

CONTEXTO DE LA SALUD Y LA CALIDAD EN COLOMBIA

Nancy Reinoso - Flor Ángela Gómez

EJE 1

Conceptualicemos

Introducción	3
Sistema General de Seguridad Social en Salud	4
La oferta y su aplicación en el sector salud	14
La demanda y su aplicación en el sector salud	15
La elasticidad y su aplicación en el sector salud	15
La elasticidad del precio de la demanda	16
Impacto del sistema de salud en la población	17
Contratación de los servicios de salud	19
Bibliografía	21

Sistema General de Seguridad Social en Salud

El SGSSS es un modelo diseñado a favor del mercado fundado en el aseguramiento, con el fin de prever los riesgos financieros del sistema. Su afiliación es obligatoria y se realiza mediante las **Entidades Promotoras de Salud (EPS)** del sector privado o público. Asimismo, es de libre escogencia y la atención es ofertada por las IPS. Se divide en dos regímenes, según la capacidad de pago: el **Régimen Subsidiado (RS)**, que es el encargado de afiliar a la población sin capacidad de pago, a los más pobres, quienes se identifican mediante una encuesta del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (**SISBEN**), el cual permite la clasificación de 1 a 3 y organiza a las personas de la siguiente manera: quienes se encuentran en el SISBEN 1 y 2 no realizan ninguna contribución de copagos ni cuotas moderadoras. Los que clasifican en el nivel 3 tienen un subsidio parcial. Por su parte, el **Régimen Contributivo (RC)** está diseñado para la población trabajadora e independiente con capacidad de pago. Es el encargado de afiliar, recaudar las cotizaciones y garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS), actualmente Plan de Beneficios, de acuerdo con la Resolución 6408 de 2016, modificada por la Resolución 1687 de 2017. Las **cuotas moderadoras** que recauda la EPS del RC tienen como objetivo regular la utilización de los servicios y estimular su uso racional, mientras que los **copagos** tienen como propósito ayudar a financiar el sistema.

Los servicios de promoción y prevención, así como algunos medicamentos para el tratamiento crónico de ciertas patologías, están exentos de cobro. En el RC el afiliado que cotiza no está obligado a realizar ningún copago por la atención, pero sí los beneficiarios que se encuentren dentro de su núcleo familiar.



Entidades Promotoras de Salud

Herramienta usada para el estímulo, persuasión y transmisión de mensajes de empresa a consumidor teniendo como objeto sus productos y servicios.

Régimen Subsidiado

Medio por el que se realiza la afiliación a los más pobres.

SISBEN

Instrumento que permite realizar una clasificación socioeconómica de los individuos.

Régimen Contributivo

Medio por el cual se permite la afiliación de los individuos con capacidad de pago al sistema de salud, mediante el aporte de cotizaciones.

Cuotas moderadoras

Aporte económico que deben realizar los cotizantes y beneficiarios al sistema de salud por la utilización de algunos servicios únicamente en el RC.

Copagos

Aporte que realizan únicamente los beneficiarios del RC y RS.



Figura 1. Prevención
Fuente: Shutterstock/226525450

Además de los dos regímenes mencionados, existen grupos que cuentan con otro sistema de seguridad social. Aproximadamente 4,9 % pertenecen a los regímenes especiales, como es el caso del Magisterio, las Fuerzas Militares, la Policía Nacional y quienes trabajan en las universidades públicas y en la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol) (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio y Vásquez, 2011).

Existen la población pobre no asegurada con subsidios a la demanda, que es identificada por medio del SISBEN en nivel de pobreza, pero que no ha sido cubierta con subsidios, y la vinculada no identificada, constituida por aquellas personas que no han sido encuestadas y no tienen un censo en el SISBEN, por lo cual no aparecen en el sistema de información.

Es importante mencionar que la Ley 100 de 1993 fue el resultado de la intervención de varios actores con diferentes enfoques ideológicos. Por una parte, estuvo el modelo de Bismarck, esquema de aseguramiento alemán basado en la financiación de los salarios de los trabajadores, y, por otra, el paradigma **neoliberal**, apoyado por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, creando un seguro universal obligatorio. Igualmente, la Ley 60 de 1993 impulsó las normas que dieron origen a la **descentralización** del sistema.

El financiamiento se compone de las **contribuciones parafiscales** y la **recaudación fiscal**, dirigidas por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres), en concordancia con el Decreto 1429 de 2016, encargada de administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el sector Salud (Fonsaet) y los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se divide en cinco subcuentas.



Neoliberal

Corriente basada en el mercado.

Descentralización

Conjunto de acciones delegadas a diferentes grupos para su administración.

Contribuciones parafiscales

Son los recursos económicos realizados por un grupo específico para financiar el sistema de protección social.

Recaudación fiscal

Es la acción que concierne a la recolección económica que será destinada a diferentes fines.

Subcuenta	Características
<p>Subcuenta de Compensación</p>	<p>Por medio de la cual se reconoce la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que fue regulada inicialmente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y luego por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), creada con la Ley 1122 de 2007.</p> <p>Esta UPC es entregada a las EPS para financiar la prestación de los servicios del RC. Las EPS recaudan las cotizaciones de sus afiliados y el equivalente entre cotizaciones menos la UPC se trasladará al fondo de solidaridad. En caso contrario, el Fosyga consignará la diferencia a la EPS.</p> <p>Por otra parte, el porcentaje de cotización es del 12,5 %, del cual el 8,5% está a cargo del empleador y el 4 % lo asumirá el empleado. Sin embargo, los cotizantes independientes y los pensionados deben cotizar el total. Con la Ley 1250 de 2008 se establece que los pensionados pagarán el 12 % de su mensualidad.</p> <p>En concordancia con la Ley 1122 de 2007 se estableció que para los trabajadores independientes con vinculación de contrato por prestación de servicios su base máxima de cotización sería sobre el 40 % de su ingreso.</p> <p>Finalmente, con la Ley 1607 de 2012 se reemplaza la contribución que ocupaba el empleador en un porcentaje de los empleados por el impuesto sobre la renta para equiparar el denominado CREE, con el fin de financiar el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) (2,2 puntos), el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) (1,4 puntos) y el SGSSS (4,4 puntos). Se exonera de este impuesto a las personas jurídicas que declaren renta, las personas naturales que empleen más de dos trabajadores y a quienes ganen hasta diez salarios mínimos legales vigentes (SMLV).</p>



Unidad de Pago por Capitación

Valor que el Estado realiza anualmente a cada EPS por cada afiliado dependiendo el grupo etario.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Organismo creado con la Ley 100 de 1993 con el fin de garantizar el aseguramiento de la población actualizar el Plan de Beneficios y definir la UPC.

Comisión de Regulación en Salud

Organismo creado con el fin realizar la actualización anual de la UPC y del Plan de Beneficios a partir del año 2007.

Persona jurídica

Ente responsable de establecer políticas de seguridad social y regular el funcionamiento del sistema y sus instituciones para garantizar los derechos de los beneficiarios.

Persona natural

Persona que lleva a cabo una actividad por sí misma o está a su cargo y se vale por sí misma.



Visitar página

Realizar lectura complementaria de esta ley.

Ley 1122 de 2007

Congreso de la República de Colombia

goo.gl/A9JGQ

<p>Subcuenta de Solidaridad</p>	<p>Con la Ley 1122 de 2007 esta subcuenta se financia con el 1,5 de la cotización del RC y los regímenes especiales, excepto en los pensionados que será de un 1 punto, los aportes del gobierno de \$287 millones y el monto de las Cajas de Compensación Familiar (CCF), el cual está reglamentado por los decretos 50 de 2003 y 780 de 2016. También se financia con el impuesto social de las armas, modificado en la Ley 1438 de 2011. Será utilizado para RS, violencia y discriminación contra las mujeres y fallos de tutela. De acuerdo con la Ley 1122 de 2007, se trasladará el 1,5 de la Subcuenta de Compensación a esta, al igual que regímenes especiales en concordancia con el Decreto 780 de 2016, a excepción de los pensionados que solo aportan un punto, según la ley 1250 de 2008. La asignación se reglamentó con el Decreto 971 de 2011, el cual se reemplazó con el Decreto 780 de 2016, que define realizar el pago directo a la EPS e IPS del RS.</p>
<p>Subcuenta de Promoción</p>	<p>Financia las actividades de promoción y prevención. La asignación se define anualmente y la realiza el Fosyga a la EPS, de acuerdo con el número de afiliados admitidos en el proceso de compensación, en concordancia con el Decreto 4023 de 2011. Esta asignación ha variado desde 1995 hasta el día de hoy, reduciéndose en gran medida, pasando del 0,50 del porcentaje del Índice Base de Cotización (IBC) al 0,225 en el 2016. Los recursos que financian esta subcuenta son un porcentaje de la cotización definido por el Ministerio de Salud y Protección Social sin que supere un punto de la cotización de los afiliados, los recursos asignados por el Ministerio y el impuesto de municiones y explosivos, según la Ley 100 de 1993, modificado en la Ley 1438 de 2011. Además de ser utilizados en todas las actividades de promoción y prevención, serán utilizados para la afiliación de la madres comunitarias al RC y su núcleo familiar.</p>
<p>Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT)</p>	<p>Con la Ley 812 de 2003 se incluye la atención a la población en condición de desplazamiento forzoso sin capacidad de pago y a las víctimas de atentados terroristas y masacres ocasionados por el conflicto armado, de acuerdo con la Ley 782 de 2002. En relación con el Decreto 56 de 2015, se financiará con un porcentaje de la prima del SOAT, constituida por el 20 % del valor de las primas emitidas del bimestre anterior con una cobertura de hasta 800 SMDLV en las personas en accidentes de tránsito en servicio de salud cuando no exista cobertura por el SOAT, 180 SMDLV por indemnización por incapacidad permanente, 750 SMDLV de indemnización por muerte de la víctima y gastos funerarios, y 10 SMDLV de indemnización por gastos de transporte y movilización de la víctima al centro asistencial, también en eventos catastróficos y eventos terroristas. Para efectos del pago por la prestación de los servicios, se debe presentar la epicrisis de la historia clínica en eventos catastróficos. Además de la epicrisis, se debe presentar el certificado emitido por el consejo municipal. Del mismo modo, para el pago por incapacidad permanente se debe presentar el dictamen de porcentaje de pérdida de capacidad laboral. Por muerte, se debe presentar el certificado de defunción y el certificado emitido por el consejo municipal. Por movilización al centro de salud, se deben anexar la factura y el formulario emitido por el Ministerio.</p>

Subcuenta de Garantías para la Salud (Ley 4107 de 2011)

Se crea con el objetivo de que las instituciones del sector salud tengan liquidez, fortalecimiento patrimonial y aumento de capital para dar estabilidad a la prestación de los servicios. Los aportes se realizarán con recursos del presupuesto general de la nación y de las cotizaciones del RC. Con la Ley 1608 de 2013 los recursos podrán destinarse a la compra de cartera de IPS con EPS. Se reglamentan con las resoluciones 0889 de 2014 y 805 de 2016 el procedimiento, los criterios y los plazos para la compra de cartera.

Tabla 1. Subcuentas del Fosyga

Fuente: propia, con base en el Ministerio de Salud y Protección Social (2016)

Con respecto al RS, los recursos del Fosyga se suman a las transferencias fiscales anteriormente explicadas para completar la financiación de los servicios. Las EPS pagan a las IPS mediante distintas modalidades: **evento**, **grupo diagnóstico** o **capitación** a los prestadores.

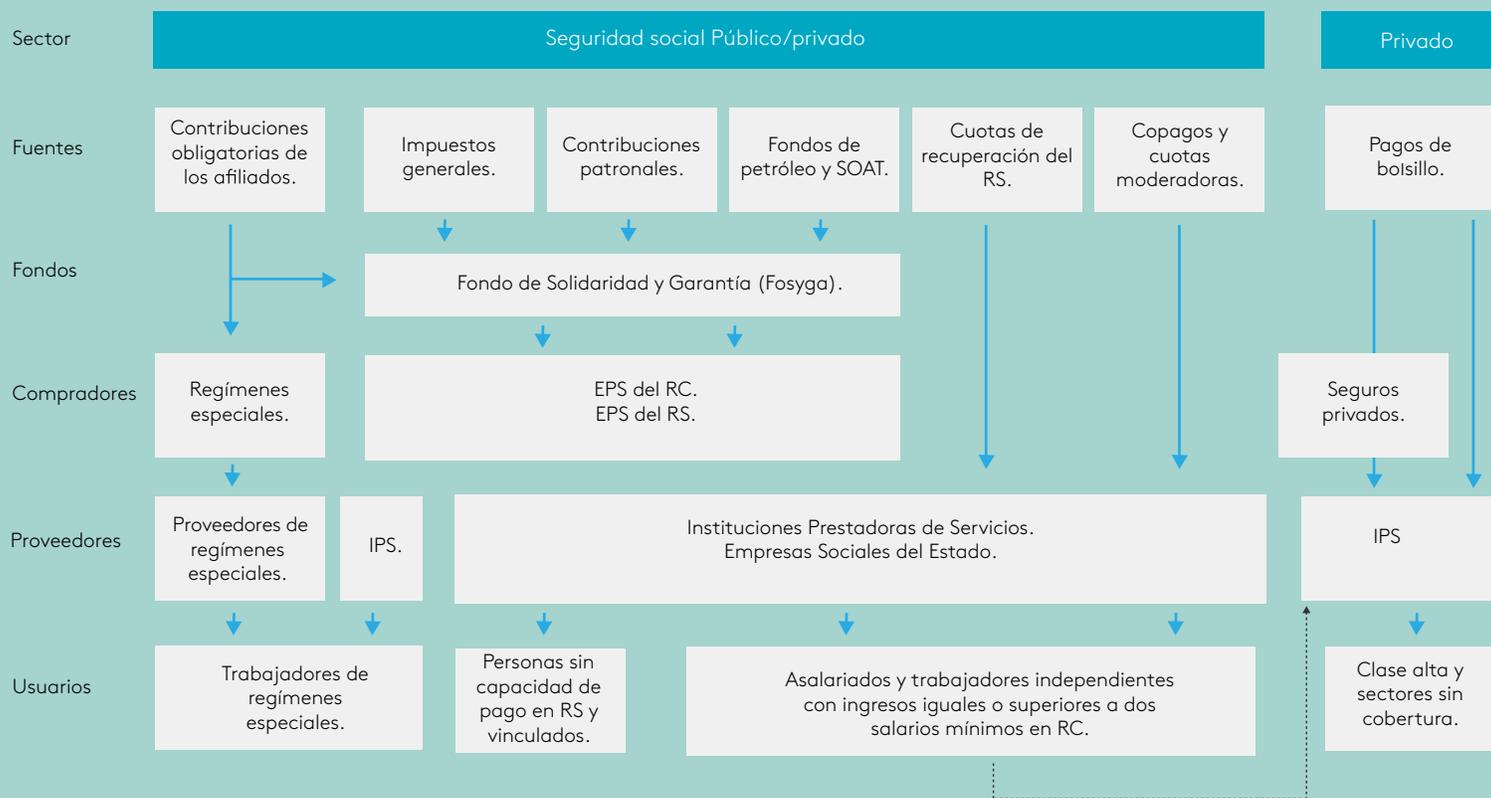
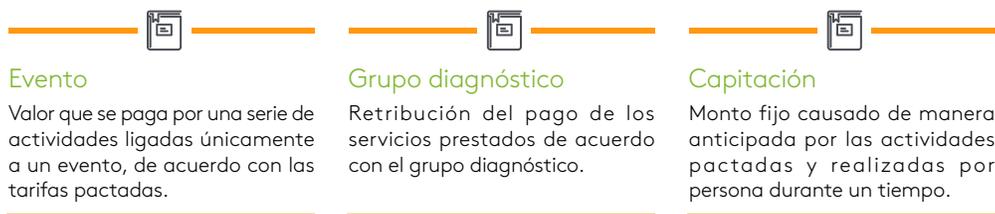


Figura 2. SGSSS en Colombia

Fuente: Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio y Vásquez (2011)



A continuación, realizaremos una breve explicación de la normatividad que ha modificado o complementado la Ley 100 de 1993.

Ley	Modificación o complemento
Ley 60 de 1993	Por medio de la cual se dictan la disponibilidad de recursos y se fortalece la descentralización del sistema de salud. Busca que se elabore un plan de desarrollo con el fin de crear infraestructura hospitalaria y establecer personal de planta. Se crea el fondo prestacional para garantizar el pago a los trabajadores. Del mismo modo, esta ley reglamentó que todas las IPS debían acreditar la capacidad tecnológica y administrativa. Lo más importante es la iniciativa que plantea para buscar acciones que lleven a realizar actividades de promoción y prevención.
Ley 715 de 2001	Establece algunas normas en cuanto a los recursos y la organización en la prestación de los servicios de salud, y a los recursos asignados a la salud de acuerdo con el Sistema General de Participaciones. Se establece la formulación de políticas y la definición del Sistema de Habilitación . Se refuerzan las actividades de salud pública. Se dictan disposiciones en cuanto a la asignación de subsidios, con el fin de lograr la cobertura total a los más pobres. Asimismo, se refuerzan los principios de equidad y eficiencia.
Ley 1122 de 2007	Por medio de la cual se realizan modificaciones al SGSSS buscando mejorar la atención en la prestación de los servicios y la racionalización. Se funda la CRES como una unidad administradora. Se incentiva el aumento de la cobertura por medio de afiliaciones al sistema y se establece el porcentaje de distribución de recaudo de las cotizaciones correspondiente al empleado y el empleador. Del mismo modo, se establecen las diferentes modalidades de pago de acuerdo con su naturaleza. Se pagará anticipado en el caso de capitación al 100 %, o 50 % cuando sea por grupo diagnóstico o evento. Además, se refuerza la garantía de la calidad en la atención y la prestación de los servicios a partir del POS. Por otra parte, se promulga la ampliación de la cobertura de subsidios totales o parciales.
Ley 1250 de 2008	Por medio de la cual se adiciona un artículo de la Ley 100, el cual establece la cotización del 12 % por parte de los pensionados y se suma el parágrafo de no obligatoriedad de cotización al sistema cuando los ingresos no superen el salario mínimo.



Acreditación

Proceso voluntario que realizan algunas instituciones con el fin de mostrar los altos estándares de calidad en sus servicios.

Habilitación

Proceso mediante el cual las instituciones dan cumplimiento a las normas básicas para su funcionamiento.

<p>Ley 1393 de 2010</p>	<p>Por la cual se establecen actividades para promover la generación de recursos y evitar la evasión de aportes en salud.</p> <p>Se establecen las tarifas de impuesto de la venta de cerveza, juegos de azar y suerte, tabaco, licores y vinos, y el porcentaje de contribución parafiscal al aseguramiento.</p>
<p>Ley 1438 de 2011</p>	<p>Por la cual se reforma el SGSSS con el fin de fortalecer el modelo de atención primaria en salud enmarcado en el modelo de prestación de servicio para el mejoramiento de la salud y disminuir las brechas de desigualdad. Se diseñan indicadores para medir los resultados en salud. El propósito es la unificación de un Plan de Beneficios para los dos regímenes. Se crea el Comité Técnico Científico (CTC), modificado actualmente por Mipres, realizado mediante un aplicativo regulado por la Resolución 0532 de 2017, con el fin de eliminar las barreras de acceso. Del mismo modo, se promulga la universalización del aseguramiento. Se establece la afiliación obligatoria al RC de las personas con capacidad de pago y se reconocen las características de los planes voluntarios en salud. Se instaure el financiamiento para las acciones de promoción y prevención y se prohíbe el pago de multas por inasistencia a citas médicas. Asimismo, se funda un sistema anti-trámites de salud para los usuarios.</p>
<p>Ley 1608 de 2013</p>	<p>Por la cual se establecen medios para mejorar la liquidez y los recursos en el sector salud. Se asignan recursos con el fin de pagar las deudas de RS y se crea un Fondo de Salvamento y Garantía para el Sector Salud (Fonsaet), administrado por el Ministerio de Salud y Protección de Social. De la misma manera, se crea un programa con el objeto de fortalecer su solidez financiera, cuya finalidad es dar continuidad a la prestación de los servicios de las empresas sociales del Estado.</p>



Comité Técnico Científico

Grupo de profesionales que se encarga de evaluar la aprobación de distintos tipos de procedimientos medicamentosos o insumos que no se encuentran contemplados en el POS.

<p>Ley 1751 de 2015</p>	<p>Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud como un derecho irrenunciable. El Estado formulará políticas con el fin de disminuir las brechas de desigualdad y evitar las inequidades regulando precios y garantizando acceso y oportunidades en la prestación de los servicios. Se enfatiza en la realización de evaluaciones en los resultados en salud. Se adopta el concepto “determinantes sociales”, con el fin de reducir las desigualdades. Se establece la autonomía profesional y se crean políticas para información en salud, política pública, política de innovación y política farmacéutica.</p>
<p>Ley 1797 de 2016</p>	<p>Por medio de la cual se regula la operación del SGSSS y se busca mediar las deudas del sector salud por medio del Fosyga y el mejoramiento del flujo de recursos y la calidad en la prestación de los servicios. De la misma manera, se establece otorgamiento de créditos y la modalidad de giro directo a las EPS del RC correspondientes a la UPC. Por último, se dictan las aclaraciones para la realización de la conciliación de cuentas pendientes entre IPS y EPS.</p>



Determinantes sociales

Medios que rodean a las personas que están ligados a su calidad de vida, como las condiciones socioeconómicas.

Tabla 2. Leyes que han modificado y complementado la Ley 100 de 1993
Fuente: propia, con base en el Ministerio de Salud y Protección Social (2016)



Instrucción

Lo invitamos a realizar la actividad “Pareo” y a consultar el recurso “Línea del tiempo” para fortalecer el aprendizaje del contenido de la tabla.

El gasto total en salud en Colombia se compone por el gasto público directo, el gasto en seguridad social en salud y el gasto privado. El gasto público es el que realizan el Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales, dentro de las que se incluyen los hospitales públicos, con respecto al gasto en seguridad social de los afiliados del RS y en la administración. El gasto en seguridad social en salud que concierne al RC está fundado en cotizaciones. Por su parte, el gasto privado comprende el gasto atribuido a la atención por los seguros privados de medicina prepagada o planes complementarios y el gasto de las familias o gasto de bolsillo.

En el contexto del gasto público para la salud, en comparación con otros países de la región, Colombia presenta una mayor participación a partir del año 2004 con el 6 % del Producto Interno Bruto (PIB), seguida de Panamá y Argentina con el 5,2 %, y Perú y Venezuela con el 2 %. Así, se evidencia que es un aspecto importante en el mejoramiento de los indicadores de salud, como el aumento de la esperanza de vida y la disminución en la mortalidad. Sin embargo, deben tenerse en cuenta otras variables como la educación y el nivel de desigualdad entre los países (Santa María, García, Rozo y Uribe, 2011). Por esto, conocer el gasto en salud es importante dentro del contexto del sector.

El sector salud en Colombia es un bien de consumo y se mueve dentro de la sociedad con el concepto de mercado, por lo tanto, es significativo tener claros los conceptos de oferta, demanda y elasticidad para analizar los acontecimientos y las medidas económicas que afectan directamente el campo de la salud en la toma decisiones de producción y *marketing*.



Figura 3. La salud como bien de consumo
Fuente: Shutterstock/700974712

La oferta y su aplicación en el sector salud

Para los economistas, la oferta significa la relación positiva entre el precio de un bien y un servicio y la cantidad que los productores pueden y están dispuestos a ofrecer en el mercado. Esto significa que, si los precios suben, los productores estarían dispuestos y capacitados para ofrecer una mayor cantidad de bienes. Si, por el contrario, los precios bajan, ellos estarían dispuestos a ofertar una menor cantidad de dichos bienes. Esta es la llamada ley de oferta: a medida que aumenta el precio de un bien, la oferta aumenta.



Ejemplo

Un ejemplo podrían ser los proveedores: a mayor precio ofrecen, más servicios se dan a las diferentes EPS, y otro el pago realizado por diagnóstico comparado con el pago realizado por servicio.

El método de pago por servicio involucra una tendencia al aumento del gasto porque no existe ningún estímulo a la limitación de la oferta o la demanda. El paciente solicitará más servicios y la institución brindará la mayor calidad sin tener en cuenta el costo. La elección de pago por diagnóstico radica en hacer una evaluación del “costo aceptable” por paciente, obligando a un uso razonado del cálculo hecho (Hidalgo Vega, 2005).

La calidad se traduce en obtener indicadores adecuados para el comprador y el vendedor. En la prestación de servicios de salud, esto se extrapola al nivel en que los servicios mejoran la salud de las personas de manera conveniente con las pautas y recomendaciones de los profesionales, respondiendo adecuadamente a las perspectivas de los consumidores.

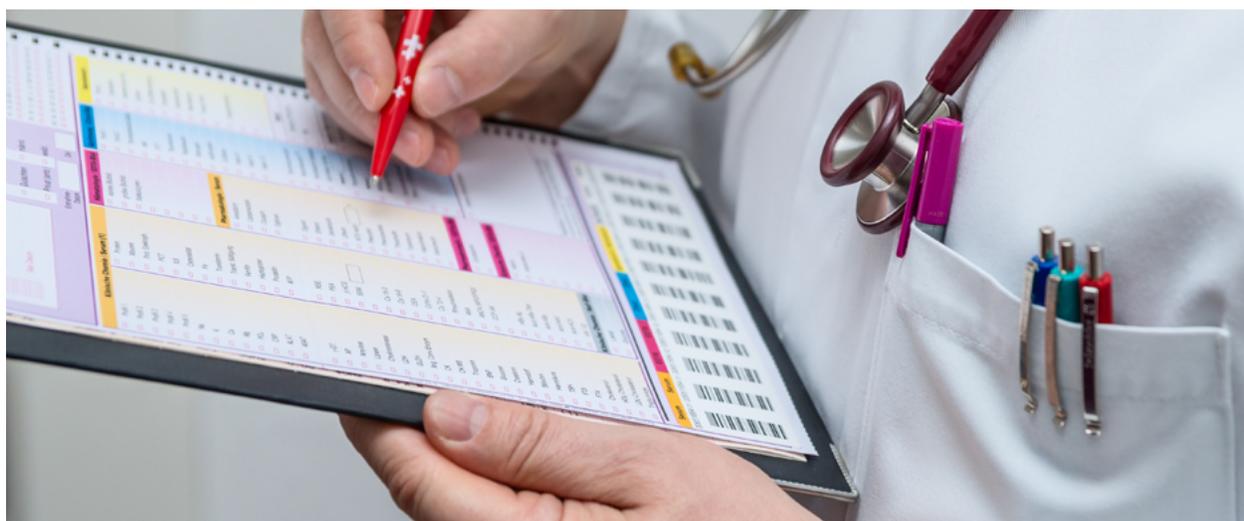


Figura 4. Indicadores de calidad
Fuente: Shutterstock/401415355

La demanda y su aplicación en el sector salud

La demanda se define como la cantidad de bienes o transacciones que los compradores pretenden adquirir en el mercado. Está determinada por variables que afectan la decisión de los consumidores, entre ellas está el precio, lo cual significa que a medida que esta variable cambia, la demanda también lo hace: si el precio sube, la cantidad de demanda disminuye y, cuando esta baja, la cantidad demandada por el consumidor sube (Hidalgo Vega, 2005).

Por tal razón, es importante resaltar que la curva de demanda calcula la cantidad de bienes y servicios que los consumidores están dispuestos a comprar. Los cambios relacionados con el precio se dan por las múltiples variables que pueden intervenir, por ejemplo, dos bienes sustitutos. Si la caída en el costo de uno de ellos genera resultados menos seductores, se compra el otro. Ejemplo: consulta externa versus consulta prioritaria.

Por otra parte, están los bienes complementarios: dos bienes se complementan cuando se consumen conjuntamente. La depreciación del precio de uno de ellos hace más atractiva la compra del otro. Ejemplo: consulta médica versus prescripción de medicamentos o demanda de laboratorios e imágenes diagnósticas.

Es relevante conocer y tratar estos temas, dado que nos enseñan a establecer un adecuado manejo de los procesos que conllevan una eficiente prestación de los servicios de salud.

Por lo mencionado, es importante tener claro que se debe realizar un proceso para maximizar el bienestar de la comunidad con un trabajo conjunto entre las disciplinas de la economía y la salud. Así, el proceso será eficiente y podremos lograr los objetivos para alcanzar un determinado grado de equidad y llegar al punto de equilibrio que la sociedad necesita.

La elasticidad y su aplicación en el sector salud

La elasticidad calcula la sensibilidad de la cantidad demandada ante la magnitud de la diferencia del precio. Ejemplo: número de cirugías bariátricas realizadas en un año y el precio de cada una de las cirugías.

La elasticidad se emplea con regularidad en la relación precio-demanda, la correlación renta-demanda y relación precio-oferta (Hidalgo Vega, 2005).

La elasticidad del precio de la demanda

En el mercado, si sube el valor de un producto, la cantidad solicitada de este bajará. Si baja el precio del producto, la cantidad requerida subirá.

Existen productos en los que el incremento del precio desencadena una variación poco significativa de la cantidad solicitada, lo que se traduce en que los consumidores adquirirán la misma cantidad, independientemente de la diferencia del precio. Así, la demanda de este producto es inelástica. Un ejemplo de esto es la insulina, puesto que los pacientes insulino dependientes deben continuar con el tratamiento, aunque varíe el precio.

Cuando se presentan oscilaciones mínimas en el precio se cambia, en muchas ocasiones, la cantidad demandada y, por consiguiente, se dice que la demanda del producto es elástica. Ejemplo: una IPS decide bajar los precios del parto natural en 3 %, en relación con otras IPS de su competencia. La ocupación aumenta en un 10 %, lo cual significa que la cantidad demandada varía proporcionalmente más que el precio.

Los economistas también utilizan otras elasticidades, como la renta de la demanda, para describir la conducta de los compradores en el mercado. La administración eficaz de los recursos es significativa, debido a que en el sector salud son escasos y limitados. En esto radica la importancia de pensar como economista y usar adecuada y eficientemente los recursos.

El estudio microeconómico en el área de la salud facilita el análisis de los determinantes del costo y los grados de eficiencia en la producción y distribución de los servicios. La tarea de educar a las familias, los análisis de costo beneficio en los programas de salud, las posibilidades entre los servicios asistenciales y los esquemas preventivos y muchas otras actividades diarias son aptas para el estudio económico, dado que este se emplea en casos diversos, siendo más comunes los estudios que miden la eficiencia de acuerdo con los recursos asignados para la obtención de mejores resultados.

En conclusión, las elasticidades de la demanda y la oferta ayudan a tomar decisiones en el gobierno, los negocios y la vida personal, por lo cual es esencial conocer la medida de la elasticidad. Muchas decisiones dependen de si la elasticidad en el precio de la demanda es superior o inferior a uno; otras dependen de la elasticidad de la oferta.

Pensar como un auditor integral en salud nos ayudará a analizar las falencias y los aciertos del sistema de salud y el papel que juegan las instituciones del sector. Por medio de ello, aprenderemos a brindar un servicio con calidad que beneficie a la población, mejorando los resultados en salud y la calidad de vida. También nos ayudará a desarrollar estrategias metodológicas a partir del análisis del costo beneficio y de la medición de indicadores para evaluar el resultado costo efectividad, que nos orientará a considerar varias opciones sobre una misma problemática, abriendo una serie de opciones para la evaluación de políticas alternativas en el sistema de salud.

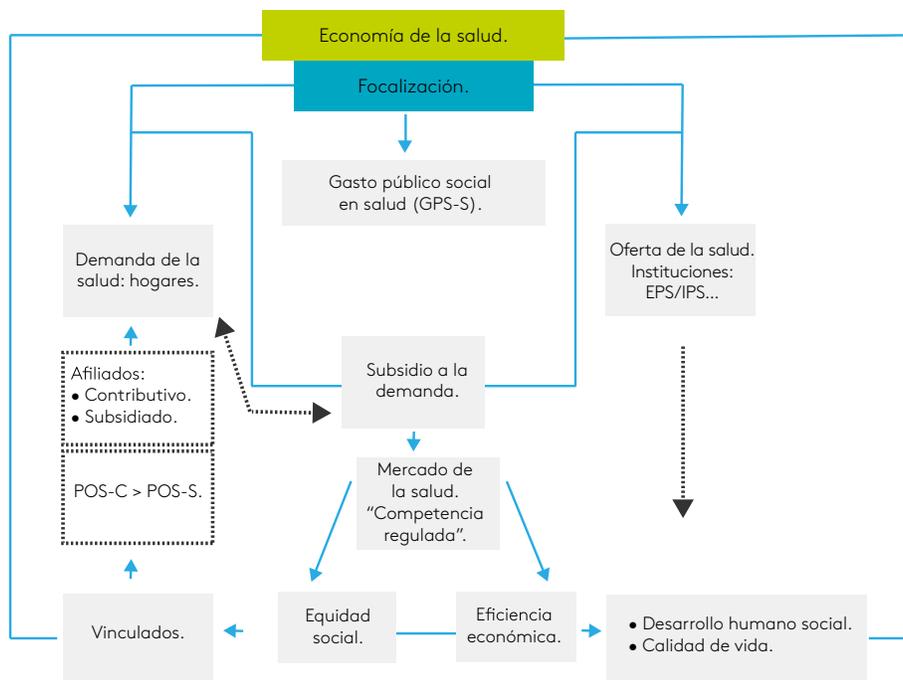


Figura 5. Estructura, valores y fines de la reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993
Fuente: Ospina (2008)

Impacto del sistema de salud en la población

Después de haber realizado una contextualización del SGSSS en Colombia hasta el día de hoy, describiremos parte del impacto que se ha generado en nuestra población. Empezaremos por decir que el acceso a los servicios de salud es aún desigual y racionado. El pobre recibe menos bienes y servicios en salud que el rico. Al respecto, Ramírez (2010) refiere:

”

La segmentación de los derechos de propiedad sobre los beneficios de uso en los servicios de salud, incorporando en el Régimen Contributivo un plan que contiene una cobertura sobre la totalidad de riesgos en salud, un listado de medicamentos y casi la totalidad de las opciones tecnológicas de tratamientos e intervenciones y prestaciones económicas (como licencias de maternidad y de incapacidad general); no obstante, se limitaron los beneficios del Régimen Subsidiado a un conjunto de servicios básicos equivalentes a la mitad de los beneficios recibidos en el régimen contributivo (p. 29).

Con base en esta realidad, se reflejan las desigualdades con respecto al acceso a los servicios de salud, de acuerdo con el régimen de cada ciudadano, ligado a la capacidad de pago y las distintas maneras de obtener bienes y servicios.

Como se ha mencionado, la Ley 100 de 1993 fue concebida como una herramienta para lograr la cobertura universal, por medio de un aseguramiento que garantizara la eficiencia, el acceso y la calidad en la prestación de los servicios de salud. Se creó con una ideología neoliberal que arrojó un resultado final de la reforma, evidenciando que la prestación del servicio de salud se ha convertido en un proceso donde siempre existe un intermediario, incluso cuando el Estado había tomado la iniciativa de asumir la responsabilidad en la prestación de los servicios.

Las experiencias de otros países nos enseñan que la distribución en la atención en salud no debe estar ligada a la capacidad de pago, como se distribuyen otros bienes en el mercado, más bien nos llama a la reflexión sobre que estos servicios deben distribuirse por igual, independientemente de la capacidad de pago, motivo por el cual los sistemas de salud deben financiarse equilibradamente. Se plantea la opción de que esto se haga mediante impuestos generales y que se proteja al trabajador, en caso de asignar el impuesto a este grupo (Titelman Kardonsky y Uthoff, 2000). Del mismo modo, es importante resaltar que el gasto de bolsillo o la inversión en seguros privados para los que tienen la capacidad de pago refleja en gran medida la inequidad para ciertos grupos.

Por consiguiente, se podría afirmar que otra variable que mediría la equidad es la oportunidad de acceso a los servicios de salud independientemente de la capacidad de pago. Se calcularía de acuerdo con el nivel de ingreso versus la utilización de los servicios de salud. Las reformas neoliberales de los años 80 y 90 suscitadas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional suscitaron el aumento de las desigualdades (Almeida, 2002).

Se puede afirmar que, en algunos casos, las reformas implementadas fueron mucho más fundamentales que las de los países del norte, incluyendo varios ámbitos desde el financiamiento hasta la reestructuración de los sistemas de servicios. Con esas reformas se esperaba:



Lograr mayor transparencia y equilibrios financieros, mejorar la eficiencia en el uso de los recursos e incorporar nuevos mecanismos para ampliar la cobertura de dichos sistemas y adaptarlos a los desafíos de la transición demográfica y epidemiológica de la población (CEPAL, 2000, p. 56).

El país debe dirigirse de manera decidida hacia el desarrollo de un sistema con una base financiera única y en el que todos los colombianos puedan intercambiar bienes y servicios independientemente de su capacidad de pago. Lo que posiblemente veamos en Colombia será un sistema de salud con una base financiera única que favorezca la competencia entre los proveedores (el Estado y la empresa privada en la parte de los servicios directos de tipo curativo y preventivo, y el sector financiero privado y el público en el mercado de los seguros prepagados) que sea regulado por el gobierno en términos de calidad, eficiencia y equidad.

Contratación de los servicios de salud

Otro aspecto importante en el sistema de salud es la prestación de los servicios, la cual se encuentra regulada por el Decreto 4747 de 2007, por el cual se estipulan las características de las relaciones entre los prestadores y las entidades responsables de los pagos por la prestación de los servicios.



Lectura recomendada

En este punto, se recomienda realizar la lectura complementaria del mencionado decreto.

Decreto 4747 de 2007

Ministerio de la Protección Social

Por una parte, la EPS acordarán la prestación de servicios con las IPS en diferentes modalidades, según lo consideren más conveniente: por capitación, evento o grupo diagnóstico. Del mismo modo, las IPS deberán cumplir con requisitos para la prestación de los servicios dentro de los cuales deben estar habilitadas y contar con indicadores de calidad definidos por el SOGC. Por otra parte, deben tener una adecuada capacidad instalada. De la misma manera, las EPS deben facilitar la información general del grupo etario de su población afiliada, así como un esquema de la organización de la red de servicios que garantice la accesibilidad, al igual que los indicadores de calidad y un buen sistema de referencia y contrarreferencia. Además, la EPS debe tener un medio de comunicación dirigido a los usuarios donde difunda cuál es la red de prestación de servicios.

Este acuerdo de prestación de servicios entre las IPS y EPS se puede pactar mediante un contrato que estipule el término de duración, el mecanismo del contrato, ya sea por capitación o evento, así como las tarifas correspondientes a la prestación del servicio, la información de los usuarios de acuerdo con su perfil demográfico, el mecanismo de conciliaciones y las cláusulas que darán lugar a la terminación del contrato.

El proceso de atención se realizará con una clasificación inicial correspondiente al triaje, seguido de la verificación de derechos, informando a la EPS la atención inicial de urgencias del usuario sin que se excedan las 24 horas. Posterior a esto, la IPS realizará la solicitud de autorización de los servicios o procedimientos a la EPS. La respuesta por parte de la EPS para la atención posterior a urgencias no debe superar las dos horas. Para los servicios adicionales no debe superar las seis horas. Si superado este tiempo no hay una respuesta, se entenderá como autorizado y no podrá ser causal de glosa. En caso de no autorización, la EPS debe expedir una carta de negación. El servicio de referencia y contrarreferencia será obligación de la EPS que, a su vez, deberá garantizar la disponibilidad de los servicios solicitados. La responsabilidad del paciente estará a cargo de IPS hasta el lugar de recepción de la remisión.

Una de las herramientas más importantes para el adecuado funcionamiento del SGSSS es que este debe estar articulado con el SOGC, porque este ofrece los elementos orientadores que ayudarán a decidir sobre las instituciones y a brindar la mejor atención.



Lectura recomendada

Realice la lectura del Decreto 1011 de 2006, el cual se crea como un medio para mejorar la calidad de los servicios de salud.

Decreto 1011 de 2006

Presidencia de la República de Colombia

Por otro lado, se evidencian diversos retos que se han erigido desde que se implementó la Ley 100 de 1993. Si bien es cierto que el Mipres pretende mejorar el acceso a los servicios de salud reemplazando el CTC y optimizar los tiempos de respuesta en las autorizaciones de medicamentos, procedimientos e insumos, logrando reducir el número de tutelas, por otro lado, se busca fortalecer la autonomía médica. Sin embargo, se sigue apegando solo a un Plan de Beneficios que no es integral. Además, la aplicación de esta herramienta está enfocada al RC, lo cual genera inequidades y desigualdades.

Otro gran reto es combatir la falta de liquidez de la EPS. Con la Ley 1797 de 2016 se quiere avanzar en el mejoramiento del flujo, el saneamiento de deudas y la calidad en los servicios; sin embargo, la corrupción que ha golpeado al sistema es la variable más difícil de combatir, sin entrar en detalles de todos los actores que están involucrados en la formulación de políticas y leyes donde priman los intereses personales.



Lectura recomendada

En este punto, realice la lectura y profundice en los aspectos que trata la ley.

Ley 1797 de 2016

Congreso de la República de Colombia



Instrucción

- Para afianzar los conocimientos adquiridos en este eje, revise los recursos “Organizador gráfico” y “Videorresumen”.
- Finalmente, realice la prueba objetiva del eje, en la cual se evaluarán los conocimientos adquiridos.

Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 905-925.

CEPAL. (2000). Equidad, desarrollo y ciudadanía. Versión definitiva. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2686/S2006536_es.pdf?sequence=2

Congreso de la República de Colombia. (13 de julio 2016). [Ley 1797 de 2016].

Guerrero, R., Gallego, A., Becerril-Montekio, V. y Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 53, 144-155.

Hidalgo Vega, Á. (2005). Economía de la salud. Madrid, España: Pirámide.

Ministerio de la Protección Social. (7 de diciembre de 2007). [Decreto 4747 de 2007].

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Fuentes de financiación y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf>

Ospina, A. A. (2008). Reforma del sistema de salud en Colombia: focalización del gasto público social en salud. *Semestre Económico*, 11(21), 45-63.

Presidencia de la República de Colombia. (3 de abril de 2006). [Decreto 1011 de 2006].

Ramírez, J. (2010). *Derechos de propiedad del seguro obligatorio de salud en Colombia*. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

Santa María, M., García, F., Rozo, S. y Uribe, M. (2011). Un diagnóstico general del sector salud en Colombia: evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación. En M. Santa María (ed.). *Efectos de la Ley 100 en salud. Propuestas de reforma* (pp. 1-81). Bogotá, Colombia: Fededesarrollo.

Titelman Kardonsky, D. y Uthoff, A. (2000). El mercado de la salud y las reformas al financiamiento de los sistemas de salud. En German Agency for Technical Cooperation y NU. CEPAL. *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud: los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia* (pp. 19-49). Santiago de Chile, Chile: Fondo de Cultura Económica/CEPAL.