



**ANÁLISIS DE LA REFORMA AL SISTEMA GENERAL DE SALUD EN COLOMBIA Y
SU IMPACTO AL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍAS – FOSYGA**

**EDWIN HERNÁN ESCOBAR OSORIO
CÓDIGO 6501595**

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA
BOGOTÁ D.C.
2014**



**ANÁLISIS DE LA REFORMA AL SISTEMA GENERAL DE SALUD EN COLOMBIA Y
SU IMPACTO EN EL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍAS – FOSYGA**

**Preparado por
EDWIN HERNÁN ESCOBAR OSORIO**

**Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en Alta Gerencia**

**Director
Carolina Ortiz Riaga**

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA
BOGOTÁ D.C.
2014**

INTRODUCCIÓN

El propósito del presente documento es realizar un análisis a las reformas que se vienen presentando al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia- SGSSS, y como éstas marcan grandes cambios en la prestación de los servicios de salud y en especial, en la administración y pago de los recursos del FOSYGA, los cuales se encuentran administrados por el Consorcio SAYP 2011.

Iniciaremos con los antecedentes del sistema de salud colombiano, se abordará la problemática actual, se identificarán sus necesidades y se planteará algunas conclusiones respecto al tema de estudio, lo cual permitirá obtener una visión más clara de los cambios que se avecinan en el funcionamiento y administración del sector salud. Igualmente se presentarán diferentes posiciones en lo que respecta a los pros y contras de la reforma, sobre las cuales se realizará el análisis y los fundamentos de este trabajo.

El documento se realiza con el fin de presentar un análisis crítico de los cambios que se realizarán en el sector salud con el fin de brindar servicios de calidad y de mejorar la administración y gestión de los recursos destinados por el Estado para su funcionamiento, así como la identificación de algunas falencias que actualmente se presentan, que fueron los puntos clave que generaron parte de la reforma en este aspecto y que principalmente afectan las funciones realizadas por el Consorcio SAYP.

Desde 1975 en Colombia se han venido realizando diversos cambios al Sistema General de Salud, con los cuales se busca brindar servicios de calidad y que estén diseñados de acuerdo a las necesidades de los colombianos, ya han sido dos décadas en las que el Gobierno ha generado diversa normatividad y grandes reformas con el propósito de regular y fortalecer el sector salud, como se menciona a continuación:

- Sistema Nacional de Salud (1975): Estaba estructurado por tres subsistemas de servicios de salud, que contaban con sus propias fuentes de financiamiento y proporcionaban atención a la población según su capacidad de pago.
- Constitución Nacional (1991): Artículo 48 “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”.
- Ley 100 de 1993: Dio inicio al nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), esta reforma al sistema de salud fue liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento de Planeación Nacional y el Congreso de la Republica.

Con la aplicación de la Ley 100 de 1993, Se dio inicio al Sistema General de Seguridad Social de Salud que fue diseñado para enfrentar la problemática de un sistema de salud que era inequitativo y de difícil acceso, mediante un modelo en el cual se definieron dos regímenes: el

contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes y se basó en los siguientes lineamientos para su aplicación:

1. Aumentar de los aportes del 6% al 12% del salario del trabajador con el fin de cubrir el núcleo familiar.
2. Acabar con el monopolio del Instituto de Seguros Sociales y fomentar la competencia en servicios de salud, permitiendo que empresas privadas y sin ánimo de lucro incurrieran en la prestación de este servicio, por lo cual fueron denominadas “Empresas Promotoras de Salud-EPS”.
3. Determinar un valor único promedio del seguro obligatorio anual (unidad de capitación/UPC), que corresponde al valor per cápita que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a cada EPS por la organización y garantía de la prestación de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud.
4. Creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, organismo de concertación compuesto por el Gobierno, las administradoras del seguro obligatorio, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los gremios y los trabajadores, es el máximo organismo rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Y el régimen subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio y se fundamentó con las siguientes premisas:

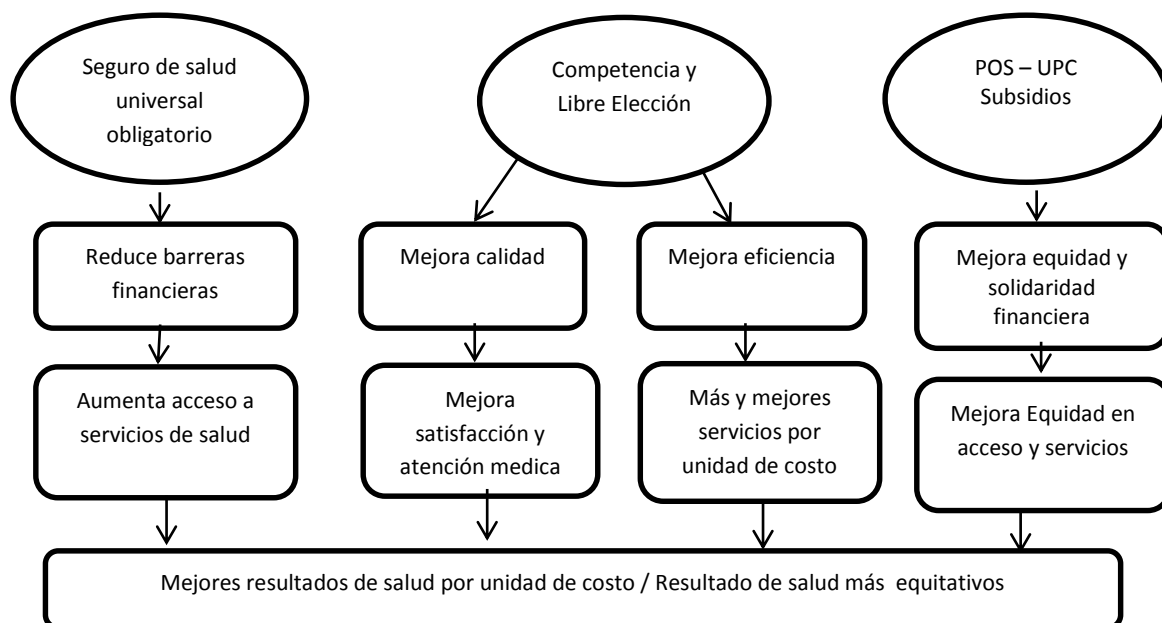
1. Consecución de nuevos recursos para su financiamiento. Se dedica al fondo de solidaridad uno de los 12 puntos de los aportes de todos los trabajadores. El Estado debe colocar similar cantidad de recursos a dicho fondo, provenientes de otros impuestos.

2. Transición de los viejos recursos de la oferta a la demanda. Paulatinamente se convirtieron la gran mayoría de los recursos públicos que financiaban los hospitales en seguros adquiridos para la población menos favorecida.
3. Los recursos del Fondo de Solidaridad de la nación, los recursos del financiamiento de los Hospitales en los departamentos y los recursos municipales se juntaron para lograr el aseguramiento de toda la población beneficiaria del régimen subsidiado.

Inicialmente, el gobierno nacional diseño un sistema con el cual se ofrecieran servicios de salud con diversas ofertas a las necesidades presentadas, dentro de un ambiente de competencia sana entre las entidades prestadoras de salud, lo cual permitiera elegir a los usuarios la entidad prestadora de servicios que más se ajustara a sus necesidades y las de sus grupo familiar .

La siguiente grafica describe las generalidades planteadas inicialmente en la Ley 100, en relación con el modelo del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Colombia.

Grafica 1. Beneficios de la Ley 100 de 1993.



Fuente: Yepes y Cols. (2010) Modelo Teórico de la Ley 100 de 1993

Dentro de los resultados obtenidos inicialmente con la implementación la Ley 100 de 1993 en lo referente al Sistema General de Seguridad Social en Salud se pueden evidenciar los siguientes:

Positivos

- Aumento de coberturas de aseguramiento.
- Aumento de equidad por U/R, edad y educación.
- Aumento por focalización en subsidios.
- Aumento en las consultas de prevención y promoción.
- Disminución en los gastos de bolsillo.

Negativos

- Problemas de Salud pública que no cuentan con planes de acción eficaces como:

Mortalidad Prevenible: Falta o mal funcionamiento de programas de prevención con los cuales se medien condiciones epidemiológicas o de otra índole para los beneficiarios del Sistema de Salud, especialmente población vulnerables, Lo cual trae como resultado el deterioro de los indicadores sobre los cuales se evalúa la gestión y resultados de estos programas. Lo que se convierten en signos de alerta sobre la efectividad y calidad de las acciones de salud ejecutadas

Mortalidad Materna y Prenatal: El deterioro en el control de la mortalidad materna y perinatal, a pesar que se mejoraron las coberturas de atención institucional por profesionales, del cuidado prenatal y del parto, la calidad de los servicios que se están ofreciendo no es la adecuada, en cuanto a cuidados maternos y prenatales.

- Deficiencias en el acceso a los servicios del Sistema de Salud por impedimentos administrativos como:

Barrera de Acceso: Corresponde a las reclamaciones realizadas por beneficiarios del Sistema de Salud por la no prestación o negación por parte de las EPS, de los servicios de salud cubiertos por el I POS, lo cual ha contribuido al incremento de la reclamación de derechos mediante mecanismo jurídicos como la tutela.

Capacidad Instalada: Deterioro de la capacidad instalada de los entes territoriales para el cumplimiento de las labores de salud pública. Este deterioro se inició a partir de la descentralización y se agudizó con la implementación de la Ley 100 de 1993, lo cual ha dado como resultado la pérdida de recurso humano calificado, el nombramiento de cargos por cuotas políticas, el cierre de programas, la fragmentación de la prestación de los servicios, así como la pérdida del papel de control y regulación de las entidades estatales.

- Calidad del servicio.
- La capacidad instalada en salud pública en los entes territoriales de salud

Problemas Estructurales

- Inequidad estructural: Diferencias entre plan obligatorio de salud contributivo y plan obligatorio de salud subsidiado.
- Ineficiencia estructural: Costos de transacción innecesarios, demoras en flujo de fondos, desequilibrio de incentivos (financieros vs salud).
- Deficiente sistema de información.
- Desequilibrio POS vs Pago de UPC.

Al mismo tiempo, de acuerdo con lo establecido en “el artículo 218 de la ley 100 de 1993 y el artículo 1 del Decreto 1283 del 23 de julio de 1996 se dio inicio al funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad en Salud (FOSYGA) donde establece que el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, cuyos recursos se destinan a la inversión en salud”.¹

De acuerdo a lo establecido en la Ley 100 de 1993, la estructura del FOSYGA, está diseñada de la siguiente manera:

- **Subcuenta de Compensación:** Tiene por objeto permitir el proceso de compensación interna entre las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, con el fin de reconocer la Unidad de Pago por Capitación y demás recursos a que tienen derecho las EPS y demás EOC para financiar la prestación de servicios de salud a todos los

¹ www.fosyga.gov.co.

afiliados al régimen contributivo con sujeción a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud y las prestaciones económicas a que hubiere lugar, de acuerdo con lo dispuesto en la ley y sus reglamentos.

En este sentido el proceso de compensación es el procedimiento mediante el cual se descuenta de las cotizaciones o aportes recaudados, los recursos que el sistema reconoce a la Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar, para garantizar la prestación de los servicios de salud a sus afiliados y demás beneficiarios del sistema.

Todas las operaciones a realizar se basan de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 204, 205, 220, de la Ley 100 de 1993 y el decreto 2280 del 15 de julio de 2004 y el Decreto 2280 del 14 de julio de 2004 del Ministerio de la Protección Social.

- **Subcuenta de Solidaridad:** La operación de la Subcuenta tiene como finalidad velar por la integridad y oportunidad del recaudo de los recursos que deben aportar los actores del sistema con destino al Régimen Subsidiado, validar los derechos de las entidades o personas beneficiarias de los recursos con base en la información de afiliación al Régimen Subsidiado y realizar los pagos establecidos en la operación de la Subcuenta, ordenados por el Ministerio de Salud y Protección Social de conformidad con las normas legales que enmarcan la ejecución de los recursos públicos con destino a la salud.

Desde el punto de vista legal, los recursos de la Subcuenta de Solidaridad tienen por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado del Sistema

de Seguridad Social en Salud, dicha afiliación se hace efectiva de acuerdo a la información de la BDUA (Base de Datos Única de Afiliados).

- **Subcuenta de Promoción:** La subcuenta de promoción tiene por objeto financiar las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad, de acuerdo con las prioridades que al efecto defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, según lo establecido en el Decreto 1283 del 23 de julio 1996 del Ministerio de la Protección Social.

De igual forma la subcuenta de promoción hace parte integral de la operación del paso denominado: “Proceso de Compensación”. Que corresponde a la compensación del régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tanto la información como el procesamiento de datos y resultados son parte indispensable del desarrollo de este paso. Esta funcionalidad está definida y soportada por el Decreto 2280 del 15 de julio de 2004 del Ministerio de la Protección Social.

- **Subcuenta ECAT:** El objeto de la Subcuenta de Eventos Catastróficos, Terroristas y Accidentes de Tránsito es garantizar la atención integral a las víctimas que han sufrido daño en su integridad física como consecuencia directa de accidentes de tránsito, eventos terroristas, eventos catastróficos y otros eventos declarados como tales por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o la autoridad que lo sustituya. De acuerdo con las siguientes definiciones²:

² <http://www.fosyga.gov.co/Tr%C3%A1mites/Manuales/tabid/325/Default.aspx>

- ❖ Accidentes de Tránsito: Se entiende por accidente de tránsito el suceso ocasionado o en el que haya intervenido un vehículo automotor en movimiento, en una vía pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales y que como consecuencia de su circulación o tránsito o que por violación de un precepto legal o reglamento de tránsito, cause daño en la integridad física de las personas.

- ❖ Eventos Terroristas: Ocasionados por Bombas o Artefactos Explosivos: Son aquellos eventos producidos con bombas y artefactos explosivos que provocan pánico a una comunidad y daño físico a las personas y a los bienes materiales.

- ❖ Catástrofes de Origen Natural: Se consideran catástrofes de origen natural aquellos cambios en el medio ambiente físico, identificables en el tiempo y en el espacio, que afectan una comunidad, tales como sismos, maremotos, erupciones volcánicas, deslizamientos de tierra, inundaciones y avalanchas.

- ❖ Otros Eventos Expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud: Que tengan origen natural o sean provocados por el hombre en forma accidental o voluntaria, cuya magnitud supera la capacidad de adaptación de la comunidad en la que aquel se produce y que le afecten en forma masiva e indiscriminada, generando la necesidad de ayuda externa. Estos eventos deberán ser declarados como tales por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tal como el desplazamiento masivo de población por causa de la violencia.

- ❖ Atentados terroristas, combates, ataques a municipios y masacres: El artículo 19 de la ley 418 de 1997, estableció que las instituciones hospitalarias, públicas o privadas del territorio nacional, que prestan servicios de salud, tienen la obligación de atender de manera inmediata a las víctimas de los atentados terroristas que lo requieran, con independencia de la capacidad socio-económica de los demandantes de estos servicios y sin exigir condición previa para su admisión, en el artículo 20 se determinó los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria y en el artículo 21 se estipuló que el reconocimiento y pago de los servicios se hará por conducto del Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud (FOSYGA).

Como resultado de la creación del Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud (FOSYGA), el gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social estableció los lineamientos para el manejo de los recursos de la salud y mediante licitación pública entregó la administración y custodia de estos a entidades privadas con el fin de facilitar las actividades de pago a las EPS y EOC por los servicios de salud prestados.

PROBLEMÁTICA

A pesar de toda la infraestructura implementada para el buen funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social de Salud - SGSSS, la correcta ejecución se ha visto afectada por diferentes situaciones, las cuales han contribuido a que poco a poco se haya ido degradando la prestación de los servicios de salud, en vez de encontrarse en un continuo mejoramiento que conlleve a la prestación de servicios de calidad y la optimización de los recursos entregados por el

estado para garantizar una cobertura adecuada a las necesidades de los colombianos, independientemente del régimen en el cual se encuentren vinculados.

Algunos de los factores que ha conllevado a este deterioro son las condiciones sobre las cuales se establecieron los regímenes contributivo y subsidiado. A diferencia de otros sistemas de salud en donde la población tiene derecho por su condición de ciudadano o residente, el diseño de los regímenes genera una serie de costos adicionales, ya que en el régimen subsidiado es necesario verificar y comprobar periódicamente la condición de pobreza o de cesación laboral lo cual genera movimientos continuos entre un régimen y otro.

También se encuentran los costos operativos que se derivan de la actualización de las bases de datos del Sistema General de Seguridad Social de Salud-SGSSS, así como de su integridad y disponibilidad, elementos que afectan directamente la generación de los pagos a las EPS e IPS. Otro factor es la entrega de Planes Obligatorios restringidos a la población más vulnerable o en condiciones de pobreza lo cual está generando una situación de inequidad y la ausencia de criterios explícitos para definir un Plan Obligatorio de Salud con transparencia y principios éticos.

De igual manera se suma a esta problemática las deficientes políticas de administración publica existentes ya que los dineros destinados para salud por el estado y entregados a las EPS e IPS para garantizar la prestación de los servicios, no están cumpliendo con principios como: “que se garantice que los recursos son utilizados con eficiencia tanto técnica como distribucional, para

satisfacer las preferencias de los ciudadanos” (Kelly, Mulgan, y Muers 2003), así como la falta de gestión tanto del estado como de las propias EPS.

Por ello actualmente el gobierno nacional está realizando una reforma al Sistema General de Seguridad Social de Salud-SGSSS con el cual se garantice, la adecuada prestación de los servicios de salud tanto por las EPS (Empresas Prestadoras de Salud), como por las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios), de igual manera busca cambiar la idea que la salud es un servicio y convertirlo en un derecho fundamental, con el fin de eliminar las restricciones sin fundamento que se están presentando para la no prestación de servicio argumentando que no están cubiertos por el plan de salud según el régimen o por la falta de recursos.

El objetivo de la reforma es eliminar las barreras de acceso a la salud que se presentan actualmente, contar con un sistema de salud que tenga como principios la calidad y oportunidad en los servicios que presta y el manejo unificado de los recursos a través de la creación de una unidad de gestión financiera de naturaleza especial y algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control que garanticen la transparencia en la utilización de los recursos asignados. A continuación se presentan los puntos clave a los que hace mención la reforma:

1. **Creación de Salud Mía:** Sería la unidad de gestión de carácter financiero que se encarga de: la afiliación, recaudo y administración de las cotizaciones, así como de los pagos, giros, o transferencias, también administrara la información de afiliaciones y de recursos, estará

adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social y hará parte integrante del Sistema General de Seguridad Social de Salud- SGSSS.

2. **Plan de Beneficios – Mi Plan:** Sera el conjunto de servicios y tecnologías requeridas y aprobadas para la atención de servicios de salud, con ello se garantizar la cobertura de servicios y tecnologías para todas las patologías. Para ello se establecerá un listado de servicios de acuerdo con los criterios definidos en la reforma.

Adicionalmente se establecerá que la gestión y autorización de pago de los servicios y tecnologías que se encuentran en el plan de beneficios, estará a cargo de los gestores de servicios de salud (EPS), los cuales no podrán realizar recobros por ningún tipo de atención.

3. **Prestación de Servicios de Salud:** Se dividirán en dos tipos de servicio los relacionados con acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades así como las que se realizan en cumplimiento de las funciones de salud pública y los relacionados con la atención integral a la enfermedad y sus consecuencias directas y la identificación de las personas con mayor vulnerabilidad y los riesgos a los que están expuestas.
4. **Gestores de Servicios de Salud:** Reemplazaran a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las cuales serán de carácter público, privado o mixto y continuaran vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud y serán los responsables de operar la red de prestaciones individuales de Mi Plan.

5. **Cobertura Complementaria de Salud:** Corresponde a los servicios de salud a los cuales acceden los usuarios de manera voluntaria y tienen condiciones preferenciales de acceso, comodidad, servicios y financiación que no se encuentra incluida en Mi Plan.
6. **Fondo de Garantías:** Salud Mía dispondrá de un fondo de administración y pagos, el cual contará con los mecanismos financieros necesarios para preservar la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud
7. **Inspección, Vigilancia y Control:** Se ratifica a la Superintendencia Nacional de Salud como el ente de control autorizado y garante de la prestación de los servicios de salud, también se encargará de redefinir las medidas de carácter preventivo y correctivo a realizar para el buen funcionamiento del sistema de control desarrollado para Salud Mía.

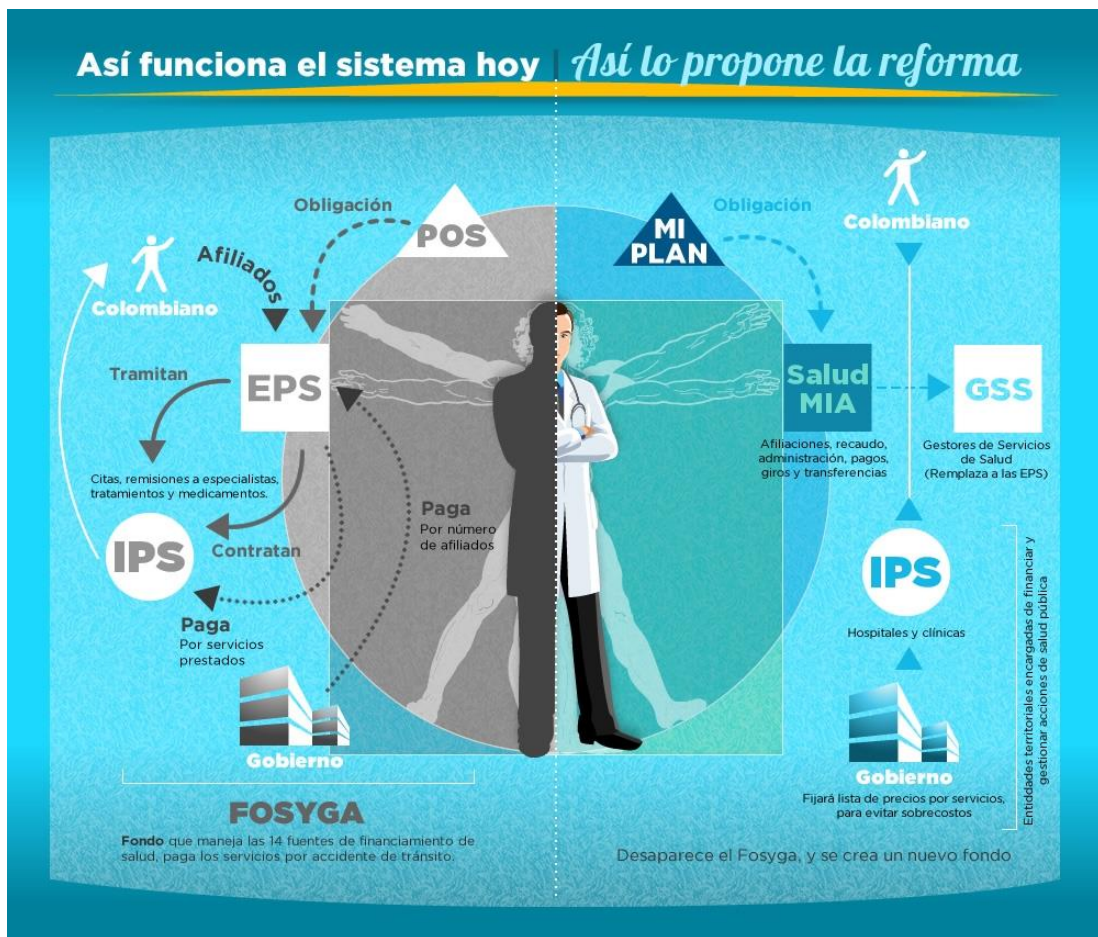
Grafica 2. Prospecto Nuevo Modelo de Salud



Grafica 2 Fuente: Ministerio de Salud de Colombia

De acuerdo a las generalidades mencionadas el nuevo esquema de funcionamiento que propone el Estado, busca centralizar las diferentes tareas en un administrador de salud el cual gestione de forma integral la parte de afiliaciones y cumplimiento del plan obligatorio de salud y por otro lado distribuya de manera equitativa los recursos correspondientes al Fondo de Garantía y Solidaridad (FOSYGA) o por el que será reemplazado como se observa en la siguiente gráfica.

Grafica 3. Modelo comparativo actual sistema de salud Vs la reforma.



Grafica 3. Fuente: Página Oficial Canal Caracol

Se han generado diversas controversias acerca de los pros y contras de la reforma al Sistema General de Seguridad Social Salud, así como también respecto a la administración, gestión y distribución de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA) ya que esta figura desaparece y se crearía Salud Mía un “nuevo fondo” en el cual se administraran los recursos de salud de los cuales se apropiaran los gestores de servicios (antiguas EPS) según el nuevo modelo y que actualmente son administrados por el Consorcio SAYP 2011.

De igual manera se han analizado como estos cambios contribuirán con el mejoramiento o detrimento del Sistema General de Seguridad Social en Salud que se encuentra vigente y principalmente en la optimización y adecuado uso de los recurso, sin embargo se ha encontrado que existen aún muchos factores externos que no han permitido un ambiente de control adecuado para el Sistema General de Seguridad Social de Salud, lo cual no garantiza que con los cambios a realizar desaparezcan totalmente las falencias que aquejan a un sistema de salud deficiente y sin intereses reales por el bienestar de los ciudadanos que hacen uso de este.

Se necesita una reforma que enfrente realmente las debilidades y errores que actualmente se encuentran en la estructura financiera del Sistema de Salud y la cual afecta directamente el cumplimiento de los objetivos del Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), fondo que a mi consideración debe es reforzarse y mejorar respecto a sus procesos administrativos y de control, en vez de crear un nuevo fondo con lo cual se incurrirá en costos de infraestructura adicionales y con los cuales el FOSYGA ya cuenta; para el manejo adecuado de la información y recursos que son administrados y gestionados para los dos regímenes de salud existente.

El 28 de octubre de 2011, la Presidencia de la Republica emitido el decreto 4023 mediante el cual se reglamenta el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y se fijan reglas para el control del recaudo de cotizaciones al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Mediante la implementación de este decreto se modificaron los procesos y lineamientos establecidos para la revisión y evaluación de los grandes lotes de información entregada por las EPS y EOC, para el pago de la Unidades de Pago por Captación (UPC), que les corresponden por los servicios de salud prestados, así como los cambios de infraestructura tecnológica y capacidad de procesamiento de información para cumplir con las nuevas condiciones del proceso de compensación.

Antes de la implementación del decreto se tenían programadas actividades durante el mes para realizar el proceso de compensación y pago de los recursos resultado de este, mensualmente se realizaban tres procesos así:

- El día 11 hábil del mes primer proceso de compensación
- El día 18 hábil del mes segundo proceso de compensación
- El día 16 hábil del mes proceso de corrección.

Ahora con la implementación del decreto 4023 se adicionaron actividades al proceso de compensación tanto para las EPS como para el propio FOSYGA ya que los recursos destinados

por el estado para la prestación de los servicios de salud, debe administrarse en cuentas independiente a las cuentas utilizadas por las EPS para la administración de los recursos derivados de su operación, de igual manera se aumentó la frecuencia con la que se realizan los procesos ya que unos pasaron a ser semanales y otros diarios, debido al aumento de información a procesar, los mecanismos de control y seguimiento de recaudos implementados y los tiempos de respuesta en que se debe dar a las EPS y EOC así:

Por parte de las EPS

- Creación de una cuenta maestra para efectuar el recaudo los aportes del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Creación de una cuenta maestra para el pago de los recursos del FOSYGA resultado del proceso de compensación.
- Las EPS y las EOC registrarán ante el FOSYGA la cuenta a la cual este deberá autorizarlas transferencias de recursos del proceso de compensación y los demás a que hace referencia el decreto.
- Deben eliminar los puntos de recaudo directo, según lo establecido en el decreto 4295 de 2004 en donde se le daba esa potestad a la EPS o EOC.
- Están obligados hacer las aclaraciones correspondientes a la información reposada en el reporte de conciliación para su revisión y corrección.

Por parte del FOSYGA

- Debe elaborar el reporte de conciliación de las cuentas de recaudo con la información de PILA, información resultado del proceso de compensación y la que están obligadas a reportar las EPS y EOC y debe ser entrega dentro de los cinco (5) primeros días hábiles del mes.
- La información resultado del proceso de compensación se entregará a las EPS y a las EOC el día hábil siguiente al que se ejecuta el proceso y debe ser enviada mediante correo electrónico.
- El FOSYGA es el responsable de procesar y generar los resultados de la información de solicitudes de reintegro presentada por las EPS y EOC dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la fecha de presentación de la información. Las EPS y las EOC una vez recibidos los resultados del procesamiento de la información por parte del FOSYGA, deberán girar de forma inmediata los recursos al respectivo aportante.

Dadas las anteriores explicaciones expondré los cambios presentados en el proceso de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantías, que a mi parecer es uno de los procesos más críticos a realizar en el Consorcio SAYP 2011 y dadas las condiciones de la reforma a la salud sería uno de los procesos que se vería más impactado si desde este momento los cambios realizados no son correctamente implementados.

Se estableció que el proceso de compensación debe ejecutarse el segundo día hábil de cada semana con la información del recaudo no compensado existente a esa fecha, independientemente del periodo al que correspondan los aportes. Para esto se debe cruzar la Base Única de Afiliados con la información de fallecidos que es entregada por el Ministerio de Salud y Seguridad Social.

El proceso de compensación se realiza tomando como base la totalidad de las cotizaciones obligatorias recaudadas, descontando los valores pagados por los afiliados adicionales, los intereses de mora por el pago de cotizaciones extemporáneas y demás aportes que no sean objeto del proceso de compensación. De este se realizarán una serie de descuentos como son:

- Los recursos destinados a la subcuenta de solidaridad.
- Los recursos por definidos por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) destinados a la subcuenta de promoción y prevención.

La información generada como resultado del proceso de compensación es entregada a las EPS, al día hábil siguiente al que se ejecuta el proceso, el informe contiene el consolidado del resultado del proceso con el número de registros aprobados por periodo compensado, los valores a reconocer a las EPS y a las EOC, los valores a trasladar de las cuentas maestras de recaudo de aportes a cada subcuenta del FOSYGA, entre otros. De igual manera, contiene el detalle de los recursos reconocidos por afiliado y el de los valores deducidos o descontados.

Remitida la información a las EPS y EOC están tienen un plazo de ocho (8) horas para revisar, analizar y aceptar los resultados de la información entregada, mediante el envío del formato de aceptación del proceso, seguidamente el FOSYGA autoriza la apropiación de los recursos a que tenga derecho y se procede al giro de estos.

En el momento en el que inicie el proceso de transición al nuevo modelo del Sistema General de Seguridad en Salud, si este proceso no se encuentra funcionando en condiciones óptimas, bajo los parámetros establecidos en el decreto y acondicionando a lo que será Salud Mia, el proceso de compensación podría verse seriamente afectado ya que su ejecución está sujeta, a la entrega de información de varias fuentes y a la disponibilidad de los procesos de otras áreas.

Adicionalmente se tiene previsto que las EPS pertenecientes al régimen subsidiado también entren en este proceso de compensación para generar los pagos directos a las IPS que brinda los servicios de salud a estas las EPS, lo cual demandara mejores tiempos de respuesta en la operación y procesamiento de información recibida por el Consorcio así como las fechas que serán establecidas para la disposición de los recursos a las EPS e IPS.

Como podemos observar en cada uno de los argumentos expuestos en este análisis, el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere cambios drásticos y profundos en aspectos operativos, de infraestructura, económicos, de recursos humano entre otros, sin embargo con la reforma en mi opinión personal no se están atacando de raíz todas las problemáticas detectadas en el sistemas sino de la manera más adecuada ya que para algunas se están generando soluciones temporales lo cual va a generar que poco a poco un deterioro mayor del proceso y en otros casos gastos extras de recursos económicos ya que no se está evaluando para optimizar y mejorar los que ya se tienen establecidos y que funcionan sino la creación de nuevas estructuras como en el caso del Consorcio SAYP.

Conclusiones

Hay muchos dirigentes y funcionarios del sector salud que insisten que los principios consagrados en la Ley 100 de 1993 son sublimes y que con algunos ajustes se podrá lograr que todos los colombianos tengamos salud de excelente calidad al menor costo posible. Para ellos, la reforma consistiría en formular mecanismos, que por medios policivos, controlen a cada uno de los actores del sistema, es decir, adicionar nuevas reglas a un juego ya existente.

Ninguno de los principios de nuestro sistema de salud se está respetando. Esto nos muestra que el problema no está en la concepción del “deber ser” sino en la operación del sistema de salud. Hay que iniciar de ceros, o mejor aún de los principios ya acordados, para hacer un Nuevo Sistema de Atención Integral, en el cual la relación médico-paciente sea ajena al mercantilismo. Las operaciones financieras deben ser asumidas por dos protagonistas exclusivamente, el Estado recaudador, pagador y regulador, y el prestador de servicios de salud en todas sus modalidades.

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarado, E., 1998. El Régimen Subsidiado de Salud. 1ª Ed. Bogotá: Fundación Crecer.
2. Arbeláez. P (2013). Propuesta Reforma a La Salud en Colombia. Presentación llevada a cabo en la Facultad de Salud Pública- Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
3. Congreso de la Republica de Colombia. (1993) Ley 100 de 1993 Reforma a la Salud, Bogota, Colombia.
4. Congreso de la Republica de Colombia. (2011) Ley 1438 de 2011 Reforma a la Salud, Bogota, Colombia
5. Constitución política de Colombia 1990
6. Gossain, J. (2012, 13 de febrero). En Colombia es más barato un ataúd que un remedio. El tiempo recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11131061>
7. Gossain, J. (2013, 08 de mayo). Esto dice la letra menuda del proyecto de reforma a la salud. El tiempo recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12787303>
8. <http://www.caracol.com.co/multimedia/graficos/sistema-de-salud-en-colombia-como-esta-y-como-queria/20130320/recurso/1862640.aspx>
9. <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Reforma-a-la-salud-contenido.aspx>
10. López, J.O. (2010). La última reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Lejano de la eficiencia y camino a la privatización total.
11. WWW.FOSYGA.GOV.CO
12. Yepes, Francisco J, Manuel Ramírez, Sánchez, Luz Helena, Ramírez, Martha Lucia, Jaramillo Iván. 2010 Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. 1ª Ed. Colombia, Mayol ediciones S.A.