

# EL SISTEMA DE SALUD REGIMEN SUBSIDIADO SIN INTERMEDIACION EN COLOMBIA



PRESENTADO POR:

YAMILE HERNANDEZ TORO  
d4700177

PRESENTADO A:  
SANTIAGO GARCIA CARVAJAL  
DOCENTE

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA - FADEIS  
PROGRAMA ACADEMICO ESPECIALIZACION EN ALTA GERENCIA  
Octubre 24 de 2014  
Bogotá, D.C., Colombia

# EL SISTEMA DE SALUD REGIMEN SUBSIDIADO SIN INTERMEDIACION EN COLOMBIA

Yamile Hernández Toro Universidad Militar Nueva Granada – FAEDIS

## RESUMEN

*Dentro del crecimiento y desarrollo del país, se tienen en cuenta variables como el crecimiento en el cubrimiento de la salud para cada uno de sus habitantes. La salud es un derecho fundamental de las personas y es evidente que el sector salud está pasando actualmente por una crisis, por falta de recurso y por la mala administración que en lugar de buscar simplificar trámites y procesos encaminados a ofrecer servicios ágiles y efectivos, descargan sus responsabilidades en terceras personas que a su vez no cuentan con la infraestructura adecuada para ayudar a minimizar el problema. Por ello la presente investigación entrega sustentos para concluir que si desapareciesen las EPS-S, las labores que desempeñan estas entidades tendrán que ser asumidas por el Estado evitando la intermediación.*

*Bajo este enfoque se hace imposible tener un control de los recursos empleados por estos intermediarios y del óptimo manejo, para que dichos recursos sean destinados a cubrir los verdaderos costos en salud de la población subsidiada y la creación de nuevos mecanismos que puedan utilizarse para maximizar los recursos y minimizar los costos logrando acceder a un mayor cubrimiento en salud por parte del Estado.*

*Para presentar los resultados se toma como base la opinión de expertos que realizan varias reflexiones respecto a que la salud en Colombia necesita cambios para la administración de los recursos. Adicionalmente, se analiza la cartera de las actuales EPS-S y se muestra las altas cifras que estas entidades deben a los Hospitales públicos en Colombia. También se realiza un comparativo del valor que paga el Estado directamente a los Hospitales por los servicios de salud y el valor que pagan las EPS-S evidenciando que es más alto el pago del Estado y que se puede evitar la intermediación para la prestación eficiente de los servicios de salud que muchos ciudadanos todavía no poseen.*

*Por último se concluye que según la metodología adoptada, es evidente que el sistema de salud del país está atravesando por una crisis, en donde los índices de corrupción son palpables. Según los niveles de endeudamiento que tienen las EPS del régimen subsidiado con los Hospitales públicos, esta investigación se basa en la importancia de evitar la intermediación de las EPS-S para la prestación de los servicios de salud para la población que no tiene capacidad de pago.*

**PALABRAS CLAVES:** Salud, Intermediación, Decisión, Recursos, Estado, Hospitales.

## **THE HEALTH SYSTEM WITHOUT BROKERAGE SUBSIDIZED**

### **ABSTRACT**

*Within the growth and development of the country, taking into account variables such as the growth in health coverage for each of its inhabitants. Health is a fundamental right of individuals and it is clear that the health sector is currently going through a crisis due to lack of resources and mismanagement that instead of seeking to simplify procedures and processes to deliver effective agile services and downloading their responsibilities to third parties who in turn do not have adequate infrastructure to help minimize the problem. Therefore this research to conclude that delivery livelihoods disappear if the EPS-S, the work played by these institutions will have to be borne by the State avoiding intermediation.*

*Under this approach makes it impossible to control the resources used by these intermediaries and optimal management so that these resources are intended to cover the true costs in health subsidized population and the creation of new mechanisms that can be used to maximize resources and minimize costs achieving greater access to health coverage from the state.*

*To present the results used as the basis of expert opinion that perform multiple reflections on health in Colombia that requires changes to the management of resources. Additionally, the portfolio of existing EPS-S is analyzed and the high numbers that these entities due to public hospitals in Colombia is shown. A comparison of the amount paid by the State directly to hospitals for health services and the value paid by EPS-S showing that the higher the payment of the state and can avoid intermediaries for efficient provision is also made health services that many citizens still do not have.*

*Finally we conclude that according to the methodology adopted, it is clear that the health system of the country is going through a crisis, where levels of corruption are palpable. As debt levels that have subsidized the EPS with public hospitals system, this research is based on the importance of avoiding the intermediation of EPS-S for the provision of health services for people without ability to pay .*

*JEL: H51, H55, I19*

*KEYWORDS: Health, Brokerage, Decision, Resources, State, Hospitals.*

## **INTRODUCCION**

En el tema gerencial, la toma de decisiones se convierte en un factor determinante que contribuye a seguir con la mejor elección para el bienestar de la población. Colombia cuenta con una población dentro de la cual está la clasificada como pobre, que requiere que el Estado le brinde el cubrimiento en Salud de una manera más generosa y le permita poder disfrutar de los mismos beneficios que los demás segmentos sociales.

Para este fin, se creó un modelo de régimen subsidiado en salud, que es un mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el gobierno. Las EPS recibieron la tarea de intermediar, afiliar y contratar con la IPS la prestación directa de los servicios y se dispuso que el conjunto de recursos financieros se administrarían en un fondo único de carácter público: el FOSYGA.

Por ello, la presente investigación plantea la incongruencia de este modelo al utilizar la intermediación para la prestación del servicio de salud por medio de la EPS-S del régimen subsidiado y permitir el libre manejo económico por parte de las EPS-S de los servicios que son destinados a los hospitales, incurriendo en gastos innecesarios cuyos recursos podrían ser destinados a mejorar algunos otros aspectos en pro de la población.

Esta investigación se presenta de la siguiente manera: en la sección de revisión de la literatura se plantean los argumentos que evidencian las deudas que tienen las EPS-S a los Hospitales públicos. Posteriormente se presenta la metodología utilizada para esta investigación que basa en el análisis de las fuentes literarias con la cual se busca evaluar las necesidades de la intermediación por parte de la EPS-S para la prestación de servicios de salud en Colombia, para posteriormente encaminarse a detallar su evolución y funcionamiento actual, determinando así el evento en el cual se rebeló la problemática en el funcionamiento de las EPS-S y se demostraría que este modelo necesitaría ser reemplazado, dando un seguimiento a sus falencias al estudiar los documentos que evidencian la crisis en la salud, el sector hospitalario y el servicio ofrecido a la población del régimen subsidiado. Concentrando los suficientes argumentos que nos lleven a definir la creación de un nuevo modelo propuesto para cubrir estas necesidades del sector salud.

Por último, se presentan los resultados de la investigación y finalmente, las conclusiones, limitaciones y futuras líneas de investigación respecto a este tema.

## **REVISION DE LA LITERATURA**

Son varias las fuentes literarias que demuestran que la salud en Colombia está atravesando por una crisis. “Esta crisis se ve reflejada en los 3 billones que según el actual ministro de Salud Alejandro Gaviria Uribe da a conocer a la opinión pública a través de la transmisión radial de RCN Radio”<sup>1</sup>.

La cartera que adeudan las EPS-S afecta la prestación de los hospitales públicos que no tienen los recursos tanto económicos como de infraestructura para la prestación adecuada de los servicios que salud. “Así lo revela el estudio más reciente de cartera hospitalaria realizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (AChc), con corte a diciembre 31 de 2013, con una muestra de 133 instituciones”<sup>2</sup>.

El estudio de cartera hospitalaria de la ACHC, concluye que los principales deudores morosos de acuerdo al monto total de la deuda con cartera de 60 días y más, son Caprecom, Salud Total EPS-S, Salud Coop EPS-S, Alianza Medellín, Antioquia o Savia Salud, Coomeva EPS, el operador fiduciario del Fosyga, Saludcoop EPS, Cafesalud EPS, Ecoopsos, Emdisalud y Saludvida EP y solamente estas 10 entidades deben a los hospitales y clínicas 2,1 billones de pesos del total de la cartera.

El estudio de la ACHC evidencia el impacto marginal que han tenido las acciones emprendidas por el Gobierno para resolver las dificultades en el flujo de recurso hacia los hospitales y clínicas. Las deudas no se reducen debido a que el tratamiento que se está aplicando es sintomático y el problema de la cartera hospitalaria requiere un tratamiento estructural que resuelva completamente la morosidad en los pagos a las entidades hospitalarias por la prestación de los servicios de salud.

Coincidiendo con otros estudios, uno de Fedesarrollo sostiene que el problema no es de recursos, que “en el 2007 se destinaron a la salud 24,4 billones de pesos (5 puntos del PIB) y el año pasado más de 45 billones (8,3 puntos del PIB), de los cuales, más de la mitad fueron del presupuesto nacional, regalías y recursos propios de las entidades”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup><http://www.rcnradio.com/audios/ministro-de-salud-se-refiere-las-deudas-de-las-eps-con-los-hospitales-24287>

<sup>2</sup><http://www.achc.org.co/noticias.php?idnoticia=87>

<sup>3</sup> <http://www.portafolio.co/economia/sistema-salud-del-pais-necesita-ajustes-consolidarlo>

Este organismo de investigación (Agosto de 2013) señaló que uno de los grandes problemas del sistema es la indefinición sobre el derecho a la salud de los colombianos y el límite de lo que debe cubrir el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Las EPS y ARS ejercen su función de intermediarios dentro del sistema de salud concentrando los recursos, con graves fallos en sus sistemas de información, sin que se les aplique mecanismo de control alguno respecto a la calidad de sus prestaciones, con un retraso crónico en los pagos a sus IPS y reduciendo, con su sola presencia, los gastos destinados a salud. Si no se soluciona este problema, se puede llegar a la cesación de pagos de las EPS a la red hospitalaria nacional y a una eventual suspensión de licencia de funciones de las EPS (las privadas pidieron la intervención de la Contraloría General).

Respecto a las EPS del régimen subsidiado su deuda con las entidades hospitalarias llegó a los “\$1.5 billones de pesos, de los cuales el 67.4% es cartera morosa; en este régimen se mantiene como mayor deudora Caprecom EPS, entidad pública, con \$312.791 millones de pesos, seguida por Coosalud \$81.000 millones de pesos, Emdisalud \$80.000 millones de pesos y Ecoopsos con \$76.000 millones de pesos. En este régimen llama la atención el acelerado crecimiento de la deuda de la recién creada EPS Savia Saludasciende a los \$230.985 millones de pesos de los cuales el 71.5% es cartera en mora. Por su parte, la deuda de los Entes Territoriales es de \$243.288 millones de pesos”<sup>4</sup>.

Esa indefinición debe superarse con una ley estatutaria. Un proyecto en tal sentido fue radicado en el Congreso por los senadores Roy Barreras y Jorge Ballesteros, quien señaló que el objetivo principal del SGSSS debe ser la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Fedesarrollo plantea que delimitar con claridad el plan obligatorio de salud (POS), actualizado periódicamente, a que tienen derecho los afiliados es el primer paso, indispensable, para su sostenibilidad a largo plazo, pues es una manera de reducir significativamente los recobros al Fosyga, en el caso de las EPS del régimen contributivo, y a los recursos departamentales, en el del subsidiado.

Estudios como los del Observatorio del Medicamento y de Fedesarrollo indican que una proporción muy alta de los recobros se origina en las medicinas de alto costo, particularmente biotecnológicas, por lo que esta entidad considera necesario tomar medidas que ayuden a mitigar los incentivos perversos y los riesgos de corrupción que genera lo No POS.

Dentro de la revisión de la literatura también se realizó el análisis de los hechos cronológicos basados desde el año 2012 en donde el tema de las crisis de la salud toma más fuerza. A principios del año 2012, la desviación de recursos de la salud toma vuelo con la intervención que se le realizó a Saludcoop por escándalos de corrupción, presunta desviación de recursos y sobrecostos en medicamentos, el donde se establece que Estado sufrió un daño patrimonial. La intervención se realizó porque los dineros de la seguridad social son públicos y las EPS y el Fondo de Solidaridad y Garantía los deben administrar sin que en ningún instante se confundan ni con el patrimonio de la EPS ni con el presupuesto nacional o las entidades territoriales. Además, las contribuciones de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social tienen que usarse exclusivamente en la prestación de servicios o entrega de bienes a los afiliados.

A junio de 2013, varios hospitales dan a conocer que pueden caer en colapsos por las enormes deudas de las EPS-S. El 26 de noviembre de 2013, Oscar Dueñas Gerente Asistencial del Hospital de la Samaritana da a conocer a la ciudadanía que a este Hospital las EPS le deben al centro asistencial 130 mil millones de pesos<sup>5</sup>. Lo paradójico de la situación es que se ha recurrido a organismos de control, a la superintendencia

<sup>4</sup> <http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/clinicas-y-hospitales-denuncian-que-eps-y-el-estado-le-deben-5-billones/20140710/nota/2315215.aspx>

<sup>5</sup> <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-13223316>

de Salud y se ha expuesto el tema por varios hospitales pero sin embargo no se ha tenido respuesta a pesar de los múltiples rechazos que los usuarios ante tenido ante la prestación de los servicios de salud.

Para el 23 de diciembre de 2013, la atención en el Hospital Federico Lleras de Ibagué, el más importante del Tolima y el único de alta complejidad en el departamento, que recibe pacientes de 47 municipios, así como de Cundinamarca, Huila, Putumayo y Caquetá, funciona a media marcha tras la renuncia masiva que presentaron 50 médicos de la institución. “Anestesiólogos, psiquiatras, cardiólogos, pediatras e internistas se declararon cansados de esperar a que les paguen entre 3 y 8 meses de salarios. A esa situación, dicen los profesionales, se suma la falta de insumos, materiales y medicamentos para atender a los pacientes”.<sup>6</sup>

Con varios los artículos que evidencian la crisis de la Salud en Colombia partir del año 2012 y en la mayoría se refleja la falta de recursos que los Hospitales enfrentan día a día por la falta de pagos que las EPS-S. Son muchas las voces que piden a gritos ayuda inmediata ante este problema que es recurrente y que la solución se podría evidenciar en el pago sin intermediación, así como se realiza para la población pobre no asegurada, en donde el pago se realiza directamente a los Hospitales sin generar ningún costo de intermediación.

## **METODOLOGIA**

La metodología utilizada para esta investigación se basa en el análisis de la literatura expuesta respecto al tema de la prestación de servicios de salud del régimen subsidiado sin la intermediación de las EPS-S, con el cual se busca evaluar las necesidades de la creación de este sistema y el funcionamiento inicial del mismo, para posteriormente encaminarse a detallar su evolución y funcionamiento actual, determinando así el evento en el cual se rebeló la problemática en el funcionamiento de las EPS-S y se demostraría que este modelo necesitaría ser reemplazado, dando un seguimiento a sus falencias al estudiar los documentos que evidencian la crisis en la salud, el sector hospitalario y el servicio ofrecido a la población del régimen subsidiado. Concentrando los suficientes argumentos que nos lleven a definir la creación de un nuevo modelo propuesto para cubrir estas necesidades del sector salud.

La triangulación de datos se realizara a partir del análisis de documentos que evidencia la administración financiera de las actuales EPS-S. Además se tomaran algunas opiniones de expertos que plantean un nuevo modelo de atención en salud sin intermediación. También se analizaran documentos que evidencian el mal manejo de recursos del sector donde aparentemente existen niveles de corrupción. Esta corrupción se evidencia en las audiencias para la imputación de cargos en contra de 20 directivos de las EPS-S por el carrusel de la salud. La fiscalía cuenta “con documentos y testimonios que relacionarían a estas personas con recobros injustificados e irregulares al Fondo de Seguridad y Garantías (Fosyga) sobre medicamentos y servicios médicos que no prestaron o cuyo valor fue “inflado”<sup>7</sup>.

Dentro de la metodología de investigación se utilizará un diseño metodológico lineal, en donde se parte de la revisión teórica de la hipótesis con el análisis de literatura recopilada respecto al tema de la crisis de la salud. Esta revisión se hará teniendo en cuenta la literatura y el análisis de la parte financiera de las EPS-S y su administración. Se entregara la opinión de experto sobre el tema, en donde se analizaran los factores que influyen respecto a la no viabilidad de la intermediación por parte de las EPS-S por incurrir en costos adicionales, se mostraran las cifras a las que se acarrea por la administración del sistema y los beneficios que la población subsidiada deja de percibir por esta intermediación.

---

<sup>6</sup> <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-13167039>

<sup>7</sup> <http://www.elespectador.com/noticias/judicial/fiscalia-prepara-imputacion-de-cargos-contra-20-directi-articulo-384103>

Dentro de la revisión de la literatura se realizará el análisis de los hechos cronológicos basados desde el año 2012 en donde el tema de las crisis de la salud toma más fuerza, como se evidencia en la intervención que se le realizó a Saludcoop por escándalos de corrupción.

La recolección de datos se hará teniendo en cuenta las cifras arrojadas de las deudas que cada una de las EPS-S tienen con los hospitales públicos y el valor que paga el distrito por los servicios de salud.

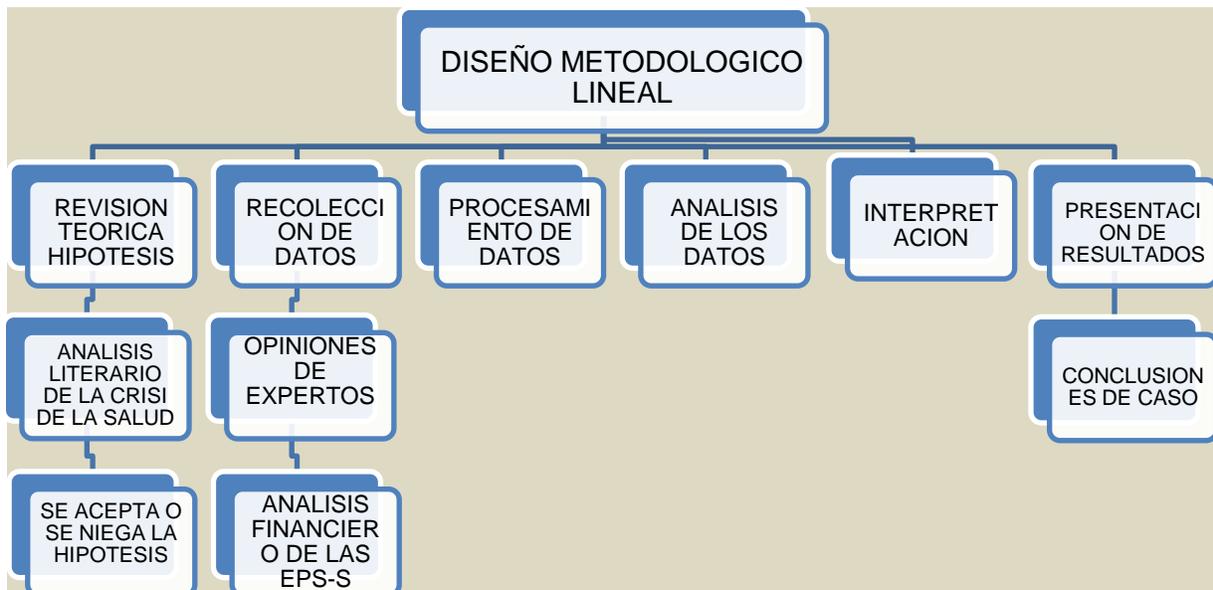
El análisis de los datos se hará teniendo en cuenta las cifras de deuda de cada una de las EPS-S con los hospitales públicos. Se mostrará la cartera con sus respectivos plazos y cuáles son los pagos que el distrito ha realizado por la prestación del servicio. Se mostrarán los costos que se tienen establecidos para la prestación de cada uno de los servicios y los costos de administración. Las cifras se observarán teniendo en cuenta el tiempo transcurrido entre la prestación del servicio y en el momento que las EPS-S hacen el desembolso a los hospitales públicos.

La interpretación se hará teniendo en cuenta la hipótesis entregada y se mostrará el valor total de la intermediación por cada una de las EPS-S, teniendo en cuenta cuantos servicios de salud se pueden prestar teniendo en cuenta este valor para aumentar el cubrimiento del servicio en salud.

Los resultados obtenidos se expondrán teniendo en cuenta cada EPS-S existente en el sistema. Se mostrará el valor que el distrito pagó por los servicios de salud y si estos fueron utilizados para tal fin. Se hará énfasis al posible detrimento patrimonial de estos recursos por parte de las EPS-S y el valor que los hospitales requieren para seguir en funcionamiento. Se mostrará la matriz de ejecución por cada uno de los servicios de salud por parte de los hospitales públicos y si estos fueron cancelados por medio de las EPS-S.

El siguiente mapa conceptual pretende resumir la metodología empleada para la presente investigación, esta metodología es lineal teniendo en cuenta la investigación cuantitativa.

Mapa Conceptual de la Metodología Empleada



Fuente: Gráfica adaptada por la autora

## RESULTADOS

Según la metodología adoptada respecto a la presente investigación, se puede demostrar que se aprueba la hipótesis planteada porque es evidente que el sistema de salud del país está atravesando por una crisis, en donde los índices de corrupción son palpables. Según los niveles de endeudamiento que tienen las EPS del régimen subsidiado con los Hospitales públicos, esta investigación se basa en la importancia de evitar la intermediación de las EPS-S para la prestación de los servicios de salud para la población que no tiene capacidad de pago.

El actual sistema de salud puede ser viable cuando se elimine la intermediación. Esta intermediación se puede evitar creando un pago directo a los hospitales públicos y utilizando mecanismos de control que velen para que los recursos sean empleados en beneficio de la población colombiana.

De esta manera el sistema podría disfrutar de una administración más transparente, evitando así el colapso en cada hospital, donde los servicios son interrumpidos y limitados por no contar con la suficiente capacidad para operar y desarrollarse.

La propuesta de eliminar la intermediación ejercida en la actualidad por las EPS en este subsistema exige el estudio cuidadoso de todos los aspectos administrativos y financieros que realizan estas entidades en los distintos niveles de intervención en los que hoy participan y que mañana serían reunidos bajo la responsabilidad única del Estado.

La literatura estudiada manifiesta que aunque el recaudo de los recursos provenientes del SGP (“Participación de Salud en el Sistema General de Participaciones de los municipios y departamentos, está a su vez está dividida con los recursos del Régimen Subsidiado, Salud Pública y Prestación de servicios a la población pobre no atendida con subsidios a la demanda”<sup>8</sup>) estaba garantizado por ley y por consiguiente las entidades territoriales lo recibían mensualmente, los mayores inconvenientes se presentaban en el cumplimiento y oportunidad de los 26 requisitos relacionados con la legalización de sus contratos y el cargue de la base de datos de afiliados que servían de soporte para la realización de los giros por parte del FOSYGA, al igual que para la obtención de los recursos del esfuerzo propio, en especial cuando éste estaba constituido por fuentes de financiación provenientes del departamento cuyo origen lo constituían las rentas cedidas por la Nación a dichas entidades territoriales.

Las dificultades mas observadas tienen como causa la legalización inoportuna de los contratos de administración de recursos del régimen subsidiado y la conformación de la base de datos única de afiliados, en primer lugar por constituir el soporte legal de los desembolsos y ejecución de los pagos de la entidad territorial hacia la EPS y, en segundo lugar, por cuanto sirven como instrumento de control para evitar pagos dobles o por personas aseguradas en otras entidades o régimen. Se debe cumplir con la verificación del cargue de los afiliados a la base de datos única como requisito para el reconocimiento de las Unidades de Pago por Capitación.

Las dificultades que presenta la red pública para su operación, según lo manifestado por los mismos prestadores<sup>9</sup>, tiene su origen en la baja rotación de su cartera, originada en las demoras que presentan acreedores, especialmente del régimen subsidiado.

Por parte de las EPS, la causa que origina el retraso en los pagos proviene tanto de la inoportunidad en los pagos, por parte de las entidades territoriales, de las UPC provenientes del aseguramiento de la población pobre, así como de la escasa oportunidad de respuesta en el pago de los recobros por concepto de los

---

<sup>8</sup><http://www.minsalud.gov.co/Lists/Glosario/DispForm.aspx?ID=136&ContentTypeId=0x0100B5A58125280A70438C125863FF136F22>

<sup>9</sup><http://www.eltiempo.com/noticias/crisis-de-la-salud>

servicios no cubiertos por el plan de beneficios que son obligadas a prestar a sus afiliados. Acompañado de lo anterior, las EPS manifiestan problemas en la calidad de la facturación de las instituciones prestadoras de servicios de salud (según la información reportada por las IPS, los tiempos establecidos por la Ley 1122 para el pago de la facturación por evento no son aplicados efectivamente). Adicionalmente, las EPS aplican glosas injustificadamente, lo cual hace imposible la recuperación de la cartera existente.

Para detallar las deudas que las EPS-S deben a los Hospitales públicos, se presenta la tabla 1 en donde se evidencia la cartera por edades para una muestra de 10 EPS-S.

Tabla 1.

Concentración de Cartera de 60 Días y más por las 10 Principales Deudoras. A Diciembre 31 de 2013

Entidaddeudora	60 días y más	TOTAL	Concentración (%) de 60 días y más	
			dic-13	jun-13
1. NUEVA EPS	383.171.073	540.567.821	70,90%	90,40%
2. CAPRECOM	236.383.912	312.791.160	75,60%	75,70%
3.SAVIA SALUD EPS ( ALIANZA	165.171.932	230.985.091	71,50%	9,50%
MEDELLIN ANTIOQUIA EPS) S.A.S.				
4. COOMEVA EPS	146.954.315	302.741.354	48,50%	45,70%
5. OPERADOR FIDUCIARIO (FOSYGA)	104.164.149	130.090.800	80,10%	84,90%
6. SALUDCOOP EPS OC	103.483.164	197.891.829	52,30%	61,30%
7. CAFESALUD EPS	83.455.126	123.951.040	67,30%	74,60%
8. ECOOPSOS ESS	60.934.434	76.480.946	79,70%	88,00%
9. EMDISALUD	57.237.897	80.788.410	70,80%	96,30%
10. SALUDVIDA EPS	53.355.839	87.035.684	61,30%	70,60%
Total general	1.394.311.841	2.083.324.133	66,90%	73,60%

Fuente: ACHC, información que reportaron 133 instituciones de las agremiadas

Según la Tabla N° 1, se puede finiquitar que respecto a las EPS-S del régimen subsidiado se deuda con las entidades hospitalarias por los \$1.5 billones de pesos de los cuales el 67.4% es cartera morosa; en este régimen se mantiene como mayor deudora Caprecom EPS, entidad pública, con \$312.791 millones de pesos, seguida por Coosalud \$81.000 millones de pesos, Emdisalud \$80.000 millones de pesos y Ecoopsos con \$76.000 millones de pesos. En este régimen llama la atención el acelerado crecimiento de la deuda de la recién creada EPS Savia Salud

asciendea los \$230.985 millones de pesos de los cuales el 71.5% es cartera en mora. Por su parte la deuda de los Entes Territoriales es de \$243.288 millones de pesos”<sup>10</sup>

Con respecto a la opinión de expertos; encontramos la ponencia del médico Mario Hernández, director del Centro de Historia de la Medicina de la Universidad Nacional y una de las autoridades académicas más reconocidas de esa institución en materia de salud, que manifiesta que la prestación de servicios de salud en Colombia necesita un cambio sustancial que no se esclarece con la reforma a la salud que se discuten en plenaria por ejemplo manifiesta “ hay propuestas legislativas completas que no se han querido visibilizar y que cambiarían totalmente el sistema de salud en corto plazo. Esto requiere voluntad política; necesita un Gobierno que quiera darse la pela”<sup>11</sup>.

También existen opiniones como la de Álvaro Cardona, decano de esta facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en Medellín, explica. “Necesitamos estructurar una nueva ley estatutaria, que ponga en el centro el concepto de la salud como derecho, que desaparezca la intermediación financiera y el esquema de las aseguradoras”. Cardona agregó que la idea es promover un “cambio fundamental en la filosofía y el sentido que orienta a la ley vigente. Hay que derogar el núcleo de la ley 100. Es claro para nosotros que mientras se mantenga la idea del sistema de salud como mercado vamos a tener fracasos”<sup>12</sup>.

Gabriel Carrasquilla, director del Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe y gerente del programa Así Vamos en Salud manifiesta que ay acuerdo respecto a cómo han ido declinando las condiciones de salud de los colombianos. Hay que pensar en un sistema distinto, no orientado a la intermediación financiera para el manejo de la enfermedad, sino hacia la prevención, la promoción de la salud y un desarrollo adecuado de la estrategia de atención primaria que hace 40 años definió la Organización Mundial de la Salud y que todavía no se ha implementado en el país”<sup>13</sup>.

Luz Elena Sánchez, directiva de la Asociación Colombiana de la Salud advierte que la intermediación de los aseguradores se debe eliminar. Un ciudadano no tendría por qué acudir a un intermediario que le genera tantas barreras administrativas. Queremos que haya acceso al sistema de salud y que los dineros de la salud, que son del bolsillo de todos, dejen de ser un factor de rentabilidad para algunas empresas”<sup>14</sup>.

El ex ministro de salud José Félix Patiño, dice que la “intermediación con ánimo de lucro está matando el sistema y recomienda suprimirla al igual que las EPS”<sup>15</sup>.

Respeto a la opinión de expertos referente al tema, son muchos los comentarios que podemos suscitar y que nos llevarían a concluir que el Sistema de Salud en Colombia no necesita intermediación y que al contrario necesita una reforma que evidencie que la salud es un derecho fundamental que no posee barreras de pertinencia, acceso, continuidad, oportunidad y seguridad dirigida a todos y todas las Colombianas sin excepción.

Siguiendo con la metodología plasmada, es necesario hacer énfasis en los estados financieros de las EPS-S que más adeudan a los hospitales públicos, por ello es necesario hacer un análisis de los estados

---

<sup>10</sup><http://www.achc.org.co/noticias.php?idnoticia=87>

<sup>11</sup><http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/esta-reforma-salud-no-va-beneficiar-gente-articulo-455701>

<sup>12</sup>[http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/L/la\\_academia\\_plantea\\_reforma\\_estructural\\_del\\_sistema\\_de\\_salud/la\\_academia\\_plantea\\_reforma\\_estructural\\_del\\_sistema\\_de\\_salud.asp](http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/L/la_academia_plantea_reforma_estructural_del_sistema_de_salud/la_academia_plantea_reforma_estructural_del_sistema_de_salud.asp)

<sup>13</sup>[http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/L/la\\_academia\\_plantea\\_reforma\\_estructural\\_del\\_sistema\\_de\\_salud/la\\_academia\\_plantea\\_reforma\\_estructural\\_del\\_sistema\\_de\\_salud.asp](http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/L/la_academia_plantea_reforma_estructural_del_sistema_de_salud/la_academia_plantea_reforma_estructural_del_sistema_de_salud.asp)

<sup>14</sup>[http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/L/la\\_academia\\_plantea\\_reforma\\_estructural\\_del\\_sistema\\_de\\_salud/la\\_academia\\_plantea\\_reforma\\_estructural\\_del\\_sistema\\_de\\_salud.asp](http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/L/la_academia_plantea_reforma_estructural_del_sistema_de_salud/la_academia_plantea_reforma_estructural_del_sistema_de_salud.asp)

<sup>15</sup><http://eldiario.com.co/seccion/OPINION/la-salud-en-colombia120714.html>

financieros de la Caja de Previsión Social de Comunicaciones Caprecom, entidad que presta los servicios al régimen subsidiado y que según el estudio realizado por ACHC se encuentra en una de las entidades que mas adeuda a los hospitales. Según el análisis realizado a 31 de diciembre de 2013 en los pasivos corrientes cuentas por pagar registra un valor de \$1'278.804.591 cifra que no es atendida si se observa esta misma cuenta para el 31 de marzo de 2014 en donde se registra una valor de \$1'282.127.078. (Se anexo a la presente investigación los Estados Financiero de Caprecom).

Dentro del análisis financiero que se realiza, se toma como muestra los Estados Financieros de tres EPS-S como son Caprecom, Ecoopsos y Solsalud y estos evidencian que dentro de sus pasivos las cuentas por pagar aumentan en un mas del 30% de periodo a periodo.

Para el análisis de resultados, se comparó los valores que las EPS-S deben pagar por la prestación de los servicios que los Hospitales públicos prestan a la población afiliada a estas EPS-S VS el valor que el Estado paga directamente a estos Hospitales pero por la población no afiliada, es decir pagos que realizan sin intermediación.

Los valores tomados parten del Decreto 2423 Del 31 de Diciembre de 1996 Actualizado a 2014, aproximado a la Centena más cercana, Decreto 3068 De 2013 - Smlv \$ 616.000 - Valor Diario, 20.533 y el contrato 1480 de F.F.D con los hospitales públicos, de la siguiente manera:

Tabla 2.

Comparación Por el Valor que Se Cancela a los Hospitales Públicos por la Prestación del Servicio

Procedimiento	Manual tarifario de referencia SOAT 2014, para EPS-S	Contrato N° 1480 FFD con Hospitales públicos
Valor consulta ambulatoria de medicina general	\$ 24.600	\$ 32.100
Valor Control de crecimiento y desarrollo, sesión	\$ 20.100	\$ 32.100

Fuente: DECRETO 2423 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 1996 Contrato No. 1480 De 2013 Compraventa Servicios De Salud, Suscrito Entre El Fondo Financiero Distrital De Salud Y El Hospital Pablo Vi Nivel I – Ese

En la Tabla 2, se muestra los valores que se paga a los Hospitales por una atención, en este caso por una consulta ambulatoria de medicina general según contrato con las EPS-S o contratación por el Fondo Financiero (F.F.D), donde se observa que el mayor valor pagado lo realiza el F.F.D sin intermediación. Este pago se realiza mensual después de ejecutar el proceso de realización de la factura con los lineamientos dados sin demora alguna.

## CONCLUSIONES

El trabajo de investigación se concluye asumiendo la forma como se cumplieron los objetivos, teniendo en cuenta el análisis de la literatura sobre la intermediación de las EPS-S del régimen subsidiado en salud y el análisis de las fuentes de éste modelo, con el cual se buscaba evaluar las necesidades de su creación,

para posteriormente encaminarse a detallar su evolución y funcionamiento actual, determinando así el evento en el cual se reveló la problemática en el funcionamiento de las EPS-S y se demostraría que éste modelo necesitaría ser reemplazado. Concentrando los suficientes argumentos que nos lleven a definir la creación de un nuevo modelo propuesto para cubrir estas necesidades del sector salud.

Se tomaron algunas opiniones de expertos que plantean un nuevo modelo de atención en salud sin intermediación. También se analizaron documentos que evidencian el mal manejo de recursos del sector donde aparentemente existen niveles de corrupción. También se examinaron documentos que evidencian el mal manejo de recursos del sector donde aparentemente existen niveles de corrupción

Los obstáculos que aparecieron en el proceso de investigación hacen referencia a la falta de artículos literarios que hacen referencia a la intermediación que tienen las EPS-S en el régimen subsidiado. Adicionalmente, no es fácil acceder a las fechas de desembolsos de los recursos a cada una de las EPS-S por parte de la Secretaría Distrital de Salud (SDS). La literatura analizada, no muestra los valores de intermediación de cada una de las EPS-S, por lo que es necesario hacer una búsqueda minuciosa de los estados financieros de cada EPS-S para un mismo periodo. También es necesario conocer los datos actualizados de las personas pertenecientes a los estratos 1 y 2 y aquellos que no están estratificados.

En relación a quienes son los posibles beneficiarios de esta investigación, podemos mencionar que son todos los usuarios del régimen subsidiado porque pueden saber cómo pueden ser destinados los recursos a los que tienen derecho por la protección que ejerce el Estado a toda la sociedad. En general es una investigación que aporta a toda la sociedad colombiana porque habla sobre la administración de los recursos financieros del Estado y la destinación. Además la salud es un derecho fundamental a la que toda la población debe acceder.

Las consecuencias de realizar esta investigación parten del aporte al conocimiento y al estudio de los recursos financieros del Estado para la protección de la sociedad en el sector salud. Pero también se encontrarán diversas opiniones respecto a la investigación que giran a quienes estarán de acuerdo a los resultados obtenidos y quienes opinarán sobre las razones que se tienen para utilizar la intermediación de las EPS-S para la prestación de servicios en salud-

Los aportes al conocimiento de la temática empresarial que traerá esta investigación giran a la toma de decisiones porque estas deben girar en beneficio en común y no individual. También porque se hace un análisis de las debilidades y amenazas del sistema teniendo en cuenta el manejo adecuado de los recursos financieros y su administración que pueden favorecer a más personas que en este momento no tienen acceso a los servicios de salud. Bajo este enfoque se hace imposible tener un control de los recursos empleados por estos intermediarios y del óptimo manejo, para que dichos recursos sean destinados a cubrir los verdaderos costos en salud de la población subsidiada y la creación de nuevos mecanismos que puedan utilizarse para maximizar los recursos y minimizar los costos logrando acceder a un mayor cubrimiento en salud por parte del Estado.

Los límites de esta investigación giran en torno al estudio del régimen en subsidiado en salud para aquellos individuos que no tienen capacidad de pago. Colombia cuenta con una población dentro de la cual está la clasificada como pobre, que requiere que el Estado le brinde el cubrimiento en Salud de una manera más generosa y le permita poder disfrutar de los mismos beneficios que los demás segmentos sociales.

Por último, resulta impresentable que en medio de la crisis de la Salud en Colombia para el régimen Subsidiado, haya tantos casos de enriquecimiento ilícito resultado de la intermediación financiera y la

integración vertical de las grandes EPS y de personas inescrupulosas que lo han convertido en un negocio lucrativo e indolente

Las investigaciones que se derivan de esta investigación hacen referencia al análisis de los niveles de corrupción que hay en el Estado para el manejo de los recursos. Es evidente que la destinación de los recursos en salud no está llegando a donde debe llegar y que la prestación de los servicios de salud en Colombia atraviesa por una crisis cuyo origen se halla en distintas causas. También al papel de simple intermediación financiera que han desempeñado las EPS-S y a su elevado costo se traduce en la reducción absurda de recursos que deberían ser destinados al objeto esencial del Sistema de Salud, en lugar de convertirse en jugosas ganancias para las EPS.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA**

El acceso a los servicios de salud en Colombia 2002 Dra. Stella Quintana, Médicos Sin Fronteras, Carrera 18ª-39B-17 (La Soledad), Bogotá, Colombia

Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas ISBN 978-958-99991-5-8 Procuraduría General de la Nación

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, Boletín de prensa AydeCristancho – Jefe de Comunicaciones ACHC. Julio de 2013.

Reflexiones para el debate. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud, 1992.273p. (Publicación Científica No. 540).

Crisis, salud, enfermedad y práctica médica, Raúl Rojas Soriano.

Material de estudio UMNG, Facultad de Estudios a Distancias, Especialización en Alta

Gerencia, “Gerencia del Talento Humano” Unidad 2. (2013)

Prospectiva Estratégica. Universidad Militar Nueva Granada.

GODET MICHEL. Manual de Prospección: “de la anticipación a la acción”

LA CRISIS DE LA SALUD PUBLICA: reflexiones para el debate. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud, 1992.

La Crisis Mundial de los Sistemas de Salud Ibis Sánchez-Serrano

Calidad de vida más allá de los hechos / Banco Interamericano de Desarrollo BID. Lora, Eduardo. Banco Interamericano de Desarrollo, 2008.

Experiencias de diálogo social en salud en países de América Latina / Organización Panamericana de la Salud; Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional. Washington, D.C.: OPS, 2007. (Serie Extensión de la Protección Social en Salud)

Guía metodológica para el diseño e implementación de Diálogo Social en Salud / Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS, 2007.

Exclusión y derecho a la salud: La función de los profesionales de la salud / IFHHRO; EDHUCASALUD. Lima, 2007

Objetivos de desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe / CEPAL, Naciones Unidas (coordinación). OPS. 2008.

Exclusión en salud: estudio de Caso en Bolivia, Nicaragua, México y Honduras / Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS, 2009.

Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2010. Desarrollo humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos / PNUD Argentina – Noviembre de 2010.

HALL RICHARD H., Organizaciones. Editorial Prentice-Hall Hispanoamérica, S.A. México. "Planeación Estratégica". JefteeEvoli.

MOODY PAUL E., Toma de decisiones gerenciales. Editorial McGraw Hill Latinoamericana,S.A.

## **BIOGRAFIA**

Yamile Hernández Toro, Economista Egresada de la Universidad Militar Nueva Granada, Labora como Profesional Administrativa en Hospital Pablo VI Bosa. Se puede contactar al correo yaherto@hotmail.com