

IMPACTO GENERADO POR LA UNIFICACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
SUBSIDIADO – POS-S EN LAS EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD
PÚBLICAS

OMAR SÁNCHEZ BELTRÁN

AUTOR

LUIS GABRIEL FERRER

ASESOR

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

POSGRADOS DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

BOGOTÁ D.C.

2013

Resumen

En el año 2012 se efectuó la unificación del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado el cual iguala la prestación de servicios de salud con los mismos derechos del régimen contributivo en procedimientos, intervenciones, consultas; ampliando la cobertura y garantizando a este segmento poblacional una atención integral. Esta unificación generó un impacto en las finanzas de las Instituciones Públicas debido a que gran parte de la población pasó de ser usuario vinculado a cargo de las Entidades Territoriales quienes eran los pagadores de estos servicios a través del subsidio a la oferta a ser usuarios subsidiados a cargo de las Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado quienes no generan flujos de caja de manera oportuna afectando la liquidez, sostenibilidad financiera y el desarrollo de la misión constitucional de estas entidades. Igualmente afecta la población usuaria por la tramitología y demora en la autorización de los servicios que demanda.

Palabras claves: impacto, Plan Obligatorio de Salud, Unificación

Introducción

Este ensayo se realiza para conocer más de cerca el impacto que ha generado en las empresas de prestación servicios de salud publicas la unificación e implementación del plan obligatorio de salud subsidiado el cual están enmarcado en las políticas del Gobierno nacional de mantener la equidad social de la población colombiana tendiente a favorecer a la población pobre, vulnerable y sin capacidad de pago del Territorio Nacional, el cual ha generado desequilibrio financiero en estas entidades ya que un gran sector de la población que pertenecía al régimen vinculado fue incluida al régimen subsidiado, estos servicios eran cancelados por la entidades territoriales de una manera más eficiente y oportuna generando un flujo de recursos más dinámico lo que le permitía tener un margen operacional para la prestación de los servicios de salud.

Al incluir este sector poblacional en el régimen subsidiado los responsables del pago de los servicios pasan hacer las empresas promotoras de salud subsidiadas siendo estas más demoradas en los procesos de pago colocando diversas trabas a la facturación de los servicios prestados y por consiguiente demora en el pago de los servicios médicos prestados a la población usuaria de las entidades responsables de pago, ocasionando iliquidez al no cancelar sus obligaciones oportunamente a las instituciones prestadores de servicios de salud públicas, lo que ha puesto de manifiesto un riesgo de liquidez y sostenibilidad financiera de estas entidades y en algunos casos de cierre de instituciones prestadoras de servicios de salud por no considerarse viables financieramente.

Situación que afecta a la población usuaria de los servicios de salud debido a la tramitología que imponen las Empresas Promotora de Salud del Régimen Subsidiado para la autorización de

los servicios de salud y por integración vertical que algunas de tienen redes de atención propias generando que los usuarios sean atendidos directamente en IPS propias generando que la oferta de servicios que posee la red pública no se utilice a plena capacidad ocasionando desequilibrio entre la oferta y la demanda de las entidades públicas prestadoras de servicios de salud y al no usarse plenamente la capacidad instalada que posee este sector constituyéndose esta situación en gastos de funcionamiento altos y los ingresos que perciben no compensan estos gastos operacionales.

IMPACTO GENERADO POR LA UNIFICACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO – POS-S EN LAS EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICAS

Origen del Sistema de Seguridad Social en Salud

El Sistema de Seguridad Social desde la promulgación de la Constitución Política de 1886 se basó en un modelo de salud higienista en donde el enfoque dado por el Gobierno en sus políticas de salud estaban orientados a atender y resolver casos puramente sanitarios no tomando en cuenta los aspectos preventivos y curativos de la población por consiguiente esta orientación de políticas no se ajustaba a las necesidades que la población requería en aspectos de salud. Los tratamientos orientados a la prevención y cura de las enfermedades de la población debían ser cubiertos económicamente por esta o por algunas entidades sin ánimo de lucro que prestaban ayuda a la población que necesitaba realizarse este tipo de atenciones.

En el año 1945 se crean instituciones de carácter público para la atención de servicios de salud de la población como fue la Caja Nacional de Previsión que atendía la salud de los empleados públicos y para 1946, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales que atendía a los empleados del sector privado formal (PNUD, 1998). Este modelo de salud se mantuvo vigente hasta mediados del año 1950, siendo este no beneficioso para la población ya que no se sementaba en políticas tendientes a mantener y mejorar la salud de la población.

Durante el periodo comprendido entre los años 1970 y 1989, se crea el Sistema Nacional de Salud el cual introduce la figura de subsidios a la oferta en la cual el Gobierno Central destinaba recursos para atender las necesidades de salud de la población los cuales eran transferidos a las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas del país. En este periodo se da más importancia a los servicios de salud ya que se convierte en una parte integral de planeación socioeconómica del país lo que se constituye en que se le da más relevancia al sistema de salud de la población colombiana, en cuanto a la destinación de recursos por parte del Gobierno. En este periodo se introduce un esquema en el cual participan el estado, los empleadores y los empleados, quienes contribuyen con la financiación del de los servicios de salud de la población trabajadora del país.

En la década de los 90, con la expedición de la Ley 10 en concordancia con el artículo 36 de la Constitución Política de 1886, con la cual se le da mayor importancia a los servicios de salud al ser elevado este al rango de servicio público con lo cual se le da mayor compromiso al Gobierno en cuanto a la promulgación de políticas tendientes a mejorar su cobertura y calidad de la prestación de servicios de salud en todo el territorio. En este periodo se presentaron dos cambios importantes para el sistema de salud como son la Constitución Política de 1991 en la cual Colombia se declara como un Estado Social de Derecho que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable (Art.11, Constitución Política de Colombia, 1991). A partir de este precepto Constitucional se pone de manifiesto la obligatoriedad jurídica del Estado en lo que tiene que ver con la prestación de los servicios de salud, haciendo de este más preocupado por garantizar los derechos civiles, sociales y políticos, bajo esta percepción es así como la Constitución de 1991 eleva a la Seguridad Social como un servicio público de carácter

obligatorio según Artículo 48, a su vez la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado (Art.49).

Con estas reformas también se introducen otros cambios fundamentales al sistema de salud, en la cual se incorpora el modelo de privatización de algunas empresas del estado, incentivos a las empresas prestadoras de servicios de salud lo que origino el modelo de competencia regulada del sector que se instauro en nuestro país a partir de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993. Esta ley permitió el ingreso de capital privado en lo que tiene que ver con el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud a la población, enfocado aplicando el principio de solidaridad hacia la población más pobre y vulnerable del país.

Así mismo la Ley 100 de 1993 divide el sistema de salud de la población en dos regímenes. El primero corresponde al régimen contributivo que es aquel que provee los servicios de salud a los empleados y a las personas con capacidad de pago, este es financiado por contribuciones obligatorias efectuadas por empleadores y empleados o pensionados. El segundo régimen es el régimen subsidiado el cual vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado mediante encuesta SISBEN y es financiado por recursos corrientes de la Nación que son transferidos a los Entes Territoriales para ser utilizados en la prestación de los servicio de salud.

En este proceso se ha estado acompañado de procesos de descentralización administrativa de las entidades tanto en la parte administrativa, financiera y de gestión de recursos y también con la participación de particulares en el sector debido a los constantes inconvenientes que viene

afrontando el Sistema de Salud, a la falta de liquidez de las empresas prestadoras de servicios de salud y la intermediación financiera, el Gobierno Nacional presento al Congreso de la Republica un proyecto de Ley con el cual se busca reformar el sistema actual de salud en Colombia, proyecto que actualmente se está debatiendo en la Cámara de Representantes y el Senado de la Republica.

Marco Normativo del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado – POS-S

El Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S, está regulado mediante la Constitución Política de 1991, por Leyes, Decretos, Resoluciones, Circulares y Acuerdos que propenden por la buena prestación de los servicios de salud con eficiencia, calidad, humanización y oportunidad en busca de mantener una buena salud de la población a través de la prevención de la enfermedad y la accesibilidad al sistema. En la Constitución Política de 1991, en el Artículo 48 se contempla el servicio de salud de carácter obligatorio que se prestara bajo la dirección, coordinación y control del Estado, basados en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Normatividad	Contenido
Ley 10 de 1990	Consagran los servicios de salud en todos los niveles como un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en cuanto a los servicios básicos para todos los habitantes del Territorio Nacional y administrado en conjunto con las Entidades Territoriales, sus Entidades Descentralizadas y particulares autorizados para este fin
Ley 100 de 1993	Define el Sistema de Seguridad Social Integral con que cuentan las personas y la comunidad para tener una buena calidad de vida, en concordancia con las políticas, planes y programas que el Estado y la sociedad implementen para proporcionar una cobertura integral con el propósito de mejorar el bienestar de la población
Ley 715 de 2001	Artículo 113 define las competencias de la Nación, de las Entidades Territoriales y los Municipios en materia de servicios de salud.
Decreto 1011 de 2006	Establece el Sistema Obligatorio de Calidad en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Decreto 3990 de	Reglamenta la Subcuenta de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de

2007	tránsito de Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, se establecen directrices sobre el manejo de accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas
Ley 1122 de 2007	Mediante la cual se realizan ajustes al Sistema General de seguridad Social en Salud, busca mejorar y priorizar la prestación de los servicios de salud a los usuarios; se hacen reformas a los que tiene que ver con la dirección, universalización, financiación y equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoras en la prestación de los servicios de salud, se fortalecen programas de salud pública, se determinan funciones de inspección, vigilancia y control, se organizan las redes de atención y su funcionamiento para prestar servicios de salud.
Decreto 4747 de 2007	Mediante este se regulan aspectos de la relación entre prestadores de los servicios de salud y las entidades responsables de pago de los servicios de salud prestados a población a su cargo.
Resolución 3047 de 2008	Establece los requisitos para el envío de información y solicitud de autorizaciones de procedimientos y consultas entre las entidades Responsables de Pago y la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
Resolución 1817 de 2009	Mediante la cual define la carta de los derechos de los afiliados de Entidades Promotora de Salud de los regímenes subsidiados y contributivos
Acuerdo 04 de 2009	Mediante la cual unifica el POS para los niños de 0 a 12 años
Acuerdo 011 de 2010	Unifica el POS para niños y adolescentes menores de 18 años.
Ley 1438 de 2011	Mediante esta Ley se fortalece el Sistema de Seguridad Social en Salud, basados en un modelo de prestación de servicios de salud publico aplicando estrategias de atención primaria en salud con la coordinación del Estado, las instituciones y la sociedad en busca del mejoramiento de la salud y un medio ambiente sano y saludable que brinde a la población servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo en busca de una mejor calidad de vida
Acuerdo 027 de 2011	Unifica el POS para adultos de 60 años y más.
Acuerdo 029 de 2011	Por la cual define, aclara y actualiza en Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivos y subsidiados.
Decreto 019 de 2012	Se dictan normas y/o disposiciones para reformar, regular, suprimir trámites innecesarios existentes en la Administración Publica
Circular 017 de 2012	Incorpora la población de 0 a 18 años de edad a recibir los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud sin importar el régimen a que pertenezca.
Circular 027 de 2012	Mediante la cual se Unifica el Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado a la población entre los 18 y los 59 años de edad
Acuerdo 032 de 2012	El cual unifica el Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivos y subsidiados para la población de 18 a 59 años de edad.

CUADRO1. Normatividad

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Para la unificación del POS-S se promulgaron muchas leyes y decretos que unificaban parcialmente el contenido de cubrimiento total a la población, en el año 2012 la Comisión de

Regulación en Salud – CRES, emite el acuerdo 032 de 2012, el cual incorpora en la unificación el segmento poblacional de los rangos de edad de 18 a 59 años completando así el cubrimiento del total de la población garantizando los derechos de las atenciones en salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado.

Definición del Plan Obligatorio de Salud

En el ámbito internacional los Sistemas de Salud en algunos países son cubiertos en su totalidad por el Estado, la población tiene un aseguramiento integral en el que se le garantizan todos sus derechos, se le cubren todas sus patologías y se le suministran los medicamentos y controles necesarios para su tratamiento y rehabilitación, entre estos países encontramos el sistema de Salud Ingles, dentro de este el estado ofrece los servicios de salud de manera integral y gratuito a toda la población sin tener en cuenta la capacidad económica y los ingresos percibidos por los usuarios, el sistema de salud Ingles es considerado como uno de los mejores a nivel mundial, utiliza alta tecnología para el diagnóstico del paciente y adicionalmente actúa con mecanismos y políticas de prevención de la enfermedad.

El sistema de salud Canadiense, el cual le brinda una atención integral a sus habitantes suministrando desde la atención de prevención y cura de la enfermedad, en este sistema los servicios médicos son asumidos por el Estado quien a través de los tributos brinda los recursos para el funcionamiento del sistema de salud, los hospitales y clínicas prestan sus servicios sin fines de lucro, el Estado por mandato Constitucional garantiza a la población una cobertura del 100% de los servicios médicos y hospitalarios que demanden la población sin importar su

condición social. Sistema de salud en Cuba en el cual el Estado es el único prestador de los Servicios de Salud a la población, está basado en un modelo socialista donde se considera a la población con los mismos derechos aplica los principios de universalidad y gratuidad de todos los servicios de salud que la población requiere, utiliza alta tecnología y programas de prevención de la enfermedad con el propósito de reducir los riesgos de salud de los habitantes de la Isla. El Sistema de Salud Norteamericano se caracteriza por que no es gratuito y es muy costoso en lo que tiene que ver con enfermedades graves; en este sistema la mayoría de los prestadores son de carácter privado en el cual el Estado no subsidia estos servicios a la población salvo en casos especiales de que el usuario mediante al acreditación de una serie de requisitos donde demuestre que no está en condiciones de pagar el seguro médico el Estado entra a subsidiar la cobertura en salud, la población en general tiene que pagar pólizas de salud bastante costosas para estar cubiertas por el servicio de salud o cuando son empleados a través de la empresa pueden contratar el seguro médicos para su atención y la de sus familiares.

Como se evidencia en algunos países los servicios de salud son prioritarios y están a cargo del Estado integralmente y los costos generados por la atención de la población son asumidos por este, sin importar la condición social de los habitantes; pero para otros sistemas estos servicios deben ser asumidos en su totalidad por los usuarios a través de pólizas de salud y otros mecanismos de financiamiento para poder gozar de atención en salud.

El sistema de salud colombiano, está contemplado por la Constitución Política como un servicio público, el Estado actúa como órgano rector, coordinador y regulador del sistema de salud, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de Trabajo.

En el Artículo 48 de la Constitución Política, se considera la Seguridad Social como un servicio público que debe ser prestado por el estado de carácter obligatorio, aplicando los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que la ley lo determine. Lo cual establece que todo habitante del país gozará del derecho a la seguridad social. La ley 100 de 1993, la cual crea el Sistema de Seguridad Social Integral, mediante la cual se crea una nueva legislación en materia de seguridad social para los habitantes del territorio nacional orientada a los Sistemas general de Pensiones, sistema General de Seguridad Social en Salud, sistema general de riesgos Profesionales y orientada también a Servicios complementarios a estos.

El enfoque dado en esta reforma pretendía acabar con el monopolio del sistema de salud que tenían las personas trabajadoras del país tanto del sector privado y público, permitiendo la participación de entidades del sector privado las que podían asumir la prestación de los servicios de salud que requiera la población, es así como cada persona puede elegir libremente la entidad que le preste los servicios de salud para ella y su núcleo familiar. Se introduce también la franja de un sector subsidiado de la población que da lugar a la creación del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, organismo encargado de administrar los recursos de la salud y de brindar aseguramiento a la población pobre y vulnerable del Territorio Nacional.

Aplicación actual del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado - POS-S

El Plan Obligatorio de Salud es el conjunto de actividades básicas a que tienen derechos los usuarios de los servicios de salud como son la recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y las prestaciones económicas derivadas de incapacidades por enfermedades,

accidentes o por cubrimiento de maternidad, estos servicios son de obligatorio cubrimiento por las diferentes Entidades Prestadoras de Servicios de Salud– EPS-El Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentra dividido en dos regímenes como son en primer lugar el Régimen Contributivo, a este se deben afiliar todas las personas que posean un trabajo formal, trabajadores independientes, pensionados y su familia, es decir, que tienen capacidad económica para realizar los aportes obligatorios al Sistema. En segundo lugar el Régimen Subsidiado, orientado al aseguramiento de la población pobre y vulnerable del país, en el cual el Estado ejerce su deber constitucional de prestar los servicios de salud. Las entidades Territoriales son responsables de su aplicación y de la operación adecuada en busca del bienestar de la población.

Con la unificación del Plan Obligatorio de Salud, los afiliados del régimen Subsidiado tienen acceso a los mismos servicios de salud que tienen los usuarios del régimen Contributivo, esto conlleva a que más población tenga acceso a tratamientos especializados que deben ser asumidos por las Entidades Aseguradoras, generando mejores condiciones de salud y una vida digna para la habitantes del país. El cubrimiento de salud de los dos regímenes se fundamenta en la universalidad de la atención a la población usuaria, sin importar el Municipio donde se encuentre afiliada es obligación de cualquier Empresa Prestadora de Servicios de Salud atender a los usuarios sin limitación alguna, situación que refleja una ampliación en los niveles de cobertura de salud orientados hacia la población menos favorecida del Territorio Nacional.

La implementación de las nuevas reformas al Sistema de Salud hace relevante que la prestación de los servicios por parte de los diferentes actores del sistema se realice basados en las normas de calidad existentes, los cuales deben aplicar el Sistema Obligatorio de garantía de

calidad – SOGC, en el que se integran cinco componentes como son: el Sistema único de habilitación, el Sistema único de acreditación, Auditoría, Sistema de información de usuarios e incentivos con lo que se asegura que cualquier Entidad del sector tiene que cumplir con estas directrices para poder prestar servicios de salud situación que favorece a los usuarios en la medida en que cada vez todas las instituciones tienen que cumplir con unas condiciones mínimas para prestar servicios a la población.

Las políticas del Gobierno Nacional están encaminadas a mejorar los niveles de acceso de la población al Sistema de Salud en todos los regímenes. Es así como se han implementado diversas medidas tendientes a facilitar el acceso a los servicios médicos, eliminando barreras de acceso y haciendo cada vez más universal y con mejor eficiencia el derecho a la salud. Se ha reducido la intermediación financiera del sector con el propósito de hacer más dinámico el modelo de atención orientando los recursos financieros hacia las Empresas Prestadoras de servicios de Salud con el fin de evitar dificultades por la falta de flujo de caja en la atención oportuna. Estas medidas pretenden dinamizar los procesos de atención haciéndolo humano y digno beneficiando a los usuarios, también facilitando la movilidad de los usuarios en el sistema de salud permitiendo el aseguramiento en el régimen contributivo o subsidiado dependiendo de las condiciones económicas de los usuarios.

Actividades que involucra la prestación de los servicios de salud prestados a la población de acuerdo al régimen en que se encuentre afiliado comprenden: actividades de educación y promoción en salud, actividades de prevención de la enfermedad, prestación de atenciones ambulatorias, salud oral, urgencias, hospitalización, consulta médica especializada, exámenes

diagnósticos, mujeres embarazadas y planificación familiar, todas las actividades involucran los diferentes niveles de atención de la red hospitalaria con que cuenta la Nación.

Como afecta la unificación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado – POS-S a las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud Publicas.

El Presupuesto Nacional aprobado para la presente vigencia alcanza los \$185.5, con los cuales el Gobierno viene desarrollando los objetivos propuestos en el Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014, cuyo eje fundamental está basado en la Prosperidad para Todos, lo que pone de manifiesto la inversión en todos los campos enmarcados en el progreso de la sociedad a partir de mejores condiciones de vida, más seguridad y equidad social, a pesar de haber aumentado en rubros como Educación y Salud no son suficientes estos recursos para cumplir con las necesidades que demanda la población en estos sectores situación que se manifiesta en no alcanzar el total de cobertura lo que se deriva en un problemática social de insatisfacción por los servicios recibidos por un sector de la población.

En cuanto a la distribución del Presupuesto para la inversión en el Salud se destinaron \$ 11.5 billones para adelantar todas las políticas relacionadas con en este sector convirtiéndose en una cifra significativa teniendo en cuenta que dentro de este rubro se incluyeron recursos destinados para llevar a cabo la Unificación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado – POS-S, cuyo objetivo principal es la universalización de la prestación de los servicios de salud de toda la población del país que deben ser prestados con equidad social y calidad, analizando el impacto que tienen estas políticas en el sistema de salud, a pesar de evidenciarse un notable aumento en el

presupuesto de Salud los recursos son insuficientes, adicionalmente sumada la situación que se viene presentando como es la falta de recursos económicos sumados a la atención de una franja poblacional que venía siendo cubierta por Entidades Territoriales de Salud quienes eran los que cancelaban directamente los costos de las atenciones de los usuarios vinculados a las Empresas Prestadoras de servicios de Salud Publicas generando ingresos de una manera más ágil lo que apalancaba financieramente a estas entidades, al pasar esta población a pertenecer al régimen Subsidiado el pagador de estas atenciones que se presten pasa a ser cancelado por las Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado, entidades que no le cancelan a las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud Publicas de forma oportuna los servicios prestados, estas Entidades formulan glosas injustificadas y colocan trabas a los procesos de pago lo que genera inconvenientes financieros por no tener flujo de caja para cumplir con su objeto social que es la atención integral de los pacientes.

Las cotas moderadoras y copagos nacen desde la implementación de la Ley 100 de 1993, citados en los Artículos 160 y 187, en los cuales se obliga a los afiliados del régimen contributivo a pagar las cotizaciones al sistema de igual forma los afiliados y sus beneficiarios deben realizar pagos compartidos, se les cobraran cuotas moderadoras y copago esto con el propósito de racionalizar el uso de los servicios de salud. A diferencia del régimen contributivo a los afiliados del régimen subsidiado se les aplica solo la figura de copago que debe ser cancelado por el usuario de acuerdo a la clasificación del SISBEN, no sé en mujeres en embarazo, ni en la atención de parto, ni a los niños menores de un año, a población especial contemplada en el Artículo 365 de 2007.

La aplicación de cuotas moderadoras y copagos se implementaron también como coadyuvantes en la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con la Unificación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado se genera que recursos que las entidades prestadoras de servicios de salud obtenían a través de pago realizados por los usuarios del vinculados ya no ingresan a los flujos de caja, perdiéndose este ingreso que contribuía a mantener liquides, caso que no ocurre al ingresar esta población a ser parte de las Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas debido a que no remiten usuarios para ser atendidos en los Hospitales públicos de manera constante sino que ellos realizan las atenciones con una red de servicios propia, situación que se manifiesta en modelos de integración vertical, perjudicando a los usuarios ya que no reciben una atención integral a su patología generándole en algunos casos complicaciones en la salud.

La situación financiera que vienen afrontado las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud Publicas se ha venido desarrollando desde hace varios años, en donde han predominado factores generadores como son la corrupción hacia el interior de las Empresas Promotoras de Salud de ambos regímenes, la ineficiencia de estas en la prestación de los servicios de salud y la mala distribución de los recursos orientados hacia la población usuaria. Por otro lado sumada la corrupción que se presenta en los Hospitales públicos en los cuales ha predominado la cultura de una contratación no transparente en existen altos niveles de corrupción, generando que los recursos que ingresan no se orienten hacia la atención de las necesidades de salud de la población, agudizando la problemática de estas instituciones ya que la situación financiera se complica por el despilfarro de recursos y los ingresos que se originan por la venta de servicios son bajos y en algunos casos se presenta déficit presupuestal.

Esta situación se complica más con la Unificación del Plan Obligatorio de salud Subsidiado – POS-S, ya que los recursos que se recaudaban de las Entidades Territoriales por subsidio a la oferta se ven cada vez disminuidos a causa de la inclusión de la población al régimen subsidiado, servicios que son cubiertos por las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, entidades que no son buenas pagadoras de los servicios prestados a sus afiliados generando problemas de ingresos de flujos de efectivo para la sostenibilidad financiera de las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud Publicas.

Alternativas para Mejora el Flujo de Recursos de las empresas Prestadoras de servicios de Salud Publicas

Los modelos de contratación que se tienen para el sector debe ser claros en donde predomine la pulcritud y honestidad entre las partes con el propósito de evitar que se genere desigualdad, los modelos actuales de contratación en la mayoría de los casos son impuestos por los aseguradores a los prestadores, a pesar de existir normas que deben ser acatadas y cumplidas por los actores del sistema, estas dan directrices claras y lineamientos que se deben cumplir obligatoriamente por las partes las cuales buscan ejercer control a las irregularidades y deficiencias en los procesos de contratación, pero aun existiendo estos controles no se ha logrado evitar las malas prácticas a ni tampoco han contribuido al mejoramiento del proceso.

En la actualidad los acuerdos de voluntades y los contratos que se suscriben entre aseguradores y prestadores continúan presentando factores de inequidad con los prestadores de

servicios de salud y atropellando los derechos de la población poniendo en riesgo las condiciones de salud y la calidad de vida de la misma. Para evitar esta problemática que afecta el sistema en lo que se refiere a la contratación se deben realizar minutas estandarizadas buscando siempre el equilibrio entre las partes aplicando los principios de equidad, calidad y universalidad de la prestación de los servicios de salud orientados hacia la eficiencia de las instituciones que participan del acuerdo de voluntades.

Por otra parte los organismos encargados de ejercer vigilancia y control al sistema de salud, en donde se involucran los actores que participan como son los aseguradores, los prestadores y los usuarios tienen que ejercer más control en busca del beneficio de la población y de las entidades prestadoras de servicios de salud. Se deben diseñar controles efectivos y sanciones tanto disciplinarias como de carácter penal con el propósito de ejercer el control de los abusos que se presentan por parte de las empresas responsables de pago en contra de las empresas prestadoras de servicios de salud las que se ven afectadas por no tener un respaldo de los organismos de vigilancia y control quienes son los encargados de vigilar y controlar los actores que intervienen en el sistema y así evitar que esta problemática se traslade a los usuarios afectando su salud al no recibir atención oportuna que garantice su recuperación.

El mayor órgano de vigilancia y control es el Ministerio de Salud y protección Social quien como organismo rector de todo el Sistema General de Seguridad Social en Salud, es el encargado de emitir todas las políticas, programas y directrices que permiten el funcionamiento del sistema, tiene funciones de reglamentación y dirección y es el responsable del cumplimiento del mandato Constitucional del derecho a la salud de la población, también encontramos la Superintendencia

Nacional de Salud como máximo organismo de control del sistema de salud que fue diseñado como ente planificador y rector de todo el sistema de inspección, vigilancia y control de todo el sistema de salud del país, a esta entidad le corresponde el diseño de estrategias en las cuales se involucren acciones tendientes a mejorar las condiciones de los diferentes actores del sistema de salud, implementando y articulando medidas regulatorias que contribuyen a frenar los abusos frecuentes hacia los prestadores y usuarios por parte de las entidades aseguradoras.

Otro organismos que ejerce acciones de inspección, vigilancia y control es el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, quien ejerce estas funciones aplicadas hacia los medicamentos y alimentos, velando por el control y distribución de estos, actúa como regulador de precios y que se cumplan con los estándares establecidos para ser distribuidos, bajo su responsabilidad se encuentran también el vigilar los alimentos y su correcta manipulación con lo que se garantiza que se ajusten a estándares de calidad mínimos para su comercialización y distribución.

A pesar de existir en nuestro país entidades que tienen funciones específicas en cuanto a la inspección, vigilancia y control los actores del sistema violan constantemente la normatividad afectando la buena prestación de los servicios y la calidad de estos, afectando al usuario quien es el que se afecta directamente al no ser atendido con prontitud. En lo que se refiere a las relaciones entre prestadores y aseguradores estas entidades se han mostrado flexibles en cuanto a la aplicación de sanciones que castiguen los abusos que se cometen y que generan inconvenientes en la operatividad del sistema de salud.

Reforma al Sistema General de Salud

A raíz de la problemática que viene afectando al Sistema de Salud en el país y a los diferentes inconvenientes financieros de la red de hospitales públicos a causa de los bajos ingresos que obtienen afectando esto el flujo de recursos que se ha convertido en un problema de todo el sector, situación generada por las Empresas promotoras de Salud del régimen subsidiado, entidades que tienen elevadas deudas con los hospitales públicos que no es cancelada generando desequilibrio financiero y riesgo en la sostenibilidad, como consecuencia de la situación que afronta el sistema sumada a la poca eficacia del modelo actual, el Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social radico en el Congreso de la Republica el proyecto de Ley que busca reformar el modelo de salud del país implementado por la Ley 100 de 1993, en la que las Entidades Promotoras de Salud se convertirían en gestoras de salud para la cual pretende corregir los vacíos que tiene el sistema en el aseguramiento en la ampliación de la cobertura y la universalización de la salud de toda la población del territorio nacional.

Con esta reforma se mantiene el mismo modelo de aseguramiento y la intermediación en el modelo de salud, las Empresas Promotoras de Salud - EPS pasan a ser gestoras de salud y solo permanecerán en el mercado aquellas que tengan solidez y experiencia, aunque directamente no se mejorará el flujo de recursos si van a ser determinantes en la afiliación de los usuarios y en el pago de los servicios que preste la red hospitalaria, lo contemplado en la reforma no va a tener un impacto directo sobre la mejora del modelo, debido a que de fondo no se están atacando los problemas estructurales que afectan el funcionamiento y sostenibilidad del sistema como se

constituye la escases de recursos, la inversión en modernización y tecnología y el mantener márgenes de recursos constantes en la red hospitalaria del país.

Los cambios en la norma deberían empezar con la eliminación de la intermediación que presenta el sistema, debido a que es la causa de la crisis que afronta la salud en el país situación que se manifiesta en la red de prestadores al no contar con recursos para su funcionamiento, adicionalmente el modelo debería ser manejado por las entidades territoriales quienes pueden ejercer un mejor control de los dineros destinados para la atención en salud de la población e inyectarían los recursos directamente a los prestadores de una manera más dinámica y oportuna generando mejor calidad en la atención y asegurando una mayor cobertura.

Con respecto al cubrimiento de Plan Obligatorio de Salud Subsidiado se espera que con la reforma se alcance el 100% de toda la población en la prestación de los servicios de salud sin que existan barreras de acceso en el sistema, con una atención oportuna y eficaz contribuyendo con el mejoramiento de las condiciones de vida de la población. Así mismo al incorporar procedimientos, intervenciones y nuevas tecnologías en Plan Obligatorio de Salud se debe presentar una disminución de tutelas por la negación de las atenciones por parte de las Entidades Responsable de Pago quienes están obligadas a cubrir todas las patologías incorporadas en el Plan de beneficios.

Con respecto al suministro de medicamentos por parte de las Aseguradoras amplia el vademécum básico de estos, incorporando algunos que se encontraban como No POS para ampliar el cubrimiento de algunas patologías de alto costo y enfermedades generales, también se

pretende controlar los precios de los medicamentos con el fin de que no excedan los precios de estándares internacionales ya que en algunas ocasiones sus costos superan la lista de precios de medicamentos regulados, este control lo ejerce el INVIMA a través de los reportes que deben remitir tanto los laboratorios productores y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Conclusiones

El problema del Sistema de Salud Colombiano se viene presentando desde décadas atrás, se han realizado reformas y leyes tendientes a mejorar y subsanar algunos de los problemas que lo afectan sin tener resultados concretos ni mejoras en la calidad de la prestación de los servicios de salud.

Se ha agudizado una crisis en la sostenibilidad financiera en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas debido a que los recursos no llegan de manera oportuna, aunque existe regulación para controlar el flujo de efectivo estas normas no son acatadas por las entidades responsables de pago lo que genera iliquidez en el sistema.

Con la unificación del POS-S en el año 2012 la crisis hospitalaria ha aumentado, debido a que no se está percibiendo los recursos del subsidio a la oferta que eran transferidos de manera oportuna por las Entidades Territoriales lo que generaban liquidez para cumplir con las obligaciones de su misión operacional, situación que ha generado en la actualidad cierres de servicios en las entidades hospitalarias.

El sistema de salud actual presenta dificultades y vacíos de norma que permiten abusos contra los usuarios de los servicios de salud quienes se ven afectados al no recibir atención oportuna con calidad y eficiencia.

El gobierno nacional a través de la reforma debería eliminar la intermediación financiera y hacer más efectivos los sistemas de inspección, vigilancia y control con el fin de evitar que los recursos de la salud sean mal gastados y en algunas ocasiones se destinen a otras actividades diferentes a la misión constitucional en la prestación de los servicios de salud cumpliendo con el principio de la universalización.

Bibliografía

Constitución Política de Colombia (1991). Recuperado de <http://www.secretariasenado.gov.co>

Ley 100 de 1993 (diciembre 23). Recuperado de <http://www.secretariasenado.gov.co>

Decreto 4747 de 2007, Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <http://www.secretariasenado.gov.co>

Acuerdo 027 de 2011, Comisión de Regulación en Salud. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normas1.jsp>

Acuerdo 032 de 2012, Comisión de Regulación en Salud. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normas1.jsp>

Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Forms/DispForm.acpx?YD>

Recuperado de <http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/presupuestogeneraldeplanacion>