,4.

Por otra parte se detecta que el sistema es excluyente en algunos casos, por ejemplo para afiliarse a los hijos como beneficiarios y son mayores de 18 años deben presentar declaración extra juicio indicando la dependencia económica de padres hasta los 25 años, y si el usuario no tiene vinculación laboral y no está trabajando y no tiene impedimento físico alguno ¿qué sucede queda fuera del sistema?

Es importante resaltar que en Colombia hay cerca de cuarenta y cuatro millones de habitantes los cuales todos tienen derecho a estar registrados en el sistema y acceder a sus servicios pero de esa cifra únicamente se encuentran afiliados.

Según el trabajo de investigación de Sandra Rodríguez de la Universidad Autónoma de Barcelona; nos indica que de acuerdo al informe de Macroeconomía y Salud liderado por Jeffrey Sachs (2001) son seis vínculos identificables entre la salud y desarrollo de los Países y aclara que el primero establece la salud como condición necesaria para superar la pobreza, lo que nos da como indicador que el sistema de salud sirve para medir los niveles de pobreza en los países, dado que si hay un bienestar y equilibrio de la salud física, mental y emocional se logra que las personas vivan con más agrado, con esto se ve reflejado también la importancia de la calidad del servicio dentro del sistema, cuando las personas encuentran un servicio cálido, agradable y humano se sienten mejor aunque sus dolencias físicas les incomoden.

En su trabajo Sandra Rodríguez, indica las palabras de Sen, la salud (como la educación) se encuentra entre las capacidades básicas que confieren valor a la vida humana (citado por Sachs, 2001, p.28); adicional a esto se indica que la ausencia de un buen estado de salud inhabilita a los individuos y a las familias para lograr el desarrollo personal y la seguridad económica del futuro.

En Colombia en el año de 1993 se dio origen a una reforma al sistema de salud el cual pretende amparar a la población y la calidad de vida, en el cual busca unificar la normatividad y la planeación de la Seguridad Social.

El Sistema de Seguridad social se basa en los siguientes principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Con esto también se crea el régimen contributivo de aseguramiento para los trabajadores y sus familias y el régimen contributivo es financiado mediante impuesto sobre la nómina donde hay una parte asumida por el empleador y parte por el trabajador.

1. EMPRESAS QUE BRINDAN OPCIONES DE SERVICIO MEDICO SIN SER EPS.

Mediante el decreto 1570 de 1993 por el cual se reglamenta la ley 10 de 1990 nos indica la organización y funcionamiento de la medicina prepagada fue modificado mediante el Decreto 1486 de 1994 en el cual se reglamenta los estatutos orgánicos en cuanto organización y funciones de las empresas de medicina prepagada (EMP).

Según este Decreto se indica la medicina prepagada como un sistema para la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en el plan obligatorio de salud, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado.

De acuerdo al informe financiero de la Superintendencia de Salud a 31 de Diciembre de 2012 se reportaron 10 EMP autorizadas de las cuales 9 reportaron oportunamente la información financiera la EMP Vivir no presento su información.

A continuación se mostrara la relación de las EMP registradas en Colombia

COLSANITAS
COOMEVA
COLMEDICA
CAFESALUD
COLPATRIA
MEDISANITAS
SURA
S.S.I
VIVIR
COMPENALCO VALLE

Tabla 1 Fuente. Supersalud informe financiero 2012

En Colombia se han creado estas empresas dedicadas a brindar servicios complementarios al Plan Obligatorio de Salud con el fin de darle facilidad de acceso a medicina especializada a los usuarios y beneficiarios del sistema tradicional sin el largo proceso que requieren cumplir con el método tradicional.

A continuación se podrá ver una breve reseña de la evolución de tres EMP en el país, de las cuales dos de ellas se encuentran en los reportes de la Supersalud y otra que brinda sus servicios como EMP cumple ante los ojos de la sociedad los requisitos básicos según la ley pero de la cual no reportan registros en la entidad reguladora.

COLSANITAS

Fue fundada en noviembre de 1980 posicionándose como empresa líder en Colombia por su infraestructura, equipo médico y cubrimiento; cuenta con más de 412 clínicas adscritas, más de 630 centros ambulatorios y de diagnóstico, y alrededor de 4.700 profesionales de la salud y 73 oficinas en 56 ciudades en el país.

Su misión está enfocada en brindar alternativas de servicios integrales de salud a sus usuarios gracias a su infraestructura administrativa y convenios con instituciones de salud que contribuyen al bienestar de sus afiliados.

Esta empresa cuenta con principios básicos mediante los cuales fundamentan su servicio tanto para afiliados, empleados y proveedores estos valores son: Justicia, respeto, solidaridad, responsabilidad, verdad, honestidad y sentido común.

Al finalizar el año 2012 contaban en promedio con 309.000 afiliados según las estadísticas generadas por la Supersalud, posicionándose de esta manera como una de las empresas con mayor número de Afiliados en el País.

Su modelo ofrece el plan integral que complementa los servicios que ofrece el Plan obligatorio de salud, cuenta con un amplio directorio médico en todas las especialidades, laboratorios, también cuentan con sedes a nivel nacional para garantizar el acceso de sus afiliados. Su proceso de afiliación no es tan complejo ya que solo requiere algunos documentos junto con el diligenciamiento del formulario, entre los cuales se exige certificado de afiliación a la EPS ya que con esto toman un tipo de garantía que la persona esta con cierto nivel de protección y respaldo médico.

En su plan complementario no solo ofrecen la facilidad de acceso a citas con especialistas altamente calificados si no que cuentan con medico domiciliario es decir que el afiliado puede solicitar el servicio para que un profesional lo valore en la comodidad de su casa sin necesidad de salir a la calle a buscar el servicio simplemente el servicio llega a él cuando el usuario lo requiere.

COLMEDICA.

Esta es otra de las empresas de medicina prepagadas reconocidas en el país; hace parte de las empresas del grupo de la Fundación Social fue creada en 1990, desde su creación Colmedica MP tiene como objetivo brindar a sus afiliados y sus familias servicios de alta calidad, siempre enfocados hacia el bienestar.

“Con la expedición de la Ley 100 de 1993, que modificó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las empresas de medicina prepagada tuvieron la posibilidad de actuar como Entidades Promotoras de Salud para la venta del Plan Obligatorio de Salud”.

Su estructura de servicio es muy similar a Colsanitas, cuenta con más de 167.800 usuarios de medicina prepagada. Además, tiene una red de prestación de servicios médicos con más de 3.600 profesionales adscritos y con 24 oficinas a lo largo del territorio nacional.

Colmedica cuenta con un socio estratégico desde 1994 que es la empresa Chilena Banmédica, reconocida como líder en el aseguramiento y prestación de servicios de salud para el año

2000 se convirtió en socio mayoritario de la empresa, con lo cual se le imprimió un sello innovador en el desarrollo de productos, técnicas de administración y sistemas de gestión.

Banmédica inicio sus actividades en el mercado privado chileno desde 1981 a hoy cuenta con una trayectoria mayo a veinte años en el mercado en Chile y otros países de Latinoamérica, actualmente alcanza cerca del 30% del mercado asegurador de Chile, gracias a su enfoque de servicio proyecta su visión como un gran operador internacional de servicios de salud. Hoy en día está consolidado como el grupo de salud más grande de Chile con ventas de más de 850 millones de dólares.

MEDPLUS

Es una empresa especializada en planes de medicina prepagada fundada en septiembre de 1991, cuenta con cerca de 78.000 afiliados a nivel nacional ubicados en 15 regiones del país nivel funcional aplica las mismas normas y requisitos de las empresas ubicadas en este sector de la economía. Esta empresa no aparece registrada en el último informe de la Superintendencia de Salud, pero se encuentra vigente en el mercado brindando servicios a los usuarios como EMP y en su página web indica que es una entidad regulada por la Superintendencia de Salud.

Su misión va enfocada al compromiso con el aseguramiento y prestación de servicios de una manera oportuna, confiable e innovadora para que sus usuarios tengan un nivel de vida sin complicaciones.

Su labor está enfocada en los siguientes valores que han ido construyendo como pilares con el fin de garantizar la prestación del servicio ofrecido a sus afiliados: Honestidad, responsabilidad, pasión, excelencia, trabajo en equipo, calidez e innovación.

Como valor diferencial esta puntualmente ofrece un seguro de desempleo para el contratante en caso de que pierda involuntariamente el empleo, esta póliza asume hasta por nueve meses el pago de las cuotas del plan medicina prepagada y EPS.

En términos generales todas las empresas de medicina prepagada (EMP), han sido diseñadas con el fin de complementar el servicio del plan obligatorio de salud a sus afiliados, es claro que es complementar y no sustituir el POS.

A pesar de que este tipo de Servicios complementan el plan ofrecido por el Plan Obligatorio de Salud, no cubre a los usuarios que por alguna circunstancia no está inscrito al sistema, ya que exigen la afiliación a la EPS como requisito es decir hacen exclusión para la población que no cuenta con los recursos para cotizar como indica la ley.

Después de ver brevemente algunas características del mercado de las EMP cabe resaltar que al igual que las EPS las EMP deben cumplir con algunos requisitos mínimos para ser contempladas para este tipo de servicios.

Dichos requisitos se encuentran claramente definidos en el decreto 800 de 2003 deben contar con un patrimonio igual o superior a cuatro mil Salarios Mínimos Legales Vigentes, adicional para garantizar la atención oportuna y eficaz a los usuarios estas entidades de acuerdo su estructura administrativa deberán tener en cuenta la información relacionada en la siguiente tabla:

Beneficiarios o afiliados	Ambulancias	Patrimonio en smmlv
Menos de 5.000	2	2.000
Más de 5.000 y hasta 15.000	3	3.000
Más de 15.000 y hasta 25.000	4	3.500
Más de 25.000 y hasta 50.000	5	4.000
Más de 50.000 y hasta 100.000	7	5.000
Más de 100.000 y hasta 170.000	9	5.500
Más de 170.000 y hasta 250.000	10	6.000
Más de 250.000	11 e incorporar 2 más por cada 80.000 afiliados	6.000 + 1.000 por cada 80.000 afiliados

Tabla 2. Fuente. Decreto 800 de 2003

2. FUNCIONAMIENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA A LOS AFILIADOS Y NO AFILIADOS.

En esencia las empresas de Medicina Prepagada tienen un modelo similar de prestación del servicio, cuentan con sedes propias, call center durante las 24 horas y un amplio directorio de especialistas en todas las áreas, dan trato preferencial a sus usuarios y mediante convenios con algunas Clínicas externas o propias brindan calidez en el servicio haciendo que las personas vivan una experiencia de servicio.

Las empresas de Medicina Prepagada en Colombia reportaron en el último año el siguiente comportamiento referente a su volumen de afiliados reportados en el informe financiero de la Superintendencia de Salud con corte al 31 de Diciembre de 2012.

EMP	JUNIO		SEPTIEMBRE		DICIEMBRE	
	No Afiliados	%	No Afiliados	%	No Afiliados	%
COLSANITAS	300.418	32,3	305.632	32,6	309.152	32,5
COOMEVA	249.875	26,9	251.122	26,7	252.944	26,6
COLMEDICA	186.644	20,1	190.682	20,3	191.126	20,1
CAFESALUD	76.834	8,3	77.429	8,2	77.672	8,2
COLPATRIA	49.893	5,4	50.227	5,3	50.743	5,3
MEDISANITAS	38.582	4,1	39.155	4,2	39.866	4,2
SURA	19.375	2,1	18.993	2	23.122	2,4
S.S.I	5.569	0,6	5.678	0,6	5.658	0,6
VIVIR	NO REPORTE	0	-	0	-	0
COMFENALCO	2.589	0,3	-	0	-	0
TOTAL	629.361	100	938.918	100	950.283	100

Tabla 3 Fuente Supersalud informe financiero 2012

Como se puede observar claramente en el cuadro anterior que el número de afiliados en lo corrido del segundo semestre del año 2012 fue incrementándose de manera significativa, por lo que podemos concluir que las personas están viendo una alternativa de acceso a servicio de especialistas más sencillo por este tipo de empresas que por el Plan Obligatorio.

Vale la pena resaltar en este capítulo que el directorio que manejan las empresas para sus especialistas es público y si un usuario particular es decir no afiliado puede solicitar cita pero el monto a cancelar por ese servicio es superior y esto suele ser costoso para la población media ya que las personas han optado por acostumbrarse a su zona de confort en donde mediante su EPS reciben un servicio de buena o baja calidad en el solo cancelan la cuota moderadora.

La operación normal de las empresas de Medicina Prepagada es la siguiente las personas se comunican al call center a solicitar la cita con el especialista de su conveniencia indican su número de identificación y validan los datos para determinar si son o no afiliados para de esta manera determinar la tarifa, las agendas son más rápidas que el POS en ocasiones las personas encuentran citas para el mismo día o la misma semana, esta es una de las razones por las cuales las personas que tienen un nivel de ingresos superior a dos salarios mínimos contempla dentro de su sistema de salud la Medicina Prepagada.

En la época de los 90's la Medicina Prepagada era considerada como un servicio de lujo ya que su costo era muy alto y poco asequible a toda la población, pero con el pasar del tiempo las empresas han detectado las falencias de atención y agilidad del sistema tradicional y en ellas han visto su oportunidad de incursionar en el mercado y poder aparecer como un servicio para todos mediante la creación de planes y de acuerdo a los planes proponen diferentes precios y acceso a clínicas a nivel nacional con las cuales han realizado convenios ó gracias a su propia infraestructura han podido ir construyendo sus propias unidades de atención, las cuales les da sensación de respaldo y solidez a los afiliados.

Las empresas de medicina prepagada para ingresar a su sistema manejan limitantes como son la edad personas mayores de sesenta años no las inscriben justificando como pacientes de alto riesgo y precisamente para determinar si es o no una persona sana estas empresas optan por la declaración de salud para no llevarse sorpresas más adelante.

Toda persona que desee adquirir este servicio debe estar activa en alguna de las empresas prestadoras de salud conocidas como EPS pues es como un pasaporte de garantía para las empresas de medicina prepagada.

Pero estas empresas no brindan una opción de acceso a especialistas a las personas que están fuera del sistema, es decir que estas personas estarían en una especie de limbo y si requieren servicio médico deberán cancelar el costo de la consulta particular el cual en ocasiones es bastante alto para el ingreso medio de la población; sin contar con el respaldo de una institución y si la situación se complica y requiere hospitalización y no pertenece a ninguno de los dos regímenes subsidiado ó contributivo el usuario y su familia deberá reunir la totalidad que cobre la institución prestadora de servicio para que le curen su mal.

Según este funcionamiento las personas que no están activas en el sistema integral de salud tampoco podrían acceder a la medicina prepagada es decir no tendrían ningún tipo de cubrimiento y es claro que según define el Decreto 806 de 1998 establece que de acuerdo a la constitución política de Colombia en sus artículos 48 y 49 indica:

El Estado garantiza el acceso a los servicios de salud y regula el conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad.

De acuerdo a esta garantía definida en la constitución política de Colombia en la practicidad de la legislación no se cumple la promesa de valor planteada, ya que realmente el Estado NO está dando garantía de acceso a los servicios de Salud, pues las personas que no tienen el perfil para pertenecer al régimen subsidiado SISBEN ó al régimen contributivo EPS, simplemente dependen de su capacidad adquisitiva para acceder a citar con médicos particulares lo cual sale muy costoso teniendo en cuenta el promedio de vida de los Colombianos.

3. CARACTERIZACION DEL SERVICIO OFRECIDO POR LAS EMPRESAS DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA.

En lo que se ha expuesto en este trabajo hemos podido observar que hay pautas puestas por entes de control y gobierno en teoría para proteger y estar siempre a favor del usuario y/o ciudadano del común, pero resulta que la salud se ha convertido en un tema burocrático, si así como suena el que tiene medios económicos puede acceder y el que no simplemente hace parte de las estadísticas de miles de usuarios que mendigan momentos de atención para mantener una aceptable calidad de vida.

Las personas deben pasar por varias “estaciones” antes de recibir el servicio por parte del galeno que los atenderá; adicional cuando una persona se encuentra en alguna de las clínicas aliadas a las EPS ó EMP, se encuentran con una situación incómoda y es que le dan prioridad alta a quienes pasan el carnet de la EMP, y los tiempos de espera para los usuarios que solo tienen EPS es mucho mayor y la calidad de la atención es bastante baja, en comparación a la que reciben los otros usuarios.

Es por este tipo de situaciones que me refiero que la salud en Colombia se ha convertido en una Burocracia si quiere atención de Calidad en las mejores Clínicas y con los mejores especialistas adquiera servicio de medicina prepagada, a pesar que la ley es clara y establece que el gobierno garantiza el acceso al servicio de salud y vela por el bienestar de las personas; de ser así realmente porque en las instituciones privadas dan cierto trato preferencial, acaso no todos tenemos el mismo derecho de ser atendidos de manera oportuna y eficaz.

Quienes se encuentran afiliados a alguna de las ya mencionadas EMP cuentan con servicios privilegiados que las normalmente conocidas EPS limitan, por ejemplo fue solicitud estricta del gobierno que las EMP deberían contar con un sistema de Call Center con disponibilidad 24 horas para sus afiliados y de esta manera las personas siempre a la mano tienen la asesoría de un médico que les orienta la situación la valoran y si es necesario programan visita médica inmediatamente para un diagnóstico más claro para asignarle el tratamiento adecuado.

Por otra parte mediante las EPS las personas solicitan citas a través del call center máximo hasta 6:00 de la tarde promedio en ocasiones logran que les den cita con fechas cercanas;

pero si las personas acceden al servicio de urgencias deben pasar por una valoración inicial en donde clasifican el tipo de urgencia y determinan el tiempo de espera para la atención médica y correspondiente tratamiento.

Hasta este punto hemos hablado claramente de los usuarios de Medicina Prepagada y afiliados al régimen contributivo, pero que sucede con las personas del régimen subsidiado es decir las personas del SISBEN, este segmento de la población se encuentra en una situación un poco más complejo ya que vemos usualmente a estas personas a través de los diferentes medios solicitando fichas para asignación de citas acaso por ser régimen subsidiado no tienen derecho a la misma calidad de servicio que los afiliados al régimen contributivo solo porque su servicio de cierta manera es gratuito y corre por parte del estado.

Es en este punto en donde observamos claramente que la propuesta de servicio y valor planteada en la ley para los usuarios no es coherente, con la practica al momento de verdad en donde apliquemos el servicio a los usuarios, desde la época antigua han determinado al sistema de salud como la forma mediante las personas buscan sentirse saludables y tener un bienestar para la continuidad de sus actividades diarias.

En cada una de las empresas analizadas en este trabajo observamos que manejan patrones de acuerdo al perfil de los usuarios, y desafortunadamente para las personas que no tienen capacidad adquisitiva para inscribirse a una EMP deben someterse a procesos mas largos y a una calidad del servicio regular todo por no tener ese pasaporte para ser tratados como clientes especiales y ni hablar de lo que deben vivir las personas del régimen subsidiado todo por pertenecer a un grupo social con oportunidades más restringidas que el resto de la sociedad.

Las características del servicio de las entidades adscritas al sistema de salud son particulares ya que hablamos de un área en donde las personas lo que más aprecian es la calidad del servicio con el cual se encuentran al momento de hacer uso de su entidad cabe resaltar que estamos hablando también de una de las profesiones en las que las personas se deben preparar para brindar calidez humana en su servicio ya que de acuerdo al trato que le brinden al paciente así mismo este los referenciará después de tomar esos servicios.

CONCLUSIONES

Al finalizar este trabajo puedo concluir que las personas que no están activas en el sistema de Salud simplemente deben acceder a servicio mediante tarifas de particulares que son mucho más costosas que si estuvieran cobijadas por alguno de los regímenes estipulados por el gobierno para su atención.

Actualmente el gobierno tiene vigente dos tipos de regímenes para acceder al sistema de salud que son Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo, adicional se constituyeron un tipo de empresas orientadas a complementar estos servicios incrementando la calidad de sus servicios pero son muy costosas y únicamente personas con una capacidad adquisitiva alta pueden acceder a ellos, pero adicional a la capacidad de pago deben contar con la afiliación activa y vigente a una EPS para poder ser recibidos por parte de una EMP.

Según eso las personas que no cumplan con los requisitos para ser miembros activos de alguno de los regímenes que existen en el país están desamparadas y el estado no está estableciendo acciones correctivas para cumplir la promesa de valor de preservar que todas las personas tengan acceso al sistema con el fin de preservarle bienestar y equilibrio.

Sería muy productivo que el Estado realizara un censo para que determinara el número de personas que no están amparadas y por ende su salud puede estar en un nivel que altera el equilibrio del ser humano, dadas las condiciones a las cuales se deben enfrentar.

El estado al revisar las estadísticas de usuarios inscritos Vs población registrada en el Censo podría sacar un promedio interesante para iniciar un estudio en el cual plantee un proyecto de servicio para las personas que no pueden ser parte de los regímenes actuales y de esta manera cumplir la promesa de valor planteada y expuesta la ley 100 de 1993.

BIBLIOGRAFIA

Arredondo, A. y Meléndez, V. (1992). “Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis”. Salud Publica Mexico, Vol 34 (1), pp. 36-48.

Cf. World Health Organization, Constitución Statement WHO, OMS, Ginebra, 1946. Asimismo, vease el art 25 de la constitución de la OMS del día 7 de Abril de 1948 y la definición recogida en la Declaración de Alma-Ata de 1978, donde se ratifica dicha concepción de la salud, en OMS, “Declaración de Alma-Ata”, Tribuna Médica 784 (1979) 11.

Cf. President`s Comision, “on health Needs of the Nation”, Building American`s Health, vol.2, Government Priting Office, Washington 1953,4.

Decreto 806 de 1998

Decreto 1570 de 1993

<http://www.colmedica.com/informacion-corporativa/Paginas/historia.aspx>

<http://www.colsanitas.com/portal/web/colsanitas/historia>

<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=%2f1sb0Y8%2fMmE%3d&tabid=451&mid=1623>

Ley 100 de 1993 Sistema de Seguridad Social Integral

Ministerio de Salud Dirección de estudios Económicos e inversión pública (1998). El plan obligatorio de salud POS contributivo y subsidiado. Santafé de Bogotá, junio

Rodríguez, Acosta Sandra, (2010). “Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia”. Universidad Autónoma de Barcelona.