

1-1-2006

Costos Económicos originados por el cubrimiento de enfermedades catastróficas o Ruinosas, en el Régimen Contributivo

Lina Maria Gil
Universidad de La Salle, Bogotá

Ángela P. Camargo Gil
Universidad de La Salle, Bogotá

Follow this and additional works at: <https://ciencia.lasalle.edu.co/economia>

Citación recomendada

Gil, L. M., & Camargo Gil, Á. P. (2006). Costos Económicos originados por el cubrimiento de enfermedades catastróficas o Ruinosas, en el Régimen Contributivo. Retrieved from <https://ciencia.lasalle.edu.co/economia/372>

This Trabajo de grado - Pregrado is brought to you for free and open access by the Facultad de Economía, Empresa y Desarrollo Sostenible - FEEDS at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Economía by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

COSTOS ECONÓMICOS ORIGINADOS POR EL CUBRIMIENTO DE
ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS O RUINOSAS, EN EL RÉGIMEN
CONTRIBUTIVO

LINA MARIA GIL COD. 10981250
ANGELA P. CAMARGO GIL COD. 10972211

UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD DE ECONOMÍA
BOGOTA
2006

COSTOS ECONÓMICOS ORIGINADOS POR EL CUBRIMIENTO DE
ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS O RUINOSAS, EN EL RÉGIMEN
CONTRIBUTIVO

LINA MARIA GIL COD. 10981250
ANGELA P. CAMARGO GIL COD. 10972211

MONOGRAFÍA
ECONOMÍA
SEGURIDAD SOCIAL
SECTOR SALUD

Director,
CARLOS VANEGAS HERNANDEZ

UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD DE ECONOMÍA
BOGOTÁ
2006

Nota de aceptación:

Dr. Carlos Vanegas Hernández
Director

Dr. Carlos Meza Carvajalino
Jurado

Dr. Nelson Manolo Chávez
Jurado

Septiembre 13 de 2006

RESUMEN

La salud es considerada un derecho fundamental del hombre y un deber del estado; considerando su importancia se realizó un estudio del impacto económico que representa para las EPS's el cubrimiento de los tratamientos de las enfermedades de alto costo bajo las condiciones definidas por la ley 100 de 1993.

Este estudio fue realizado con base en datos suministrados por el Ministerio de la Protección Social, ACEMI, Instituto de Seguro Social, Salud Total y Coomeva entre otros, para el periodo comprendido entre los años 2000 a 2005 ya que se considera que durante este tiempo se observó un representativo incremento de pacientes detectados con patologías de alto costo.

Para el estudio económico se realizó una simulación financiera tomando como base la información del año 2004, con el fin de observar la incidencia que tienen en el ingreso y gasto de dichas entidades en la atención de estos tratamientos.

Como resultado se evidenció que la UPC para el cubrimiento de estos tratamientos (considerada en promedio del 10%) es insuficiente, ya que la atención de pacientes con alto costo podría duplicar dicho porcentaje, en el mismo sentido se puede indicar que la UPC que reconoce el FOSYGA por cada usuario a las EPS's no es constante y esta sujeta a variables que no pueden ser controladas por estas entidades.

ABSTRACT

The health is considered the human's fundamental right and it's a duty of the state; considering their importance was carried out a study of the economic impact that represents for the EPS's the cover of the treatments of the of high cost illnesses under conditions defined by the law 100 of 1993.

This study was carried out with base in data given by the Social Protection Ministry, ACEMI, Public Health Institute, Salud Total and Coomeva among other, for the period understood among 2000 to 2005 year, due to that during this time a representative increment of patients was observed detected with pathologies of high cost.

For the economic study it was carried out a financial simulation taking like base the information of the year 2004, with the purpose of observing the incidence that they have in the entrance and expense of these entities in the attention of these treatments.

As a result it was evidenced that the UPC for the cover of these treatments (considered on the average of 10%) is insufficient, due to the attention of patient with high cost could duplicate this percentage, in the same sense you can indicate that the UPC that the FOSYGA recognizes for each user to the EPS's is not constant and this subject to variables that cannot be controlled by these entities.

AGRADECIMIENTOS

Ante todo agradecemos a Dios por guiarnos en el camino, por habernos dado la oportunidad de estudiar; agradecemos a cada una de nuestras familias y especialmente a nuestros padres por su apoyo incondicional y confianza; ya que siempre fueron la base que nos permitió alcanzar esta meta.

Agradecemos a nuestros amigos y colegas por su apoyo durante estos años; de igual forma a nuestro director Dr. Carlos Vanegas Hernández, por su confianza y colaboración, así como a los jurados Dr. Carlos Meza Carvajalino y Dr. Nelson Manolo Chávez, por haber creído en nosotras y en este proyecto.

Agradecemos a las EPS`s: Instituto de Seguro Social, Salud Total, Coomeva, ACEMI y demás instituciones que amablemente nos suministraron la información que permitió lograr los objetivos planteados en este trabajo y a todas aquellas personas que de una u otra manera colaboraron con la realización de esta monografía.

.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	4
1.1 DEFINICIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.	4
1.2 ANTECEDENTES	4
1.2.1 En América Latina	4
1.2.2 En Colombia	5
1.2.3 Objetivos de la Ley 100 de 1993	7
1.2.4 Principios de la Ley 100 de 1993	8
1.2.5 Organismos de vigilancia y control	9
1.3 ECONOMÍA DEL BIENESTAR Y LA SALUD.	11
1.4 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	19
2. ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS O RUINOSAS	23
2.1 Definición de enfermedades catastróficas o ruinosas	23
2.2 Clasificación de Alto Costo	23
2.3 Problemática de alto costo	24
2.3.1 Redistribución	25
2.3.2 Unidad de Pago por Capitación	28
2.3.3 Reaseguro	31
2.3.4 Promoción y Prevención	32
2.4 Tratamientos de alto costo	33
2.4.1 Tratamientos para VIH Sida	33
2.4.2 Tratamientos para quimioterapia y radioterapia para el cáncer	36
2.4.3 Tratamientos de diálisis, diálisis peritoneal y hemodiálisis	39

2.4.4 Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito.	42
2.4.5 Otros tratamientos de alto costo	44
3. DATOS ESTADÍSTICOS	54
3.1 Ingresos Operacionales	54
3.2 Gastos Asistenciales	56
3.3 Gastos para cubrimiento de Alto Costo-Simulación financiera	58
CONCLUSIONES	61
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1 Tipos de ARS	20
Gráfico N° 2 Total afiliados compensados al régimen contributivo años 2001-2004	21
Gráfico N° 3 Número de afiliados compensados por EPS al régimen contributivo 2004	21
Gráfico N° 4 Comparativo de la UPC régimen contributivo con régimen subsidiado	30
Grafico N° 5 Comparativo de pacientes tratados por vih/sida ISS vs. otras EPS	36
Grafico N° 6 Pacientes tratados con radioterapia y quimioterapia para el cáncer durante el periodo 2000-2005 en el ISS y Salud Total	39
Grafico N° 7 Total de pacientes tratados con diálisis y hemodiálisis por cada EPS periodo 2003-2004 y 2004-2005	41
Grafico N° 8 Número de pacientes tratados con diálisis y hemodiálisis Periodo 2002-2005	42
Grafico N° 9 Pacientes tratados en procedimientos quirúrgicos por enfermedades de origen genético o congénito periodo 2002-2005	43
Grafico N° 10 Pacientes tratados en procedimiento quirúrgico para el trauma mayor y cuidados intensivos periodo 2002-2005	45
Grafico N° 11 Pacientes tratados con reemplazos articulares periodo 2002-2005	46
Grafico N° 12 Casos atendidos en manejo del gran quemado periodo 2002-2005	47
Grafico N° 13 Transplantes realizados por año periodo 2002-2005	48

Grafico N° 14 Número de pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico del sistema nervioso central periodo 2002-2005	49
Grafico N° 15 Pacientes atendidos en tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón periodo 2002-2005	50
Grafico N° 16 Total de tratamientos realizados por alto costo por EPS periodo 2002-2005	52
Grafico N° 17 Tratamientos de alto costo atendidos en el régimen contributivo durante el periodo 2002 a 2005	53
Grafico N° 18 Participación en el mercado según el nivel de ingresos operacionales año 2004	55
Grafico N° 19 Evolución del % de participación del gasto asistencial en el ingreso operacional régimen contributivo serie diciembre 1996-diciembre 2004	57

GLOSARIO

AFILIACIÓN: Es el acto mediante el cual los trabajadores quedan afiliados a una entidad que administra Pensiones, Salud o Riesgos Profesionales y a través de la cual los empleadores (patronos) aportan un porcentaje de dinero para garantizar en el futuro una pensión y la salud de sus trabajadores.

Afiliado: es el estatus que adquiere un trabajador al vincularse a una administradora de fondo de pensiones (AFP), entidad promotora de salud (EPS) o administradora de riesgos profesionales (ARP)

ARS: Se constituye como el módulo administrativo ejecutor del Régimen Subsidiado en Salud para el orden nacional, departamental, Distrital y municipal. Su función primordial es la de asegurar a la población beneficiaria carnetizada y organizar la prestación de los servicios del plan obligatorio de salud subsidiado (POSS). Pueden ser ARS: las empresas solidarias de salud, las EPS y las cajas de compensación familiar.

Beneficiario: Es quien ha de recibir el pago de la indemnización derivada de un contrato de seguros, sea a título gratuito u oneroso.

CNSSS: Consejo Nacional de seguridad social en salud

Cotización: Es el pago que hacen los empleadores a las entidades administradoras, representado en sus aportes y en los descuentos que efectúan a sus trabajadores.

Empleador: Quien ordena el servicio y paga una remuneración por la prestación del mismo

EPS: Entidad promotora de salud. Es una aseguradora. Se constituye como el módulo administrativo del Sistema General de Seguridad Social en salud

delegados por el FOSYGA. Se encarga de inscribir, afiliar y carnetizar a la población beneficiaria del Régimen Contributivo para garantizar en su favor los servicios contemplados por los diferentes planes obligatorios de salud con cargo al aseguramiento de la población de servicios a través de la red de IPS en forma directa e indirecta.

Externalidades: Fenómeno que se produce cuando una persona o una empresa realizan actividades pero no soportan todos los costos (Externalidad Negativa) o no recibe todos los beneficios

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía establecido por la Ley 100/93 como ente operacional para cumplir con los principios de solidaridad y como mecanismo de compensación para garantizar el equilibrio financiero del sistema. Se compone de cuatro subcuentas: Promoción y prevención; Solidaridad del régimen subsidiado; compensación del régimen contributivo y accidentes de tránsito y eventos catastróficos.

Ingreso Base de Cotización (IBC): Es la suma de los factores que constituyen el salario y se determina así:

- Trabajadores dependientes del sector privado: Asignación básica. Horas extras, dominicales, festivos y recargos nocturnos. Bonificaciones salariales. Primas extralegales cuando éstas sean factor salarial. Demás pagos que por Ley o por acuerdo entre las partes constituyan salario
- Empleados Públicos: Asignación Básica. Gastos de representación, prima técnico de antigüedad y de capacitación, cuando sea factor salarial. Horas extras, dominicales o nocturnas y bonificaciones por servicios prestados.
- Para el trabajador independiente: La base de cotización se calcula sobre los ingresos mensuales que éste declare.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud. Se constituye como el módulo ejecutor del sistema general de seguridad social en salud a través del cual se suministran los servicios de salud a favor de los beneficiarios ya sea del

Régimen contributivo o subsidiado. Su naturaleza puede ser pública, mixta o privada y puede constituirse a través de una persona jurídica o persona natural de conformidad con las disposiciones del Código del comercio.

MAPIPOS: Manual de Actividades, procedimientos e Intervenciones del POS definido en la resolución 5261 de 1994.

Morbimortalidad: Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

Periodos Mínimos de Cotización: Es el tiempo mínimo de cotización exigido por las entidades promotoras de salud (EPS) para que el afiliado puede recibir la prestación del servicio.

POS: Plan Obligatorio de Salud. Es el plan de beneficiarios a que se tiene derecho con el seguro de salud y que comprende los beneficios, la atención, la protección integral de la salud con atención preventiva, médico-quirúrgica y de rehabilitación así como de medicamentos esenciales.

POS-S: Plan obligatorio del Régimen Subsidiado

Preexistencias: Se considera preexistencia toda enfermedad, malformación, o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación de un contrato, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato, sobre bases científicas sólidas. (Decreto 1222 de 1994) La Ley de Seguridad Social prohíbe expresamente la aplicación de preexistencias de acuerdo al Artículo 164 de la Ley 100 de 1993.

Regimenes: Son los principios que rigen las condiciones de tiempo y modo por medio de los cuales se reconoce un derecho.

Riesgo: Es el suceso incierto, futuro y susceptible de ser valorado. Probabilidad de que ocurra un evento que pueda generar lesiones físicas a las personas, daños a la propiedad y/o alteraciones en el medio ambiente.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población en todos los niveles de atención.

Siniestro: Es la realización u ocurrencia de un riesgo asegurado.

SISBEN: Sistema de Selección de Beneficios (para programas sociales), creado por el Departamento Nacional de Planeación, para detectar la población más pobre y facilitar a las instituciones del Estado la focalización de la inversión pública.

Trabajador: Quien presta el servicio a una persona natural o jurídica de naturaleza pública o privada, a cambio de una remuneración.

Trabajador Independiente: Toda persona natural que realiza personal o directamente una actividad económica sin estar sujeto a vínculo laboral alguno. Tiene también esta calidad, toda persona que labora en su propia empresa.

UPC: Unidad de pago por capitación. Es el valor que anualmente recibirán las EPS por cada uno de sus afiliados al Sistema General de Seguridad Social. Este valor es el resultado de reunir todos los aportes y dividirlos por el número de beneficiarios, para esto se tienen en cuenta el perfil epidemiológico (riesgos de enfermedad de una población), sexo y edad, así como del valor de la prestación de los servicios en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería.

UPC-S: Unidad de Pago por capitación Subsidiada.

INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de Colombia de 1991 determinó que la salud es un servicio público al cual tienen acceso todos los colombianos; actualmente es considerada uno de los sectores con mayor impacto social y económico y que está directamente relacionada con el bienestar social de la población.

Sin embargo la salud no era un bien para todos, ya que en la década de los ochenta solo disfrutaban de atención en salud los empleados que eran afiliados por sus empresas a los sistemas de salud existentes (Instituto de Seguros Sociales y Cajas de Compensación) y demás personas con capacidad de pago que tomaban servicios de salud de manera particular, la población desempleada o con bajos recursos económicos (subempleo) era atendida en los Centros de Servicios de Salud que estaban a cargo del Estado en el mejor de los casos, pero la mayoría de la población estaba totalmente descubierto, vulnerándose así el derecho a la salud y afectando a la calidad de vida.

Después de la Constitución de 1991 se determinó que la manera de solucionar esta desigualdad era organizar un sistema descentralizado que resguardara los aspectos básicos de la seguridad social: salud, pensiones y riesgos profesionales. Es así como se creó la Ley 100 de 1993 que determinó y organizó el Sistema de Seguridad Social Integral.

Desde el punto de vista de la salud esta ley determinó dos regímenes; el régimen subsidiado y el régimen contributivo. Dentro de este último se permitió la creación de empresas públicas y privadas; Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Administradoras de Régimen Subsidiados (ARS), con el fin de cubrir la gran demanda de atención de servicios de salud, los cuales fueron basados en la promoción, prevención y tratamiento de las enfermedades.

Sin embargo desde 1997 cuando el Sistema estaba en su cuarto año de funcionamiento, se observó que presentaba inconsistencias evidenciadas por fallas en el perfil epidemiológico (edad de la población y la frecuencia de uso entre otros), al igual que no se le dio la importancia económica suficiente a las patologías consideradas de alto costo, las cuales a su vez comenzaron a presentar incrementos en el número de casos detectados y que afectaba de manera directa un componente de gran impacto como la capacidad financiera de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS), las cuales incurrían en altos gastos operativos y administrativos para la prestación de servicios. Teniendo en cuenta lo anterior, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS determinó bajo el Acuerdo 217 de 2001 una Unidad de Pago por Capitación (UPC) diferencial de acuerdo a la siniestralidad que presentaran las EPS's.

El recurso con que cuentan las EPS y ARS para brindar la atención de acuerdo a lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud (POS), es la UPC que reciben por usuario y que está determinada anualmente por el Ministerio de la Protección Social, es importante resaltar que las EPS's deben adquirir un seguro que garantice el cubrimiento de patologías denominadas catastróficas o ruinosas o también determinadas de alto costo, manteniendo de esta manera la fluidez económica suficiente para prestar oportuna y eficazmente los servicios de salud.

Para el año 2002 el Ministerio determinó que se deberían redistribuir en el régimen contributivo los pacientes de alto costo con patologías como VIH/SIDA e insuficiencia renal ya que la proporción atendida entre el total de las EPS's privadas y el ISS era desproporcionado, procedimiento que se promulgó y desarrolló en el año 2003. Se enfatizó en las enfermedades de alto costo por el impacto económico que causaban debido a la baja efectividad como tratamiento curativo, pero que debían ser realizados ya que de lo contrario se vería comprometida la vida del paciente.

Aunque el alto costo parece un caso individual del sector salud, realmente puede afectar de manera drástica la economía de un país, y sólo desde el año 2000 se empezó a cuantificar las enfermedades catastróficas o ruinosas como un rubro de gran peso económico que conllevó ha cambios en el aseguramiento de dichas patologías.

Pese a que no existe una base de datos estructurada que permita proyectar el presupuesto requerido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar la atención de la población con cobertura del régimen contributivo, se propone demostrar a través del presente documento que las patologías determinadas como catastróficas o ruinosas o también denominadas de alto costo causan un gran impacto económico en los ingresos que perciben las EPS's viéndose comprometida su permanencia en el sector de salud en el futuro.

Este análisis se compone de tres secciones, la primera sección define la seguridad social y realiza una descripción de los antecedentes ubicando al sector salud en el contexto actual de la normatividad vigente, la segunda sección define, clasifica y profundiza en la problemática de las patologías de alto costo, en la tercera sección se realiza un análisis promedio y simulado del impacto del gasto en alto costo en los ingresos de las EPS.

1. SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

1.1 DEFINICIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

El concepto de seguridad social tiene como base en la historia la necesidad del individuo de una sociedad, a sentirse seguro ante un evento, es responsabilidad del Estado brindar los medios que se requieren para cumplir con la seguridad social de una comunidad.

Se entiende por Seguridad Social Integral el conjunto de instituciones, normas y procedimientos que se utilizan frente a los riesgos que afectan a los individuos de una determinada sociedad; esto, mediante el cumplimiento de planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de los diferentes eventos que se pueden presentar, especialmente aquellos que deterioren la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional.

Este mecanismo está basado en el principio de solidaridad que debe existir entre los miembros de una comunidad y con base en ella todo individuo por el solo hecho de pertenecer a esta, tiene derecho a estar protegido por la sociedad en la que vive.

1. 2 ANTECEDENTES

1.2.1 En América Latina

La seguridad social en salud en América Latina es diversa entre cada país, esto si se tiene en cuenta los niveles de cobertura, acceso, equidad, estructuras de organización y financiación.

Una de las razones por las cuales se presenta esta situación es porque el ingreso per cápita de cada país es diferente al igual que los recursos que se destinan para el cubrimiento de las diferentes patologías las cuales cambian de acuerdo a los altos niveles de pobreza y la dificultad en el acceso a los servicios de salud.

Básicamente la seguridad social en salud está determinada por una relación entre el nivel de ingresos de la Nación y el compromiso de garantizar el cubrimiento de salud a todos los habitantes del territorio, siendo así un desafío para la política económica y sanitaria.

En algunos países de América Latina como Chile, Costa Rica y Argentina se ha logrado demostrar que es posible diseñar sistemas de salud con estas características pese a las dificultades anteriormente mencionadas; sin embargo, existen otros sistemas que están regidos bajo nuevos conceptos que buscan mantener una relación entre costo y efectividad; siendo este el modelo de salud que actualmente funciona en Colombia donde prevalecen los conceptos de promoción y prevención o programas preventivos y cubrimiento de servicios presentados en cualquier evento de salud.

1.2.2 En Colombia

En Colombia se ha hablado de seguridad social desde la época de la independencia cuando se buscaba un sistema de gobierno perfecto donde se destacara la estabilidad política, la consecución de bienestar y la seguridad social. Fue cuando aparecieron los montepíos militares, definidos como depósitos de dinero que se formaban por los descuentos hechos a los militares para proteger a las familias de quienes fallecieron en la guerra de independencia y en la campaña Libertadora. Estos fueron traídos por los españoles y desde entonces fueron objeto de múltiples ajustes, dando inicio así a la creación de instituciones que

tenían por objeto la atención de los miembros agrupados en este régimen colectivo.

En la Constitución de 1886 en el Art. 32, 44, 153, 156 y 157 ya se establecían algunos aspectos con relación a la seguridad social de los trabajadores, a las maternas y niños, entre ellos lo relacionado a las condiciones de salubridad del lugar de trabajo entre otros, definiendo así a la salud como un servicio público bajo la responsabilidad del Estado.

Sin embargo pasaron décadas durante las cuales se presentaron diferentes propuestas para reglamentar y/o regular lo referente al manejo que se le debía dar a la Seguridad Social, pero sólo hasta 1935, se presentó un proyecto de Ley que proponía un ahorro obligatorio por parte de los empleados y la creación de la Caja de Ahorro y Previsión Social, proyecto que nunca fue aprobado pero que dio inicio al debate legislativo donde se presentaron diferentes propuestas que intentaban encontrar la forma adecuada de cumplir con el equilibrio de una seguridad social para todos.

En el año de 1945 se consolida un sistema de seguridad social en salud en Colombia con la creación del Instituto de Seguros Sociales y las Cajas de Previsión, dando paso para que en 1974 se creara el Sistema Nacional de Salud centralizado, bajo la responsabilidad del Estado. Entre los años de 1978 y 1984 el Sistema de Salud presentó un gran auge, sin embargo después de este periodo comenzó a presentar grandes dificultades tales como:

1. Mínimo cubrimiento de la población
2. Ineficiencia en la prestación de servicios de salud
3. Déficit financiero

La Constitución Política de Colombia de 1991 realizó grandes cambios; entre ellos promulgó que la Seguridad Social es un servicio público que está bajo la responsabilidad del Estado y que debe ser garantizado a todos los habitantes ya que es un derecho irrenunciable como se refleja en los artículos 48, 49 y 50.

“Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y el saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”

Bajo estos parámetros en 1993, se promulgó la Ley 100 con la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social Integral, el cual está compuesto por un conjunto de normas, procedimientos e instituciones que buscan que la comunidad tenga acceso, protección y cubrimiento en pensiones, riesgos profesionales y salud.

El Sistema de Seguridad Social que venía funcionando hasta ese momento era de corte existencialista, estatal, centralizado y de organización vertical, ahora el nuevo modelo estaba sustentado en un sistema cuyas características principales eran: el aseguramiento, la competencia de administradoras de seguros y entidades prestadoras de servicios, todas con un mecanismo de solidaridad basado en la redistribución el cual permitía financiar a las personas más desprotegidas.

1.2.3 Objetivos de la Ley 100 de 1993

Este nuevo sistema se propuso cumplir con 3 objetivos principales:

1. Garantizar la cobertura de las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema de acuerdo a la Ley.

2. Garantizar la prestación y cubrimiento de los servicios sociales complementarios en los términos establecidos en esta reforma.

3. Garantizar que toda la población tenga cobertura y pueda acceder al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que personas sin la capacidad económica suficiente tales como campesinos, indígenas, artistas, deportistas y madres comunitarias, accedan al sistema.

1.2.4 Principios de la Ley 100 de 1993

Con el fin de lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos en la Ley 100 del 93, se establecieron los siguientes principios que regirán para éste.

* Equidad: Los servicios que se garantizan a través de la Ley 100 serán de igual calidad para todos los habitantes, sin distinción sobre su capacidad de pago o riesgo de enfermedad.

* Obligatoriedad: Determinando que es de obligatorio cumplimiento de las empresas afiliar a los empleados y el Estado facilitará la afiliación de aquellas personas sin capacidad de pago y que no cuentan con ningún vínculo laboral.

* Protección Integral: Es decir que se brindará protección en salud a sus afiliados en las fases de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, según lo previsto en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993.

* Libre Escogencia: De acuerdo a la condiciones de la oferta de servicios, los usuarios del sistema tendrán la oportunidad de escoger libremente la EPS y/o las IPS prestadoras de servicios.

* Autonomía de las instituciones: Las EPS tendrán autonomía administrativa e independencia económica.

* Participación social: la comunidad puede participar activamente de la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto de acuerdo a lo establecido por la Ley.

* Calidad: El sistema debe contar con mecanismos de control para todos los servicios de salud con el fin de garantizar a los usuarios una atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua.

1.2.5 Organismos de vigilancia y control.

Desde el punto de vista de la Dirección y Control del sistema se encuentran:

- Ministerio de la Protección Social: Encargado de la formulación de políticas, estrategias, programas y proyectos para todo el sistema, con el fin de orientar los recursos y las acciones del sistema de salud, con miras al fomento de la salud, a la prevención de las enfermedades, tratamiento y a la rehabilitación que requieran los pacientes.
- El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS): Es el director general del sistema y es el organismo de concertación entre los diferentes entes integrantes del proceso, máximo organismo rector del Sistema.

Entre las responsabilidades que tiene el CNSSS se pueden destacar las de ser el Administrador del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), definir el Plan

Obligatorio de Salud (POS)¹ y de los medicamentos esenciales que hacen parte del mismo, entre otras.

- Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA): Es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social, creada con el objetivo de garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos incluyendo el cubrimiento de riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito. Al Fondo deben ingresar todos los recursos de la salud, para ser distribuidos entre el Régimen Contributivo y el Subsidiado.

Los recursos que ingresan a esta cuenta corresponden a las cotizaciones en salud que realizan los trabajadores independientes y dependientes para así reconocer a cada administradora el valor de la unidad de pago por capitación (UPC)² por cada beneficiario al mes.

Las entidades cuyos ingresos por cotización sean mayores que las UPC deberán trasladar estos recursos a la subcuenta de compensación, para financiar a las entidades que hayan presentado déficit en dicha compensación. Aquellas EPS cuyos recaudos sean menores a las UPC que les corresponde, el FOSYGA les girara lo correspondiente.

- Superintendencia Nacional de Salud: Es un organismo adscrito al Ministerio de Protección Social con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente. Dentro de las funciones que se pueden destacar están las de ser el ente encargado de la inspección, vigilancia y control de

¹ El Plan Obligatorio de Salud, es un sistema de protección integral que cubre servicios de salud en lo concerniente a promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

² La UPC es el resultado de reunir todos los aportes y dividirlos por el número de beneficiarios.- La definición de esta unidad esta dada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), para esto se tienen en cuenta el perfil epidemiológico (riesgos de enfermedad de una población), sexo y edad, así como del valor de la prestación de los servicios en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería.

todas las entidades participantes de los procesos de prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar la máxima eficiencia en estos procesos.

Con la descentralización del Sistema de Salud, se dio paso para que tanto entidades públicas como privadas fueran las encargadas de prestar los diferentes servicios requeridos, creándose las Entidades Promotoras de Salud (EPS), encargadas de afiliar, organizar y garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud, y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), conformadas por entes como centros de atención básica, de laboratorios y/o imágenes diagnósticas, clínicas, hospitales, y todas aquellas instituciones que presten los servicios que demande la población para garantizar la adecuada atención y cobertura en salud.

1.3 ECONOMÍA DEL BIENESTAR Y LA SALUD.

“La economía del bienestar se constituye en el estudio que explica la manera en que se identifican y se logran asignaciones de recursos socialmente óptimas y eficientes, comprende la eliminación de soluciones que pueden demostrarse que son inferiores a otras soluciones factibles”.³

Para realizar el estudio del bienestar se utiliza básicamente la eficiencia económica que relaciona el valor de la producción con el valor del insumo, y que para determinar dicha eficiencia requiere de una valoración de los bienes producidos, los valores que se le asignan a los bienes son los mismos que se generarían en un mercado competitivo.

El economista Wilfredo Pareto derivó una condición de asignación óptima de recursos la cual se conoce como “*Condición de Pareto*” es aquella en la cual es

³ Microeconomía, 3ª Ed. Royer Leroy Miller y Royer E. Meiners. Mac Graw Hill 2003

imposible que algún o algunos individuos ganen mediante un intercambio adicional voluntario.

La salud es un servicio social que está ligado a lo económico desde el punto de vista de la eficiencia económica como un sistema generador de oferta y demanda, productor de servicios de salud que cubran las necesidades razonables de los individuos y regulador del manejo de los aportes realizados para mantener un sistema tan complejo como este servicio, desde esta perspectiva sería lo que permite que un bien tan valioso no se derrumbe.

La economía del bienestar hace referencia al bienestar social, es decir, un individuo no puede ser afectado por la decisión de consumo que otro individuo realice. Para esto, se debe tener en cuenta que un mercado es competitivo, no existe la asimetría de la información y los bienes están bien definidos.

A nivel macro, el Estado no tiene formas de identificar una proyección exacta de los recursos que se deben destinar para la cobertura total de la salud debido a que hasta el momento, no es posible determinar con exactitud la frecuencia de uso de los servicios de salud ya que esto depende de los individuos y no de las entidades que ofertan servicios, el análisis económico de la salud parte de reconocer la incertidumbre a la que se encuentran sometidos los individuos para su cubrimiento en salud ya que no se conoce la frecuencia del servicio, porque no se sabe cuando se puede enfermar un individuo, de qué se puede enfermar y el grado de la enfermedad, motivo por el cual se observan fallas de mercado.

Existe desigualdad en el porcentaje de cobertura a nivel nacional, en cada región o municipio dependiendo de factores externos que afectan directamente la cobertura en salud; esto se determinaría como externalidades⁴.

Ejemplos claros que permiten identificar la dificultad que se presenta en cuanto a cobertura de salud son:

- Los niveles de educación.
- Los niveles de empleo formal.
- Los niveles de desempleo.
- Los desplazamientos de población hacia ciudades centrales.

Esto está directamente relacionado con el nivel de gasto público destinado a la salud, generando tensiones entre demanda por salud y financiamiento, porque al aumentar la población vinculada que estaría pendiente por definir al Régimen Subsidiado aumenta la carga presupuestal del Estado si no se logra mantener el empleo formal, el cual permitiría que la población se afilie al Régimen Contributivo realizando el aporte correspondiente.

Una de las causas que más afectan la economía de bienestar y por ende la calidad de vida de las personas, es la inestabilidad laboral la cual no permite que se tengan excedentes económicos que permitan invertir en servicios de salud, ya que si sólo se tiene para sobrevivir, un individuo no gastará lo que necesita de manera vital para utilizarlo en un bien que a su perspectiva puede parecer suntuoso.

Las entidades que generan la oferta no perciben un ingreso fijo debido a la movilidad de usuarios en el sistema contributivo principalmente del sector

⁴ "Fenómeno que se produce cuando una persona o una empresa realizan actividades pero no soportan todos los costos (Externalidad Negativa) o no recibe todos los beneficios (Externalidad Positiva)" (Microeconomía, Joseph Stiglitz, 2ª .Ed. 2002

independiente y personal temporal, lo cual afecta la estructura de costo de las EPS's.

La aplicación de las ciencias sociales, en el sector de la salud permite confrontar varios aspectos; uno de ellos es la participación de la población estudiada en sus diversos roles, permitiendo ser receptores de las necesidades que se pueden presentar en este sector, convirtiéndola en generadora de demanda de servicios entre otros; las formas organizativas de prestación de servicios son igualmente susceptibles de ser evaluadas en su relación con los objetivos básicos de la seguridad social, como son la equidad y eficiencia, los cuales deben ir de la mano con la racionalidad y los resultados obtenidos por sus diversos agentes ya sean comunitarios, públicos y/o privados tanto institucionales como no institucionales.

La ciencia de la economía trata de la asignación de recursos escasos susceptibles de usos alternativos para cubrir las necesidades de la población. Al trasladar este concepto a la economía de la salud, ésta aplica las teorías y conceptos económicos a los procesos de formación de demandas, generación y estructuración de ofertas así como a la evaluación costo-beneficio en la atención de la salud. Por ejemplo, debemos analizar cuantos recursos sociales se destinan a este sector y que pueden ir en detrimento de otros sectores económicos, sí se tiene en cuenta que se distribuyen estos recursos entre personas o grupos poblacionales. Esto lo podemos analizar desde la demanda de salud como bien público observando el autoconsumo, la información de la cual se dispone y el capital humano, otro elemento relevante es la producción de salud, en la cual se analizan aspectos como los costos, la financiación, la oferta de servicios de salud y la eficacia en la prestación de los mismos.

Un elemento financiero es la determinación del precio de la salud; cuanto se debe pagar por un servicio y quién lo debe pagar, ligado a este aspecto están los

sistemas sanitarios; entre los cuales se encuentran mecanismos de previsión y salud, infraestructura y política pública, así como la gestión de empresas dedicadas a la prestación de servicios de salud y sus proveedores, teniendo en cuenta los sistemas de contratación.

Como base del pensamiento económico aplicado a la economía de la salud se pueden citar dos grandes pensadores:

Milton Friedman (1912-) es uno de los economistas que nos habla de la seguridad social, aunque sus ejemplos están enmarcados en la carga impositiva, la cual podemos aplicar a la situación actual que representa El Sistema General de Seguridad Social Integral. Él muestra que el problema reside primordialmente en el tipo de relación proveniente de los fondos económicos, frente al uso de ellos, en la mayoría de programas de acción social se usa fondos que no le corresponden, en beneficio de terceros.

El ejemplo que muestra Friedman es lo que sucede con los impuestos y su aplicación, es por ello que propone la implantación de un impuesto negativo, que permitiría compensar las dos falencias de la economía: la seguridad social insertada al mercado y los impuestos que no se distribuyen equitativamente.

Se observa en el Sistema de Seguridad Social en Colombia que el régimen contributivo ayuda a sostener al régimen subsidiado sumado a los recursos destinados por el Estado para tal fin.

Para finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX Marshall (1842-1924), otro de los grandes pensadores y uno de los padres de la economía ortodoxa moderna a

diferencia de los clásicos, estaba convencido de que la economía tenía la labor principal de eliminar la pobreza, dado que la falta de recursos en las familias no garantizan, ni la salud, ni la preparación para permitirles ganar más.

En la segunda mitad del siglo XX se produjo un cambio notable en la ideología de las sociedades y la práctica económica que fue denominado como el Estado del Bienestar. Como consecuencia de este cambio, las administraciones públicas asumieron gran parte de los gastos de salud los cuales crecieron de forma asombrosa, actualmente este concepto ha sido muy cuestionado por lo que se demanda de las administraciones públicas un mayor equilibrio presupuestario, una menor proporción de los gastos públicos sobre el total del Gasto Nacional y un mayor control, eficacia, transparencia y racionalidad en el gasto.

Dentro del Estado de Bienestar se encuentran varios aspectos que permiten llevar a cabo el desarrollo de las políticas. El primer aspecto es la información, en el cual se encuentran las campañas de salud, los sistemas de control epidemiológico entre otros, estas actividades buscan influir en las conductas de la población y sus hábitos en salud buscando mejorar su calidad de vida. En segundo lugar se halla la regulación de estímulos, que consiste en la utilización de la influencia reglamentaria para facilitar, incitar o desalentar determinada actividad privada que puede proporcionar salud, (regulación de centros asistenciales, reglamentación de droguerías, laboratorios, entre otros).

El aspecto de regulación coactiva: permite que se obligue a realizar una actividad o a financiarla, se incluye aquí la obligación de vacunar a los niños o de favorecer la seguridad social de los empleados y empleadores. Por último está la provisión

pública, que permite al Estado proveer de manera directa servicios de salud usando bienes muebles e inmuebles de su propiedad y empleados públicos.

La economía de la salud es considerada un área de la economía, ligada con la economía del bienestar. Los primeros aportes los encontramos en Selma Mushkin (1958) con su publicación "Toward a Definition of Health Economics" (Hacia una definición de Economía de la Salud) señala que la economía de la salud debe ocuparse de la organización de los servicios de salud y del beneficio que se produce al invertir en la salud de las personas.

Un punto importante de resaltar para el estudio del mercado de la salud es observar que las predilecciones del consumidor no son una variable apropiada para asignar de manera óptima los recursos para salud y Kenneth Arrow (año 1963) escribió "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care" (la incertidumbre y la Economía del bienestar en el cuidado médico) donde se estudia la forma de optimizar los recursos para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Arrow (1963) aborda desde dos puntos la economía y la salud; el primero es analizar desde el punto económico, que incluye a todas las instituciones que participan en el proceso de prevención, cuidados y atención en salud y asignación de recursos y el segundo es considerar la salud un componente de bienestar, de calidad de vida y que es influido por varios factores como el medio ambiente, los ingresos, el estilo de vida entre otros. Estos conceptos de la economía de la salud han permitido que este presente un desarrollo notable en la modernidad.

El estudio de la economía de la salud ha permitido que se detecten en los servicios de salud problemas de eficiencia en la demanda de servicios frente a la oferta de la población así como la selección adversa y la asimetría de información entre los involucrados en la demanda y oferta la cual se refleja desde la atención médica.

Dentro del estudio de los costos de la atención de salud se debe tener en cuenta, la tecnología, el crecimiento sostenido del gasto en salud, el crecimiento continuo de pacientes con enfermedades lo cual amenazaría la viabilidad financiera del sistema de salud.

Las investigaciones realizadas han permitido identificar 8 puntos de interés en el estudio de la economía de la salud:⁵

- Los determinantes de la salud (como el medio ambiente y los estilos de vida).
- La definición, medida y valoración de la salud.
- La influencia que tiene los determinantes de la salud y la valoración de la salud en la demanda, las barreras de acceso (precios, tiempo, normativa, cultura).
- La oferta de servicios de salud y su comportamiento como oferente, las técnicas de producción alternativas, los costos, la eficiencia productiva, los incentivos para el comportamiento eficiente.
- La evaluación macroeconómica de las tecnologías y tratamientos, mediante los análisis de Costo-Efectividad y Costo-Beneficio en la atención médica.

⁵ Health economics: notes for a research agenda. J. M. Cabasés Departamento de Economía. Universidad Pública de Navarra. Septiembre de 1999. Vol. 13 - Número 5 p. 333 – 336.

- El equilibrio del mercado de la salud, la determinación de precios, tiempos de espera y otros mecanismos de racionamiento.
- La evaluación del sistema en su conjunto, incluyendo la equidad y otros objetivos públicos.
- La planificación y el diseño de las políticas, evaluando la efectividad de los instrumentos disponibles para la optimización del sistema, los mecanismos presupuestarios y la regulación.

1.4 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO

El régimen contributivo se basó en el esquema que venía manejando el Instituto de los Seguros Sociales en el año de 1945 para trabajadores del sector privado, modificando aspectos tales como: aumentar los aportes para la Seguridad Social en Salud al 12% del salario del trabajador, descentralizar el proceso de administración del seguro obligatorio de salud, establecer un valor único promedio del seguro obligatorio anual, unidad de pago por capitación (UPC).

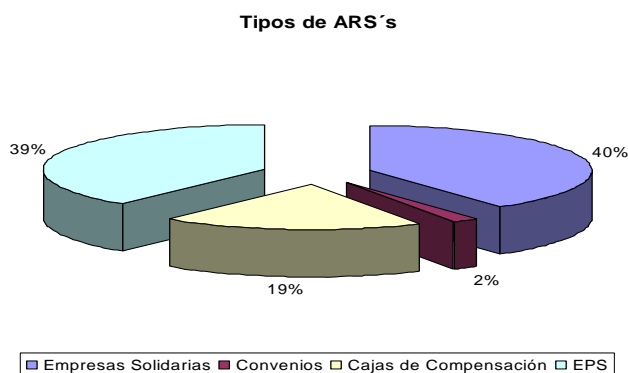
Mientras que el Régimen Subsidiado fue creado para las personas que por su condición laboral, física o mental no pueden aportar al Sistema y a quienes el Estado está en la obligación de financiar parcial o totalmente sus necesidades en salud, esto con el propósito de ampliar la cobertura hasta lograr que toda la población colombiana acceda al sistema.

Este régimen se basa en el compromiso del Estado en la consecución de recursos que financiaran el cubrimiento de los servicios de salud de las personas que no cuenten con ningún vínculo laboral, el Estado está comprometido para que los hospitales cumplan con los parámetros definidos por la Ley, con eficiencia y a nivel competitivo con las nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS),

logrando que los hospitales públicos se conviertan en Empresas Sociales del Estado (ESE) para lograr mejorar sus ingresos a través de la venta de servicios a las diversas Administradoras del Régimen Subsidiado y Contributivo. La cobertura en servicios del seguro subsidiado se plantea con gradualidad, hasta lograr la cobertura total de la población sin capacidad de pago. Es importante mencionar que los servicios no cubiertos por el seguro continúan a cargo de los hospitales públicos.⁶

En el régimen subsidiado se encontraban 8.833.299 afiliados a nivel nacional, de acuerdo al boletín de abril de 2000 emitido por la Superintendencia Nacional de Salud los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera por tipo de ARS's.

Gráfico N° 1



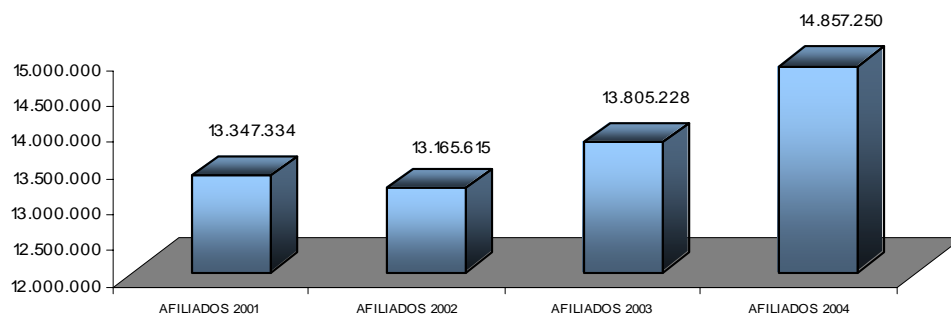
Fuente Boletín Abril 2000 de Superintendencia Nacional de salud

Y en el régimen contributivo de acuerdo a las cifras publicadas en el informe del Consejo Nacional de Seguridad Sociales Salud, para el 2004, el número de afiliados compensados en este régimen fue de 14.857.250, como se refleja en las siguientes graficas.

⁶ (<http://www.saludcolombia.com/actual/lareform.htm>)

Gráfico N° 2

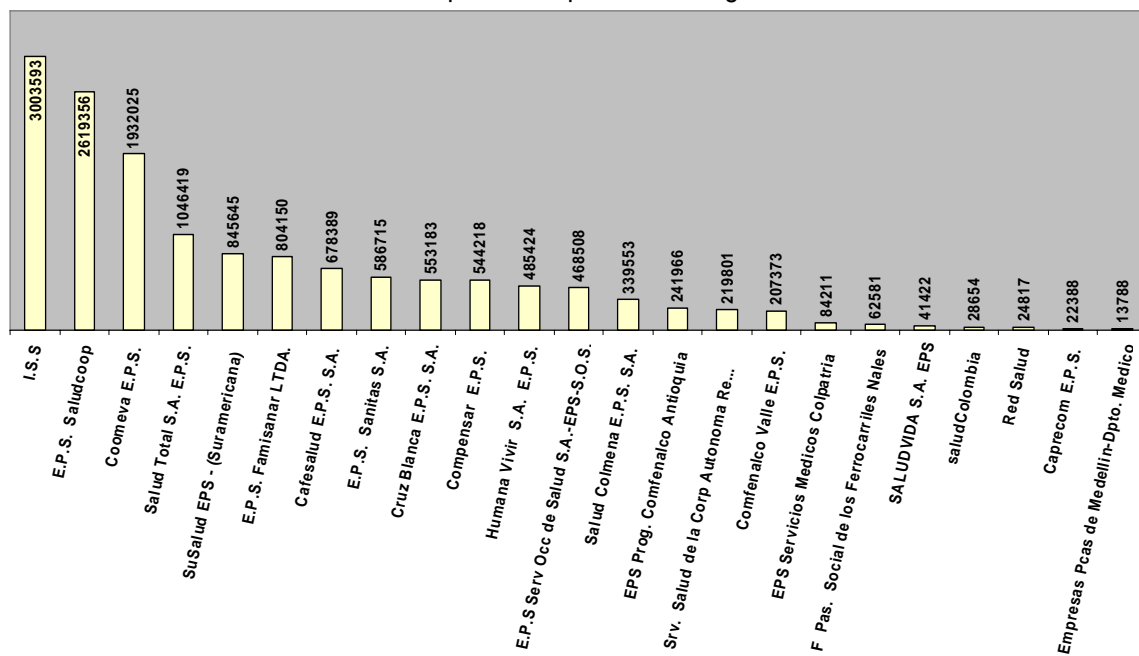
Total afiliados compensados al régimen contributivo años 2001- 2004



Fuente: Informe del CNSSS al Congreso de la República.

Gráfico N° 3

Número de afiliados compensados por EPS al régimen contributivo 2004



Fuente: Informe del CNSSS al Congreso de la República

Siendo las 10 EPS más representativas por número de afiliados compensados ISS con 3.003.593, Saludcoop con 2.619.356, Coomeva 1.932.025, Salud Total con 1.046.419, Susalud 845.645, Famisanar con 804.150, Cafesalud con 678.389, Sanitas con 586.715, Cruz Blanca con 553.183 y Compensar con 544.218 usuarios.

Teniendo en cuenta los datos mas recientes del DANE respecto a la población colombiana obtenidos en el censo del 2005 donde se encuentra una población total de 41.453.640 ⁷ el porcentaje para el año 2004 de la población compensada en el Régimen contributivo llegaba a los 14.857.250 usuarios a nivel nacional, correspondiente al 35,84% de la población total del país.

ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS O RUINOSAS

2.1 Definición de enfermedades catastróficas o ruinosas

Durante la primera década de aplicación de la Ley 100, se han presentado inconvenientes para la prestación de servicios de salud, es así como se calculaba que para el año 2000 toda la población colombiana contaría con un eficiente sistema de salud, sin embargo esto no ha sido posible, sumado a la falta de cubrimiento de patologías que en el año de 1993 no se consideraron como fundamentales y de alto impacto moral y financiero. Una vez revisada la normatividad que regía al Instituto de Seguros Sociales antes del año de 1993, se constató que dicha normatividad no distinguía entre los servicios de atención en salud y los de alto costo, es el caso de las enfermedades catalogadas como catastróficas o ruinosas definidas como aquellas patologías que representan alto

⁷ DANE, 31 de diciembre de 2005

nivel de complejidad técnico en su manejo; alto costo económico, baja concurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento, definición establecida por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS) en el artículo 16 de la Resolución 5261 de 5 agosto de 1994.

2.2 Clasificación de Alto Costo

En el artículo 17 de la misma resolución se encuentran definidos cuales son los tratamientos que se clasifican de alto costo tales como:

- Tratamiento con radioterapia y quimioterapia para el cáncer.
- Diálisis para insuficiencia renal crónica, trasplante renal, de corazón, de medula ósea y de córnea.
- Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones.
- Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central.
- Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito.
- Tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor.
- Terapia en unidad de cuidados intensivos.
- Reemplazos articulares.

Estos tratamientos están sujetos a periodos mínimos de cotización⁸, excepto la atención de urgencias y la estabilización de los signos del paciente.

2.3 Problemática de alto costo

⁸ Es el tiempo mínimo de cotización exigido por las entidades promotoras de salud para que el afiliado puede recibir la prestación del servicio.

Para atención de enfermedades de alto costo contenidas en el POS son: Un máximo de 100 semanas de cotización de las cuales mínimo 26 deben haber sido canceladas en el último año y para las enfermedades de manejo quirúrgico electivo contenidas en el POS se requiere un máximo de 52 semanas de las cuales 26 semanas deben haber sido cotizadas en el último año. (Decreto 806 de 1998, capítulo VIII)

A partir del artículo 49 de la Constitución de Colombia de 1991 y el artículo 162 de la Ley 100 de 1993 se puede observar el tratamiento y cubrimiento que se da a la salud desde el punto de vista económico, controlando el nivel del riesgo financiero que implica atender un sin número de pacientes a los que se les puede detectar una enfermedad con patología de alto costo.

En el artículo 164 de la Ley 100 muestra que para el sistema de salud en la parte referente al alto costo no existen las preexistencias⁹ y sólo para el cubrimiento se debe tener unas semanas o periodos mínimos de cotización.

A pesar de esto, no es fácil predecir la estructura y el comportamiento que se exigen para cubrir la demanda de servicios de salud para tratamientos tan costosos; consecuencia de esto es la falta de planeación en el cubrimiento a futuro, ya que como se puede observar en el panorama nacional el gasto por tratamientos se incrementa constantemente. Es imperativo presupuestar el gasto en salud, fortalecer y mejorar los mecanismos tecnológicos que permitan mejorar los niveles de investigación y evaluación de metodologías para el manejo financiero de enfermedades catalogadas como ruinosas y catastróficas y por ende que mejoren la eficiencia del sistema de salud. Actualmente y como consecuencia del alto costo financiero que conllevan estas patologías el Ministerio de la Salud, hoy Ministerio de la Protección Social definió la financiación de estos tratamientos con el 10% del valor de la UPC ya es considerado como un rubro de alto impacto en el sostenimiento del sistema.

Otro punto que se debe analizar de manera exhaustiva son los factores de riesgo, de una población determinada como son: el comportamiento, la evolución e

⁹ Se considera preexistencia toda enfermedad, malformación, o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación de un contrato, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato, sobre bases científicas sólidas. (Decreto 1222 de 1994) La Ley de Seguridad Social prohíbe expresamente la aplicación de preexistencias de acuerdo al Artículo 164 de la Ley 100 de 1993.

incremento anual de cada enfermedad en una muestra de pacientes y mejorar los criterios de priorización en la atención dependiendo del estado del paciente

2.3.1 Redistribución

El Sistema de Seguridad Social en Salud muestra palpablemente la dificultad que se genera por el fenómeno de selección de riesgos entre las diferentes administradoras de prestación de servicios de salud, Administradoras de Régimen Subsidiado y las Empresas Promotoras de la Salud (ARS y EPS), al igual que la concentración de pacientes de alto costo, situación que puede verse reflejada en la eficiencia y calidad de la prestación de servicios de algunas entidades.

En diciembre de 2001, el CNSSS aceptó la desviación del perfil epidemiológico para patologías de alto costo. Esto llevó a que se pensara en diseñar mecanismos encaminados a generar la redistribución de riesgos por enfermedades catastróficas o ruinosas

“...corresponde al CNSSS definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa de usuarios por parte de las Entidades Promotoras de Salud y una distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo”.¹⁰

Así, en enero de 2003, el CNSSS estableció una política de atención integral de patologías de alto costo que incluyó varios componentes, entre ellos la implementación de mecanismos de redistribución¹¹, control y selección del riesgo, dado que en el Instituto de Seguros Sociales (ISS) se presentaba concentración de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA e insuficiencia renal crónica (IRC),

¹⁰ Ley de 1993, artículo 172, capítulo IV

¹¹ La redistribución es un sistema para evaluar la gestión en términos de alto costo y evaluar claramente el número de pacientes, los costos, las inversiones en medicamentos, asistencia y en material y suministros.

donde del 100% de los pacientes catalogados como alto costo, el 70%¹² correspondían a pacientes de estos diagnósticos, esto comparado con el número de pacientes manejados por las EPS privadas representaba un riesgo en la estabilidad financiera de la Entidad Pública (Instituto de Seguro Social).

La formalización de este mecanismo de redistribución se vio reflejado en el Acuerdo 245 de 2003 y fue autorizado a través del Acuerdo 248 del mismo año, esto hizo que EPS's privadas como Saludcoop recibiera 198 pacientes, Coomeva 157 pacientes y Sanitas 110 pacientes a nivel Nacional,¹³ buscando de esta manera contribuir al equilibrio de la carga financiera, compensar el nivel de riesgo que representaban estos pacientes y mejorar la calidad del servicio como valor agregado.

Se puede concluir que la intención de este Acuerdo fue frustrado por el bajo porcentaje de pacientes que se acogieron a la sugerencia del Ministerio, por diversos motivos, entre ellos:

- Falta de información que permitiera la identificación real del número de los pacientes con estas patologías
- Información desactualizada de los pacientes, impidiendo la localización de ellos.
- La libre elección de los pacientes inclinada a no cambiar de EPS por temor a perder la continuidad de los tratamientos en curso, establecidos por los profesionales de la salud encargados de su atención especializada.
- Las EPS privadas buscaron evitar la recepción de los pacientes, demostrando con datos estadísticos y financieros a la Superintendencia de Salud, que no contaban con la capacidad para cubrir los eventos que se

¹² <http://www.periodicoelpulso.com/html/dic03/general/general-01.htm>

¹³ <http://www.periodicoelpulso.com/html/dic03/general/general-01.htm>

presentan para la atención de estas patologías, argumentando que los cupos asignados inicialmente, desestabilizaban sus finanzas.

- No se incluyeron todos los tratamientos definidos como catastróficos o ruinosos.

En el sistema de salud en Colombia se invierten considerables recursos para la atención, incluyendo el cubrimiento de patologías definidas como catastróficas, desafortunadamente estos recursos no son suficientes para lograr la adecuada atención de los pacientes y la problemática presente es cada vez más compleja, impidiendo que las propuestas para solucionar este inconveniente sean eficientes; esto debido a la insuficiencia de recursos, al incremento constante en las altas tasas de incidencia y a la prevaencia por Enfermedades de Alto Costo, convirtiéndose en un elemento que amenaza financieramente a las EPS e IPS entes encargados de prestar los servicios.

Otro aspecto a resaltar dentro de la problemática actual que se ve reflejado en la atención que prestan las entidades a los pacientes con enfermedades catastróficas es la falta de intervención, vigilancia y control estricto por parte de los entes reguladores, que han consentido que las entidades prestadoras de dicha atención hayan desarrollado practicas de barreras de acceso que van en contra de algunos principios consignados en la Ley 100, por ejemplo la protección integral.

2.3.2 Unidad de Pago por Capitación

Para garantizar la cobertura de los servicios de salud establecidos en el POS a cada uno de los afiliados, las EPS reciben un valor per cápita que se denomina Unidad de Pago por Capitación (UPC) que es definida por el CNSSS de acuerdo al perfil epidemiológico (enfermedades y los riesgos de enfermedad de una población determinada), los riesgos cubiertos y los costos de prestación del servicio, en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, de acuerdo con la tecnología disponible en el país; como ingresos complementarios las EPS

cuentan con el recaudo de las cuotas moderadoras que realizan los cotizantes y beneficiarios y los copagos que realizan los beneficiarios, estos recursos deben garantizar a las EPS el logro de la prestación y administración de los servicios definidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Las UPC se reconocen a través del FOSYGA, ente encargado de administrar los recursos que ingresan tanto en el Régimen Contributivo como en el Régimen Subsidiado.

El CNSSS siendo el ente administrador del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), debe publicar a través de acuerdos, los porcentajes de ajuste a las UPC para cada uno de los Regímenes.

Cada año se realizan ajustes al valor de la UPC, por ejemplo en el acuerdo 282 de 2004 el CNSSS fijó el valor de la UPC para el 2005 y se dictaron otras disposiciones a tener en cuenta, en el acuerdo 322 de 2005 el CNSSS, fijó el valor de la UPC para el régimen contributivo y el subsidiado que rige para el año 2006, dicho ajuste debe ser publicado en el diario oficial y a partir de su publicación empieza a regir para todas las EPS y ARS.

Otros aspectos que el CNSSS tiene en cuenta son los ajustes realizados para lograr estabilidad en los ingresos de las EPS tal como se refleja en el acuerdo 291 de 2005 en el cual se divulgó la identificación de una mayor siniestralidad y una mayor frecuencia de uso de los servicios de salud en las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla, con respecto a las otras ciudades del país, razón por la cual se define una prima diferencial equivalente al 2% del valor de la unidad de pago por capitación subsidiado (UPC-S) de los subsidios totales, para estas ciudades.¹⁴ Es importante aclarar que la UPC es diferencial para el régimen contributivo y el régimen subsidiado, razón por la cual varios críticos indican que

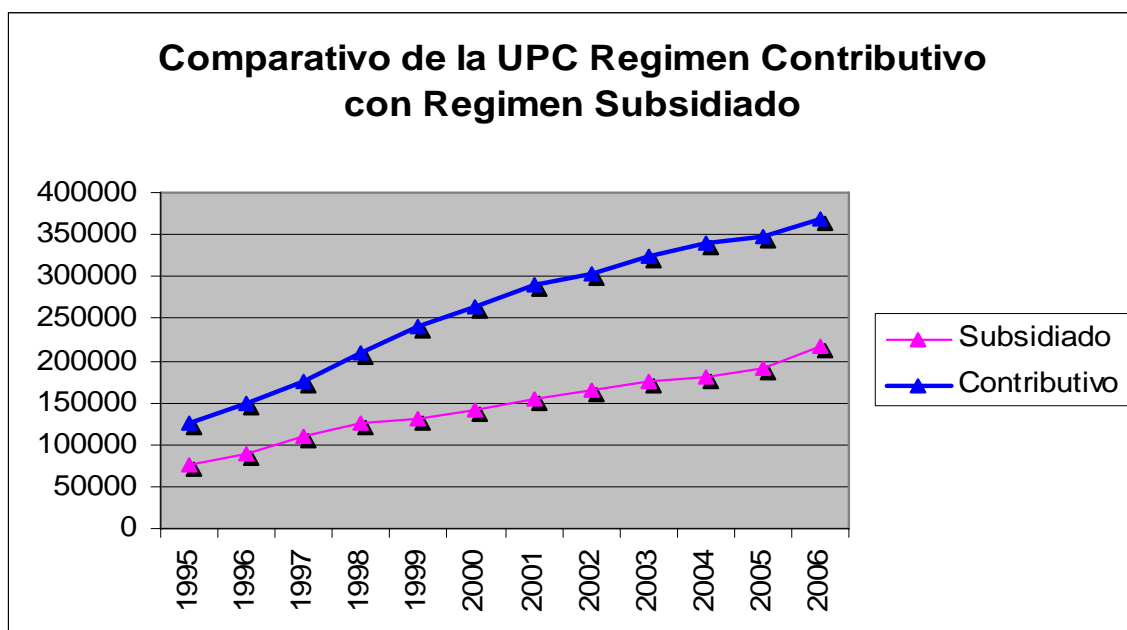
se atenta contra el principio de equidad establecido en la Ley 100 (ver gráfico N° 4) y de alguna manera se afectan las finanzas del Estado ya que en lo referente al número de pacientes con cobertura en el régimen contributivo no pasa el 35,84% de la población total del país, por lo tanto el 64.16% está a cargo del Estado ya sea por afiliación al régimen subsidiado o por ser población clasificada como vinculados, esta clasificación está sujeta al nivel de ingreso de los usuarios.

De acuerdo a los estudios económicos que determinan el valor de la UPC se consideran las enfermedades de alto costo como uno de los rubros de mayor impacto, estimándose su financiamiento en aproximadamente el 10% de lo recaudado por la UPC (Ministerio de Salud, 1994:191). La idea es dar cumplimiento al Art. 182 de la Ley 100 de 1993¹⁵. Sin embargo, solo hasta febrero de 2002 las EPS, empezaron a reportar al Ministerio de la Protección Social el número de pacientes que tienen registrados con tratamientos de enfermedades de alto costo, esto con el fin de realizar un estudio que permitiera una UPC diferencial de acuerdo al número de eventos presentados, logrando identificar el riesgo y una posible inestabilidad financiera en cada una de las EPS. Acuerdo 0287 de 2005, el cual fue modificado parcialmente con el Acuerdo 295 de 2005.

Gráfico N° 4

¹⁴ Artículo 1 Acuerdo 291 de 2005 CNSSS

¹⁵ "ARTÍCULO 182. DE LOS INGRESOS DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud. "



Fuente: Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, gráfico elaborado por el investigador. Análisis realizado año por año y dado en pesos corrientes

2.3.3 Reaseguro

Siendo las EPS's las aseguradoras del Régimen Contributivo encargadas de administrar los recursos financieros obtenidos por el pago de la UPC; deben garantizar el reaseguro de las enfermedades catastróficas o ruinosas ya que como se había mencionado, éstas conforman el rubro de mayor impacto financiero en lo referente al uso de servicios médicos.

A través del reaseguro se busca proteger a las EPS del riesgo que implica hacerse responsable de todo lo que requiere un paciente de esta naturaleza, de esta manera permite distribuir el riesgo y la pérdida no recae sobre una sola entidad.

Dentro del reaseguramiento, una parte la cubre la EPS, otra la entidad reaseguradora (Entidad de seguros) y en casos extremos en que el valor del cubrimiento de la atención y tratamiento de la enfermedad supera el valor, este

excedente va a cargo del SGSSS quien cubre el faltante ya que la responsabilidad en el cubrimiento económico para las enfermedades de alto costo no es ilimitada desde el punto de vista del reaseguro.

Dentro del sistema para reasegurar existen dos modalidades; contratos de reaseguro o pago de primas con cobertura delimitada para cubrir el exceso de costo ocasionado por la ocurrencia no prevista de una patología específica, otra modalidad son los contratos de reaseguro o esquemas diferenciales que cubran la ocurrencia de cualquier evento que sobrepase una suma específica por paciente, de esta manera las EPS's trasladan parte del riesgo a la firma reaseguradora.

La decisión de las entidades aseguradoras de definirse por un tipo de reaseguro está dada por los efectos financieros que conlleven el número de eventos presentados por las patologías, procedimientos, intervenciones y tratamientos entre otras definiciones que se incluyen en la atención de un paciente de alto costo.¹⁶

2.3.4 Promoción y Prevención

La promoción de la salud es el conjunto de procesos y acciones que realiza un individuo para evitar que la enfermedad o el daño (cuando se hace referencia a la salud ocupacional) aparezcan, detectando a tiempo síntomas que puede desmejorar su calidad de vida. La promoción y prevención en el Sistema de Salud se considera un mecanismo que se aplica con el fin de reducir el riesgo de

¹⁶ Valoración de Primas de Reaseguro para enfermedades Catastróficas y Ruinosas Utilizando el modelo de Black- Acholes. Liliana Chicaíza. Rev. salud pública. 7 (3):293-304, 2005. 293 Análisis del Comportamiento de la Siniestralidad por Enfermedades Catastróficas en una Empresa Promotora de Salud-Colombia. Luis Hernando Nieto-Enciso

enfermedades y por ende de mortalidad en la población por falta de detección temprana de patologías que puedan desarrollar enfermedades prevenibles.

Su objetivo es fomentar hábitos saludables y factores de protección en salud, fortaleciendo la capacitación a la comunidad según su entorno, atención individual, investigación de cada una de las zonas de acuerdo a su perfil epidemiológico con el propósito de adelantar jornadas de salud.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y el Ministerio de Salud expiden resoluciones, acuerdos y circulares, donde se especifican las acciones a realizar y la obligatoriedad de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) frente a la prestación de servicios, así como la normatividad para las entidades de inspección, vigilancia y control.

Las más recientes son: El Acuerdo 117 de 1998 del CNSSS que establece el obligatorio cumplimiento de procedimientos, intervenciones de demanda inducida y actividades en la atención de enfermedades de interés en salud pública y la resolución 412 del 2000 que establece guías de atención para protección específica, detección temprana, atención de enfermedades y normas técnicas.

Así las EPS's están comprometidas a cumplir con los programas de promoción y prevención, siendo estos parte del manejo integral que se quiere dar en las enfermedades de alto costo con el ánimo de realizar detección temprana de patologías que pueden ser de control, como por ejemplo, programas de citologías sin costo para la usuaria permitiendo así efectuar estudios sobre los síntomas que se pueden presentar ante la presencia de un cáncer de útero.

2.4 Tratamientos de alto costo

Con el fin de lograr determinar la evolución que se ha presentado con cada uno de los tratamientos de alto costo en el Régimen Contributivo y el impacto en el nivel de gastos que estos representan para las EPS's, se recolectó información que permite confirmar que las patologías consideradas como catastróficas o ruinosas han presentado un crecimiento importante y que permite exponer la problemática que esto representa para la estabilidad financiera de EPS's e IPS's.

2.4.1 Tratamientos para VIH/SIDA

Uno de los tratamientos catalogados de Alto Costo, es el que requieren los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. Existen varias causas que inciden en el crecimiento del número de pacientes diagnosticados, entre ellas se destacan:

- Ausencia de campañas para motivar a las personas para que se realicen la prueba logrando identificar los casos oportunamente.
- Falta de información sobre la problemática y educación con respecto al VIH-SIDA.
- Carencia o suministro insuficiente de información por parte de las EPS's a los afiliados, sobre los derechos y procedimientos existentes para su reconocimiento y para el suministro oportuno de servicios dentro del Plan Obligatorio de Salud.
- Consolidar una adecuada reglamentación frente a los derechos y deberes de los usuarios y entes prestadores de servicios de salud. Aunque se han presentado diferentes decretos y acuerdos reglamentarios de procesos de atención como Decreto 1543 de 1.997 y otros acuerdos que permiten incluir medicamentos requeridos en el tratamiento.
- La falta de ingresos estables de las personas y familias, que impiden una permanencia constante en el SGSSS.

- La falta de planes de atención y control para los "vinculados"¹⁷ en el SGSSS, haciendo que utilicen el servicio solo en casos de urgencias y dejan de tener manejo controlado de su patología.
- Selección de riesgo por parte de las entidades de aseguramiento que obstaculizan la afiliación de los usuarios si se identifican como afectados por una enfermedad catastrófica o ruinosa.

Las últimas reformas en la normatividad de atención de alto costo, es la Ley 972 de 2005, que permite ampliar la cobertura de medicamentos para enfermedades de alto costo, especialmente VIH/SIDA. Dado que Colombia ocupa el tercer puesto de los países latinoamericanos después de Brasil y de México con mayor número de casos reportados de SIDA, con una concentración de pacientes de edades entre 25 y 29 años, en los departamentos de la Costa Atlántica, Antioquia, Valle, Santander y Norte de Santander, estos datos reportados en los informes publicados por la Alcaldía de Bogotá¹⁸.

Otra cifra a destacar en este informe es el mayor número de infectados por SIDA, desde el año de 1.985 hasta el 2003 en la ciudad de Bogotá con 11.423 casos reportados, cifra que permiten determinar la importancia del incremento de casos continuamente reportados. En cuanto a las formas de transmisión, en este informe indican que el 77 % de los casos corresponde a la vía sexual y solo el 2 % a transfusiones sanguíneas, mientras un 21% no han sido precisadas

¹⁷ Los participantes vinculados en el SGSSS, son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

¹⁸ Informe de ONUSIDA con proyecciones del Ministerio de Salud.

La Secretaría Distrital de Salud (SDS), indica que los datos estadísticos muestran un aumento en la morbilidad¹⁹ por VIH, debido a la continua expansión de la infección entre la población. Por cada caso notificado de SIDA pueden existir 5.2 casos que no se han identificado y que pueden estar transmitiendo el virus, cifra que se acerca a la mundial, que es de 7.²⁰

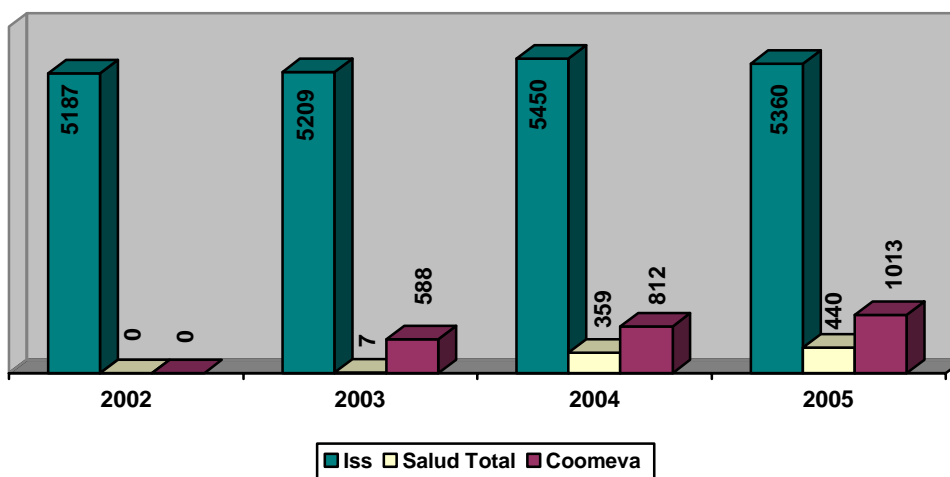
Para el año 2004, el ISS registra como la EPS con mayor número de pacientes en tratamiento, pasando de 5.187 en el año 2002 a 5.360 en este año, mientras que en Salud Total en el 2002 no tenían registro de pacientes diagnosticados y para el 2005 reportaron 440, cifras incomparables entre entidades, tal como se refleja en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 5.

¹⁹ Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

²⁰ <http://calsegen01.alcaldiabogota.gov.co:7772/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14556>

Comparativo de pacientes tratados por VIH/SIDA
ISS vs. otras EPS's



Fuente: Datos suministrados por las EPS's

2.4.2 Tratamientos para quimioterapia y radioterapia para el cáncer

Las neoplasias son un problema de salud creciente que afecta el bienestar de la población colombiana, ya que es costoso y la efectividad de los tratamientos es muy baja si tenemos en cuenta la esperanza de vida de un paciente crónico en cualquier patología de cáncer. Según el Instituto de Cancerología, las neoplásicas se encuentran dentro de la categoría de alto costo, ya que requieren de una gran inversión de recursos financieros para la atención de tratamientos, por ejemplo, los tumores consumen aproximadamente el 30% de la inversión destinada para la atención de dichas patologías.

A pesar de que el régimen contributivo no cuenta con registros de información consolidados donde se identifique el comportamiento de las neoplasias, los datos epidemiológicos disponibles muestran un incremento representativo tanto en el

crecimiento de pacientes valorados con estas patologías, como en la mortalidad que presentan los pacientes que registran cáncer.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Cancerología los tipos de neoplasias que ocasionan la muerte no han sufrido variaciones significativas desde que el sistema de salud viene tratando a estos pacientes, el cáncer de estómago, de cuello uterino (a pesar de manejarse esta patología dentro de los programas de promoción y prevención con la citología), de mama y de pulmón son los tipos mas preocupantes dentro de esta patología por la alta mortalidad, en la cual se encuentra un alto número de pacientes en los adultos mayores o mujeres en edad fértil. Cabe resaltar en este punto la importancia de invertir y ampliar la investigación en salud para Colombia.

Se considera que una de las causas que contribuye a desarrollar cáncer es el medio ambiente especialmente en las zonas urbanas o industriales donde los niveles de contaminación son altos.

Datos registrados por el Instituto Nacional de Cancerológica indican, que la mortalidad por patología de cáncer de una base de 26.000 defunciones el 3,7% muertes en 1.960 y del 14,4% para 1.999.²¹ Incremento representativo dentro de las causas de mortalidad a nivel nacional.

De acuerdo al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (2.004) las neoplasias constituyen uno de los puntos que conllevan a presentar modificaciones en el perfil de los usuarios de las aseguradoras, de manera que se

²¹ http://www.incancerologia.gov.co/paginas.aspx?cat_id=0&pub_id=236&pag=3

presentan procesos de selección adversa y limitaciones en el acceso a los servicios por parte de las entidades encargadas de prestar los servicios.

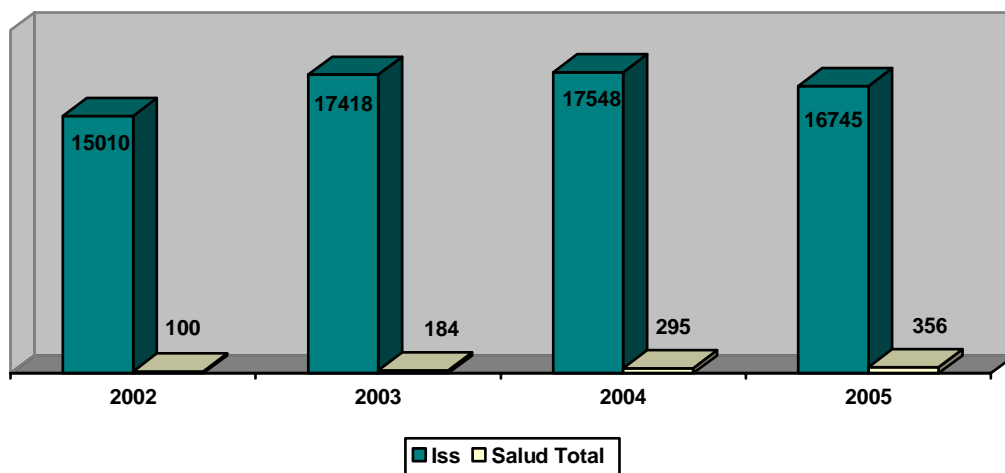
Los datos del registro del Instituto Nacional de Cancerología ESE presentados en el 2.004, muestran que el tipo de cáncer varía de acuerdo con la afiliación al sistema (afiliación al régimen contributivo en pacientes con cáncer de cuello uterino 18,7%, de piel 31,3%, de mama 37%, de estómago 22,4%, sistema hematopoyético 21,6%). Se considera que no todas las patologías de cáncer afectan en el mismo porcentaje a las poblaciones de estrato socioeconómico bajo como a los de estrato alto.

De acuerdo a la Ley 812 de 2003 el Instituto Nacional de Cancerología ESE, tiene la responsabilidad de organizar la red cancerológica nacional, con el fin de que la población pobre no asegurada que padece cáncer, tenga la atención necesaria, esto va de la mano con la Ley 715 de 2001 la cual señala sobre la responsabilidad de la nación en la definición de los mecanismos y la organización de la red cancerológica nacional.

En el año 2003 el Ministerio de la Protección Social publicó su Programa Nacional de Salud 2002-2006, en el que define la creación de la Red Nacional de Cáncer, el fortalecimiento de la red pública de servicios para la prevención y el tratamiento del cáncer, y el diseño e instauración de un Sistema Nacional de Calidad de Cáncer.

Gráfico N° 6

Pacientes tratados con radioterapia y quimioterapia para el cáncer durante el periodo 2000-2005 en el ISS y Salud Total



Fuente: Datos suministrados por las EPS's

2.4.3 Tratamientos de diálisis, diálisis peritoneal y hemodiálisis

Los riñones son uno de los órganos más importante para la vida del ser humano, tienen forma de frijol y están ubicados en la parte trasera de la cavidad abdominal y separados de ella por una membrana que se llama peritoneo, entre las diversas funciones que cumplen se encuentran: regular el metabolismo de varias sustancias, regular la acidez del cuerpo, limpiar la sangre de sustancias tóxicas, regular la tensión arterial y producir la orina.

Cuando se presentan deficiencias en las funciones de estos órganos pueden presentarse síntomas como: procesos inflamatorios o inmunológicos, alteración del balance hídrico (deshidratación severa o hemorragias masivas), hipertensión entre otros, que pueden llevar a la muerte si no se realizan los tratamientos adecuados (diálisis).

Entre las enfermedades que atrofian los riñones se encuentra la insuficiencia renal aguda (IRA), cuyo origen puede estar ligado a patologías de tipo infeccioso o hemorragias y la insuficiencia renal crónica (IRC) que consiste en el daño progresivo del riñón secundario a hipertensión arterial, diabetes mellitas entre otras. El tratamiento que se lleva a cabo se denomina diálisis y consiste en un procedimiento que permite retirar los elementos contaminantes (impurezas o desechos) de la sangre, cuando los riñones no pueden hacerlo.

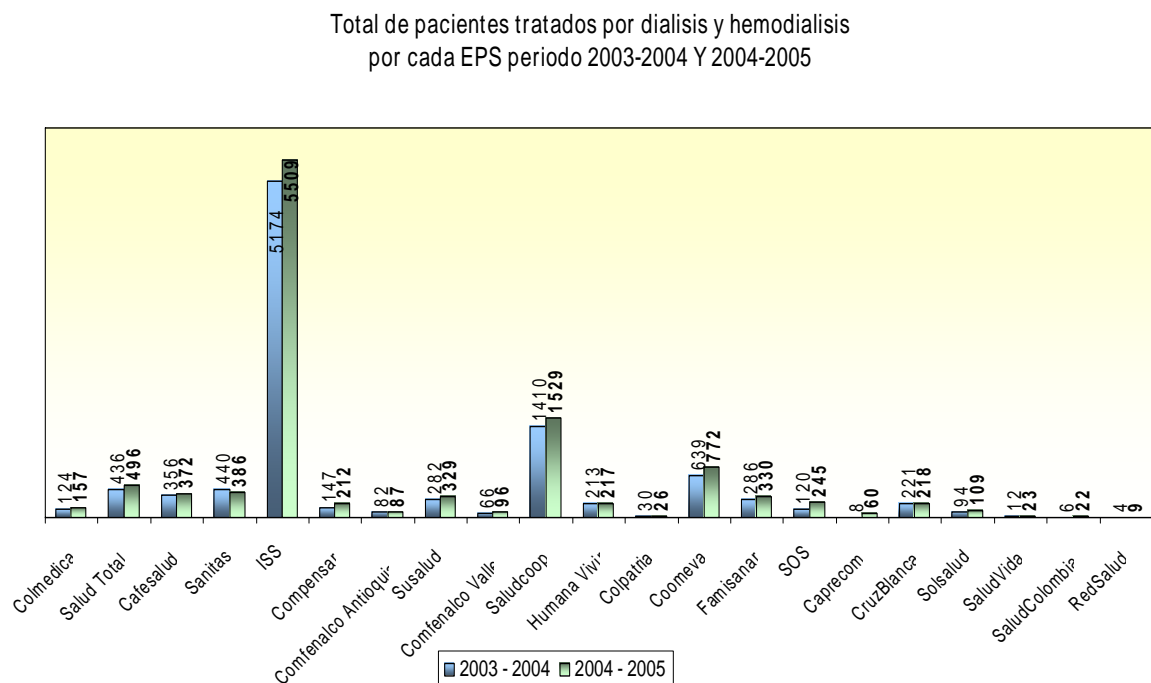
Actualmente existen dos tipos de procedimientos para los pacientes que presentan patología de IRC.²²

1. La diálisis peritoneal se realiza al utilizar el peritoneo que se encuentra dentro del abdomen como membrana semipermeable, se infunden soluciones especiales que ayudan a eliminar las toxinas, permanecen en el abdomen por un lapso de tiempo y luego se drenan.
2. La hemodiálisis se realiza al hacer circular la sangre fuera del cuerpo a través de filtros especiales, la sangre fluye a través de una membrana semipermeable (dializador o filtro), junto con soluciones que ayudan a eliminar las toxinas.

Cuando el paciente presenta una patología de insuficiencia renal terminal (IRT), es cuando se debe realizar trasplante de riñón como única alternativa. De acuerdo a estadísticas manejadas por la Sociedad Colombiana de Nefrología, para el año 2005 había aproximadamente 15.000 personas que sufren IRC, de las cuales 12.500 tomaron tratamiento diálisis y 2.500 personas fueron trasplantadas, en el régimen contributivo de acuerdo a datos de ACEMI en número de pacientes con IRC era de 11.200.

Aproximadamente el valor mensual que causa un paciente de alto costo es de \$ 3.100.000, valor cubierto por la EPS, esto indicaría que el pago anual por atención de diálisis o hemodiálisis de un paciente en el año es de \$ 37.200.000²³

Gráfico N° 7

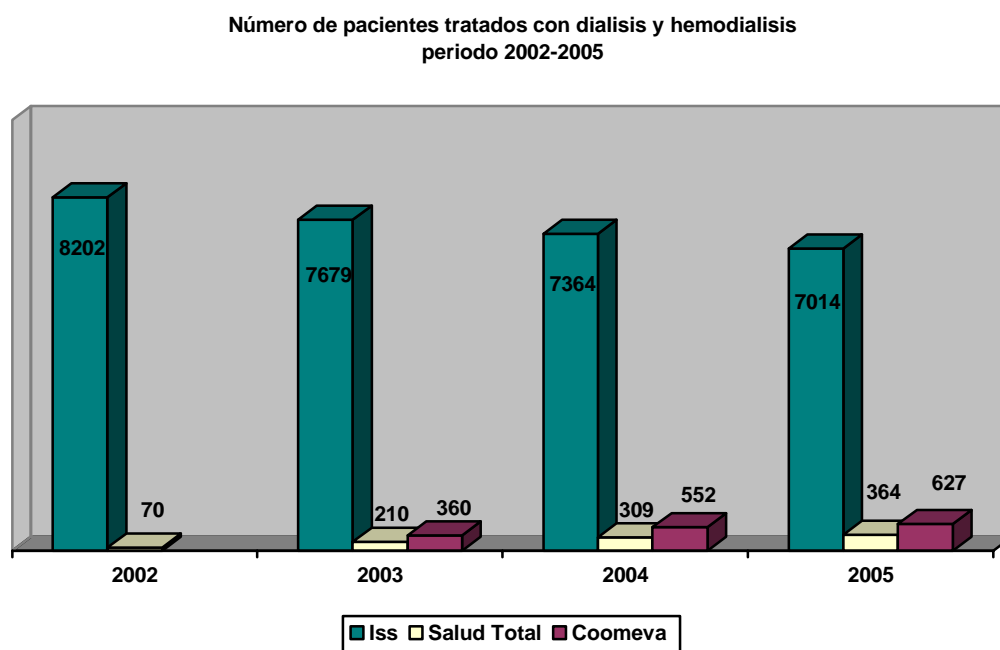


Fuente Acemi.

²² Universidad de Meryland http://www.umm.edu/esp_ency/article/003421.html

²³ http://www.eselcgs.gov.co/enterese/article.php3?id_article=88 30 de septiembre de 2005

Gráfico N° 8



Fuente Datos suministrados por las EPS

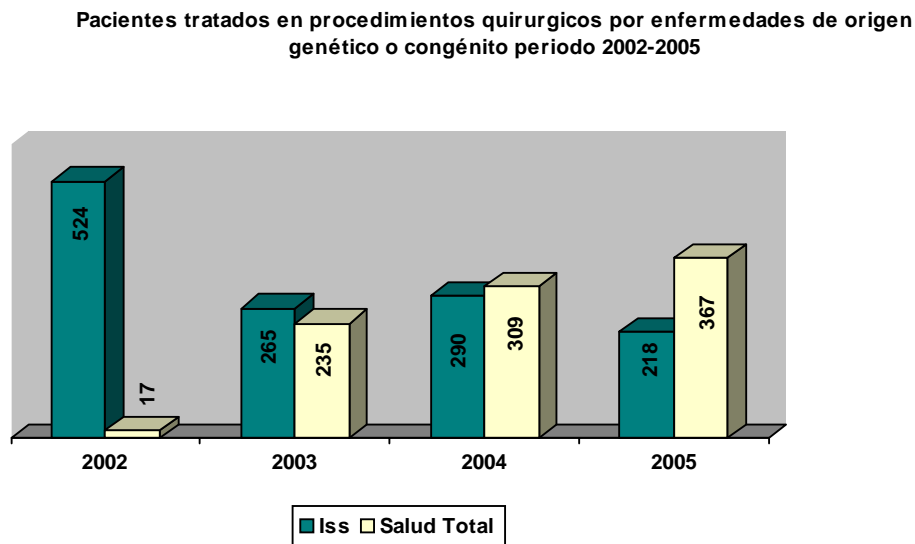
2.4.4 Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito.

En este grupo se debe tener en cuenta la diferencia existente entre los términos genéticos y congénitos que son diferentes, puesto que genéticos hacen referencia a las enfermedades o trastornos presentes por factores hereditarios. Mientras que congénitos hace referencia a las características o rasgos con los que nace el individuo y que no depende de factores hereditarios, sino de características que son adquiridas durante la gestación.

Algunos de los ejemplos que se presentan como congénitos son: malformaciones (labio leporino, hendidura palatina, malformaciones cardiacas, entre otras.) a causa de: ²⁴

- Infecciones (rubéola, varicela, sífilis, etc.)
- Medicamentos (talidomida)
- Radioactividad
- Sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, etc.)
- Sustancias cancerígenas
- Agentes teratogénicos (alcohol, retinoides, hidantoina, estrógenos sintéticos, radiación ionizante, varicela, VIH, Rubéola, toxoplasma...)

Gráfico N° 9



Fuente: Datos suministrados por las EPS

²⁴ <http://www.netdoctor.es/html/000203.html>

En el gráfico N° 9 se presentan cuantificados el total de casos atendidos por tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito por el ISS y Salud Total entre los años de 2002 y 2005.

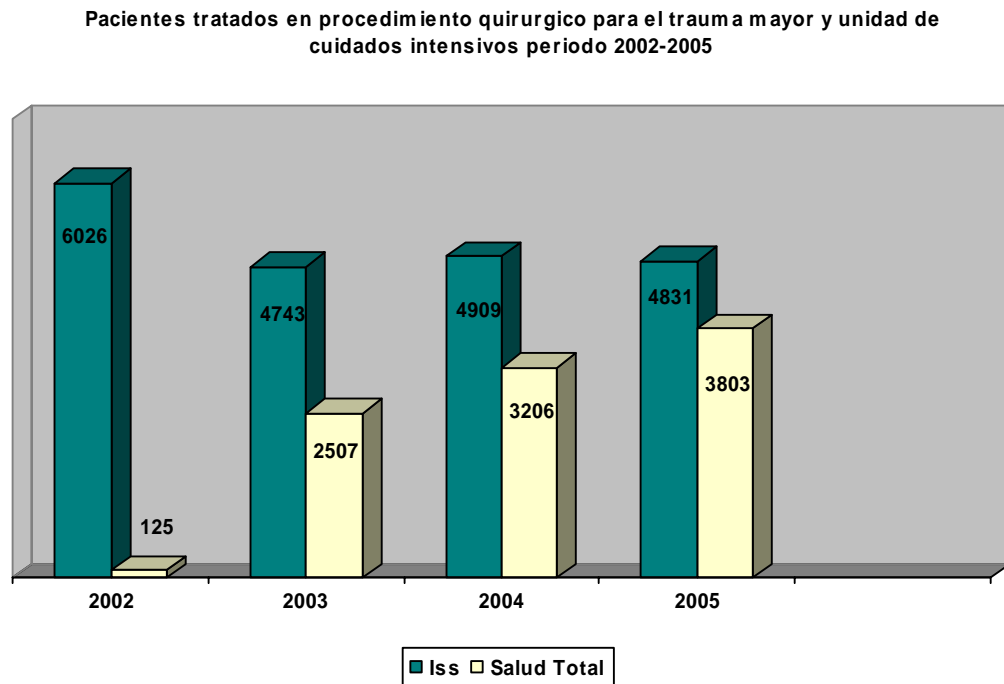
Teniendo en cuenta la diferencia de población compensada de las dos EPS's puede observar que el ISS para el año 2004 tenía el 25% de la población compensada del Régimen Contributivo y Salud Total el 8%. El número de eventos reportados por Salud Total en el año 2004 fue de 309 que representaron un 0.0295% de la población compensada de este año que fue de 1.046.419 y el ISS reportó 290 eventos que representaron el 0.01% de la población compensada que fue de 3.003.593. Salud Total tuvo mayor porcentaje de eventos con relación al porcentaje de eventos que representó al ISS.

2.4.5 Otros tratamientos de alto costo

Aunque no se encuentran publicadas cifras sobre el número de pacientes atendidos por trauma mayor, unidad de cuidados intensivos, reemplazos articulares, transplantes, tratamientos quirúrgicos para el sistema nervioso central o del corazón, estos también están considerados como de alto costo y se logró cuantificar el número de casos presentados en el Instituto de Seguro Social (ISS) y EPS Salud Total dos de las EPS, a las cuales se les solicitó directamente la información.

En cada uno de los gráficos que a continuación se presentan se pueden identificar los casos que se han atendidos por cada una de las EPS mencionadas en los años 2002 hasta el 2005.

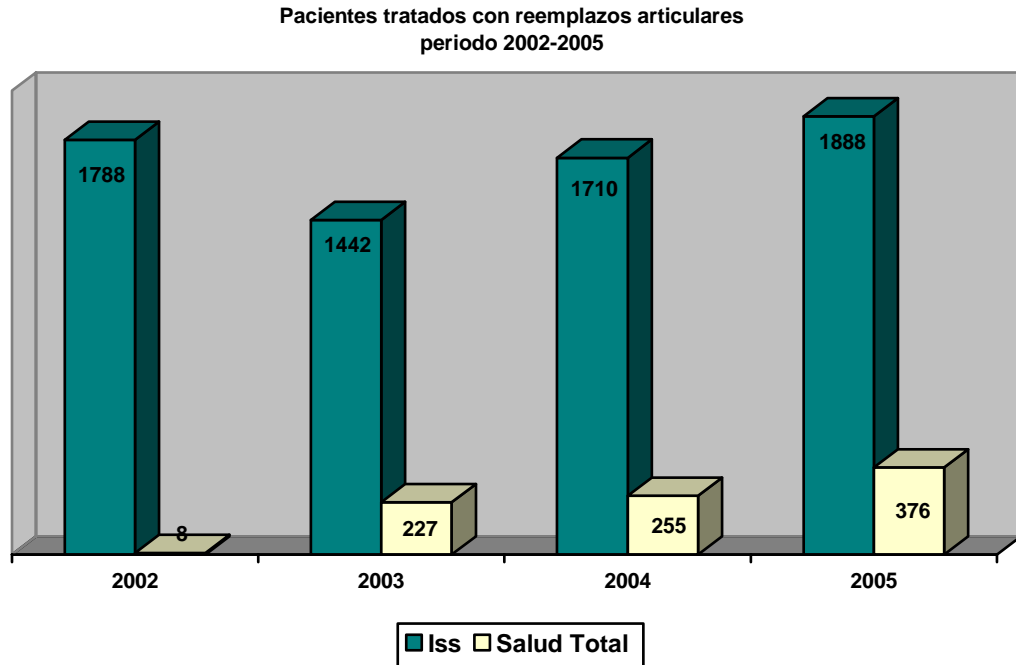
Gráfico N° 10



Fuente Datos suministrados por las EPS

En este gráfico N° 10 se presentan cuantificados el total de casos atendidos por trauma mayor y unidad de cuidados intensivos, en el ISS para el año 2002 fueron de 6.026 que representan el 0.19% con relación a la población compensada el 2002 que fue de 2.979.466, mientras que en Salud Total se atendieron 125 pacientes que representan el 0.02% de su población compensada en el mismo año que fue de 713.481. Las cifras presentadas muestran una diferencia representativa entre las dos EPS aunque para el año 2005 la diferencia fue de 1028.

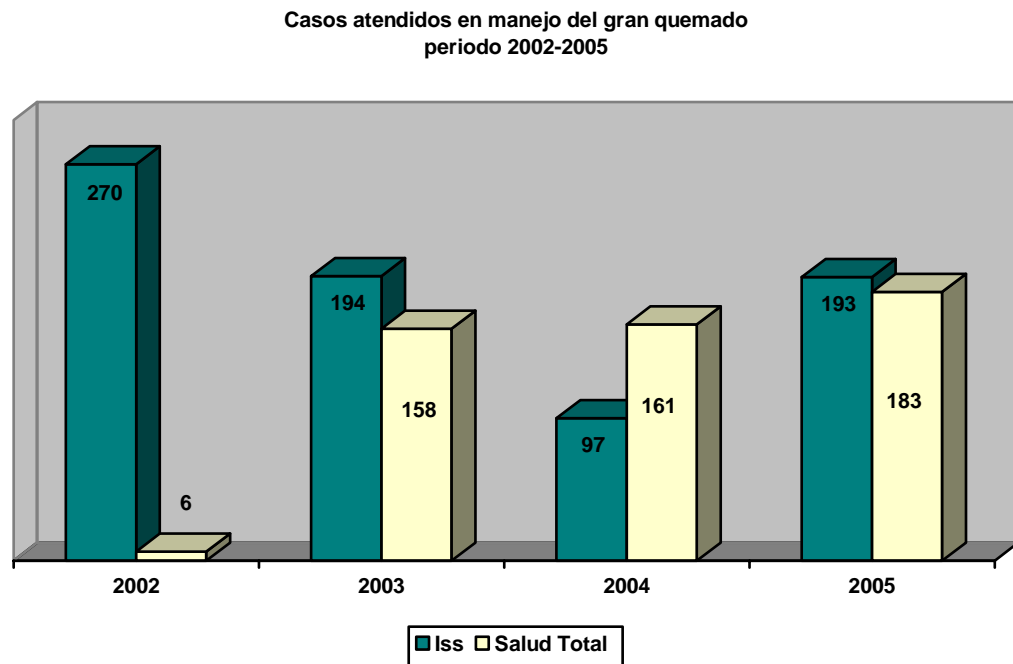
Gráfico N° 11



Fuente Datos suministrados por las EPS

En este gráfico N° 11 se cuantificaron el total de casos atendidos por reemplazos articulares, en el ISS para el año 2002 fueron de 1788 que representaron el 0.06% con relación a la población compensada el 2002 que fue de 2.979.466, mientras que en Salud Total se atendieron 8 pacientes que representan el 0.001% de su población compensada en el mismo año que fue de 713.481. Las cifras presentadas muestran una diferencia permanente entre las dos EPS esto puede estar directamente relacionado con la edad de los afiliados que están afiliados al ISS.

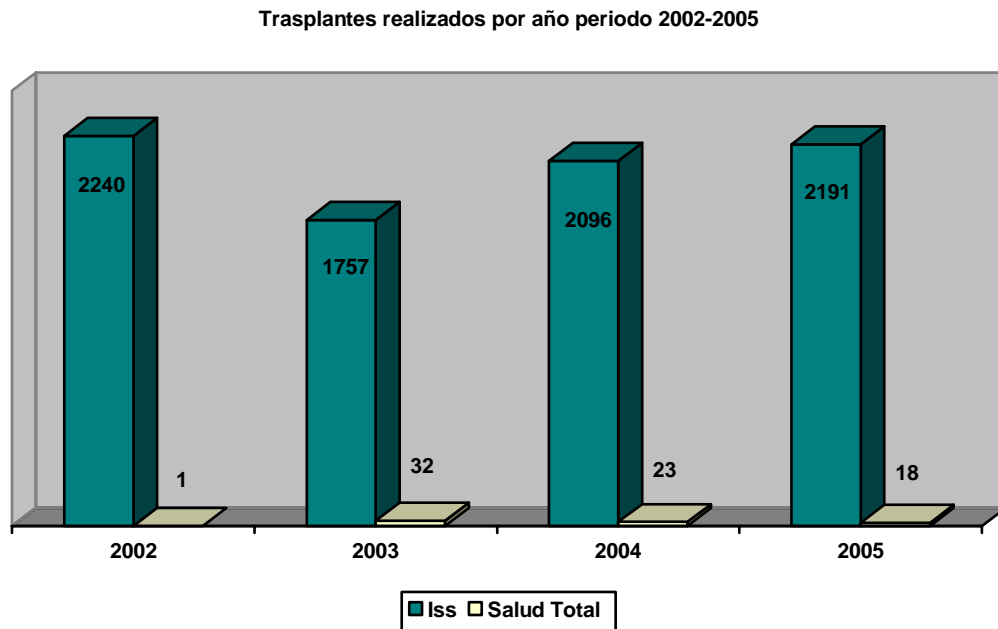
Gráfico N° 12



Fuente Datos suministrados por las EPS

En este gráfico N° 12 se cuantifica el total de casos atendidos por año desde el 2002 hasta el año de 2005 clasificados como gran quemados, en el ISS para el año 2002 fueron de 270 que representaron el 0.01% con relación a la población compensada el 2002 que fue de 2.979.466, mientras que en Salud Total se atendieron 6 pacientes que representan el 0.001% de su población compensada en el mismo año que fue de 713.481, para el año 2003 el ISS atendió 194 casos representando 0.01% de la población compensada de este año que fue de 2.820.312 frente a 158 casos en Salud Total representando 0.020% de la población compensada que fue de 802.407 y en año 2004 se presentaron 97 casos representando el 0.003% de la población compensada en el 2004 que fue de 3.003.593 en el ISS y en Salud total con una población compensada de 1.046.419 se presentaron 161 casos representando el 0.015%. En el año de 2005 presentó una diferencia de 10 casos entre los dos EPS's.

Gráfico N° 13



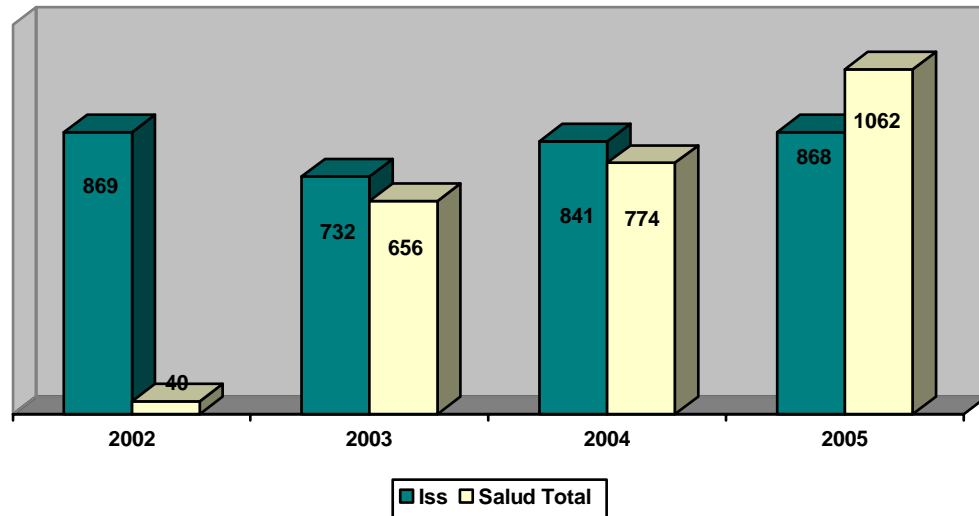
Fuente Datos suministrados por las EPS

En el gráfico N° 13 se presentan cuantificados el total de trasplantes realizados por cada una de las EPS, teniendo en cuenta que están considerados los trasplantes de corazón, medula ósea y trasplante renal sin contar con los trasplantes de hígado que se consideró en la Resolución 282 de 2004. Estos son los que se tienen en cuenta dentro de la clasificación del MAPIPOS.

En el ISS para el año 2002 fueron de 2.240 que representa el 0.08% con relación a la población compensada el 2002 que fue de 2.979.466, mientras que en Salud Total se atendió 1 caso que representan el 0.0001% de su población compensada en el mismo año que fue de 713.481. Las cifras presentadas muestran una diferencia representativa entre las dos EPS, aunque los datos que registraron estas dos EPS son incomparables dada la marcada diferencia entre el número de pacientes compensados entre las EPS.

Gráfico N° 14

Número de pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico del sistema nervioso central
periodo 2002-2005

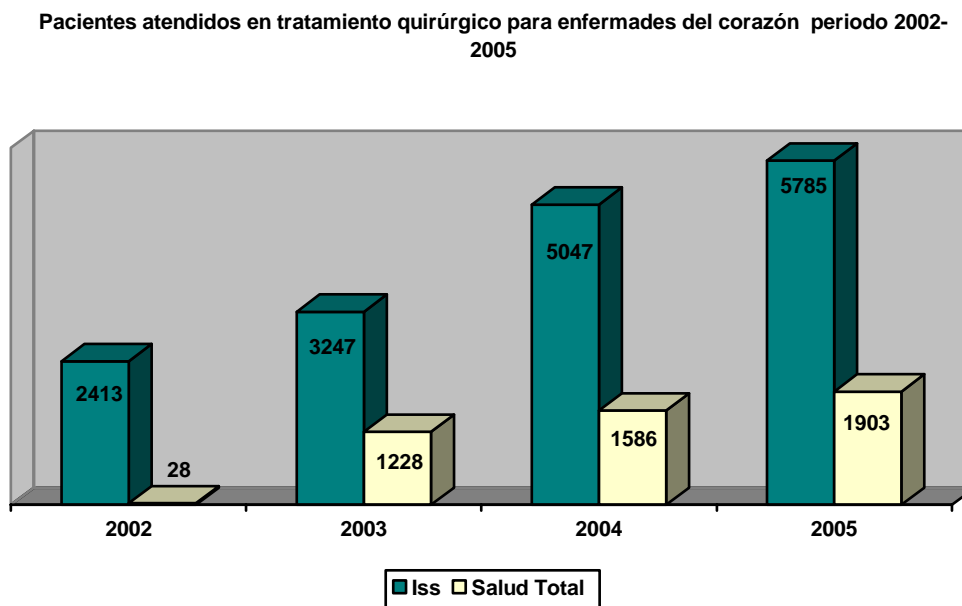


Fuente Datos suministrados por las EPS

En el gráfico N° 14 se presentan cuantificados los casos atendidos por tratamientos quirúrgicos del sistema nervioso central, en el ISS para el año 2002 fueron de 869 que representan el 0.03% con relación a la población compensada el 2002 que fue de 2.979.466, mientras que en Salud Total se atendieron 40 pacientes que representan el 0.01% de su población compensada en el mismo año que fue de 713.481, en el año 2003 se atendieron 732 casos en el ISS que representan el 0.03% de su población compensada que fue de 2.820.312; y en Salud Total, se atendieron 656 casos que corresponden el 0.082% de 802.407 usuarios compensados; datos representativos que reflejan que se presentó mayor concentración de casos en Salud Total si se tiene en cuenta solo la población compensada en cada una de las EPS. En el año de 2004 se presentó un comportamiento similar con una diferencia entre el ISS y Salud Total de 67 casos, datos que impactan más a Salud Total si se tiene en cuenta su población compensada que fue de 1.046.419 mientras que el ISS compensó 3.003.593.

En este tipo de tratamientos se refleja un mayor número de casos tratados por Salud Total en el año 2005 con 1.062 casos frente a 868 casos de ISS.

Gráfico N° 15



Fuente Datos suministrados por las EPS

En el gráfico N° 15, se cuantificó el total de casos atendidos por año desde el 2002 hasta el año de 2005, de tratamientos quirúrgicos para enfermedades del corazón sin tener en cuenta los transplantes. En el ISS para el año 2002 se trataron 2.413 casos que representaron el 5.67% con relación a la población compensada el 2002 que fue de 2.979.466, mientras que en Salud Total se atendieron 28 pacientes que representan el 0.004% de la población compensada en el mismo año que fue de 713.481, para el año 2003 el ISS atendió 3.247 casos que representan el 7.61% de la población compensada de ese año que fue de 2.820.312 frente a 1.228 en Salud Total que representan 0.153% de la población compensada que fue de 802.407; y en año 2004 se presentaron 5.047 casos que representan el 11.13% de la población compensada en el 2004 que fue de

3.003.593 en el ISS, y en Salud total, con una población compensada de 1.046.419 se presentaron 1.586 casos que representan el 0.152%. En el año de 2005 se presentaron 5785 eventos en el ISS y el Salud Total 1913 eventos.

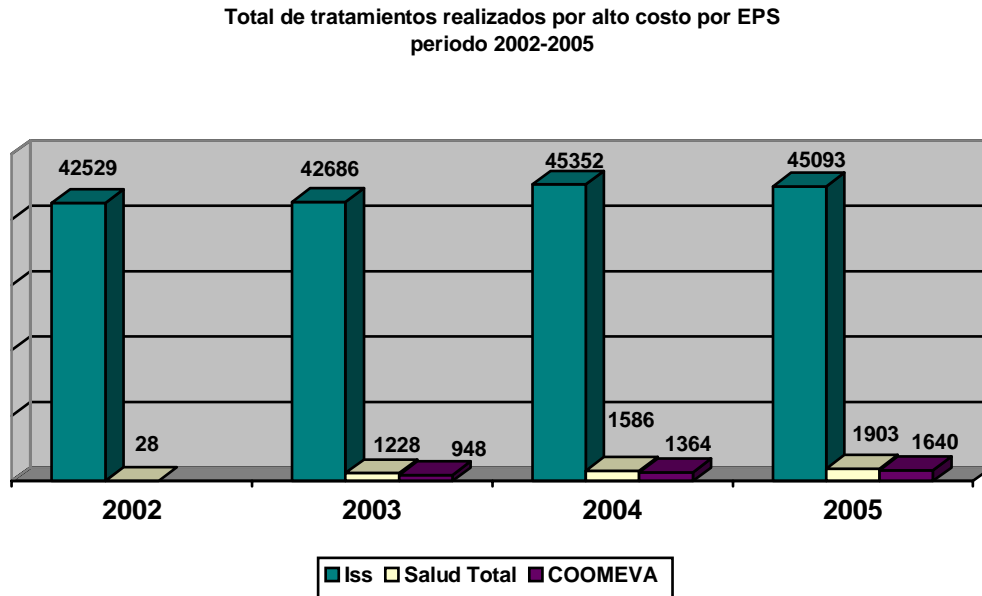
Teniendo en cuenta el total del número de eventos y/o pacientes reportados de alto costo por el ISS que durante el 2002 fueron de 40.529 y que representan el 1.43% de la población compensada, con un total de gastos en este año de \$ 268.599.983.547, en Salud Total fueron 395 que representan un 0.06% del total de la población compensada con un total de gastos de \$ 3.016.868.588.

En el año 2003 en ISS se presentaron 42.686 casos de alto costo con una representación del 1.51% de la población compensada de este año que fue de 2.820.312 que costo en total de \$257.988.711.410, mientras que en Salud Total se presentaron 5.444 que representan el 0.68% de la población compensada de 802.407 con un total de gastos de \$ 40.273.605.279

En el año 2004 en el ISS se presentaron 45.352 casos de alto costo con una representación del 1.51% de la población compensada de este año que fue de 3.003.593 que costó en total de \$ 273.732.252.642, mientras que en Salud Total se presentaron 7.277 que representan el 0.70% de la población compensada de 1.046.419 con un total de gastos de \$ 63.121.697.367.

Teniendo en cuenta el número de eventos o pacientes registrados de alto costo, por cada una de las EPS's, no se puede afirmar que en el ISS se encuentra el mayor número de casos de alto costo con relación a las otras EPS, ya que no se cuenta con la información suficiente de cada una de las entidades del Régimen Contributivo, Salud Total y e ISS proporcionaron información completa; Coomeva sólo presentó información de los casos de SIDA y diálisis, datos que no permiten hacer alguna comparación.

Gráfico N° 16

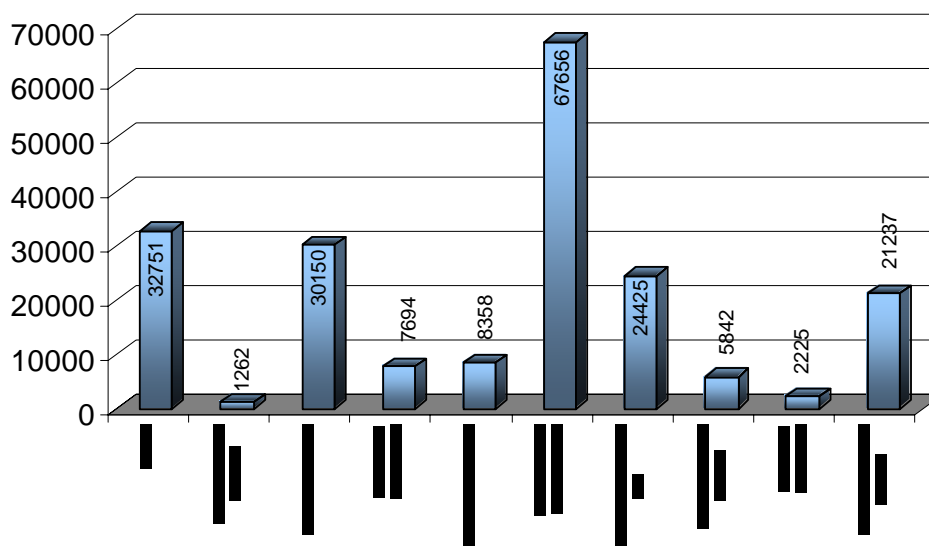


Fuente Datos suministrados por las EPS

En el gráfico N° 16 se consolida el total de eventos reportados por ISS, Salud Total y Coomeva, de tratamientos de alto costo. Para el año 2002 en el ISS se reportaron 42.529 casos de alto costo, en Salud Total 28 y Coomeva no suministro información para este año. En el año 2003 el ISS registró 42.686 eventos, Salud Total 1.228 y Coomeva 948 eventos atendidos de SIDA y diálisis. En el año 2004 el ISS registró 45.352 eventos, Salud Total 1.586 y Coomeva 1.364 eventos atendidos de SIDA y diálisis. En el año 2005 el ISS registró 45.093 eventos, Salud Total 1.903 y Coomeva 1.604 eventos atendidos de SIDA y diálisis. Si se tiene en cuenta que Coomeva sólo permitió acceso a los datos de SIDA y diálisis, son cifras representativas si se tiene en cuenta que el ISS y Salud Total, reportaron la totalidad de tratamientos de acuerdo a la clasificación establecida en el MAPIPOS.

Gráfico N° 17

Tratamientos de alto costo atendidos en el régimen contributivo durante el periodo 2002 a 2005



Fuente Datos suministrados por las EPS

Los tratamientos con mayor número de casos que se presentaron durante los años 2002 y 2005, fueron los de quimioterapia y radioterapia para el cáncer, con 67.656 eventos reportados por el ISS y Salud Total, seguidos por diálisis, datos que se incluyen con los eventos reportados por Coomeva con un total de 32.751 eventos.

3. DATOS ESTADÍSTICOS

3.1 Ingresos Operacionales

Ingresos Operacionales

Comparativo Diciembre 2002 – Diciembre 2004 en millones de pesos corrientes

	2002	2003	2004	Variación Absoluta 2003- 2004	Variación Relativa 2003- 2004
Cafesalud	202.089	236.474	270.618	34.144	14,4%
Colmedica	87.443	118.690	138.910	20.220	17,0%
Colpatria Salud	20.496	23.378	29.312	5.934	25,4%
Colseguros	37.264	30.397	NA	NA	NA
Comfenalco Antioquia	53.615	78.490	77.862	-628	-0,8%
Comfenalco Valle	52.901	63.182	77.448	14.266	22,6%
Compensar	159.859	176.347	214.997	38.651	21,9%
Coomeva	440.199	535.646	674.915	139.269	26,0%
Cruz Blanca	143.948	166.419	192.679	26.260	15,8%
Famisanar	193.142	229.451	266.405	36.955	16,1%
Humana Vivir	115.833	144.909	162.513	17.604	12,1%
Salud Total	205.618	262.447	359.843	97.397	37,1%
SaludCoop	779.081	888.116	1.105.308	217.192	24,5%
S.O.S.	99.937	122.891	158.236	35.345	28,8%
Sanitas	168.656	209.466	242.339	32.873	15,7%
Instituto de Seguro Social	1.397.483	1.163.537	1.356.232	192.965	16,5%
Susalud	257.006	288.814	337.362	48.548	16,8%
Total	3.017.087	3.575.116	5.664.979	733.633	20,5%

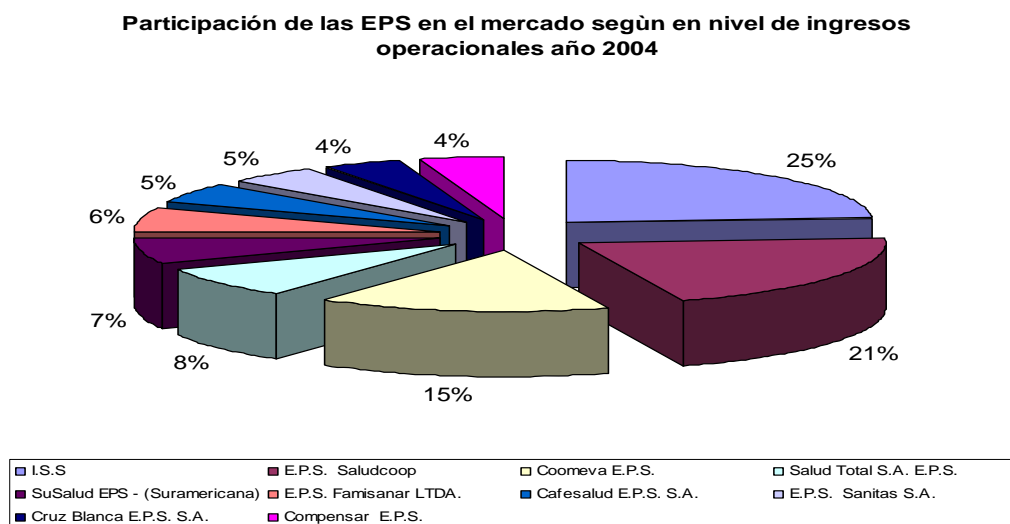
Fuente: ACEMI. Cifras en millones de pesos corrientes.

En los datos anteriores a diciembre de 2004 se refleja un significativo nivel de ingresos operacionales de las EPS's con población del Régimen Contributivo que representaron el 5.664.979 millones de pesos corrientes para el año 2004, las

EPS's que reflejaron mayor crecimientos fueron Salud Total con un 37.1%, S.O.S con un 28.8 %.

Al tener en cuenta la diferencia reflejada entre los años 2003 y 2004 las E.P.S. 's que obtuvieron mayor nivel de ingresos fueron: SaludCoop con 217.192 millones, Coomeva con 139.269 millones y Salud Total con 97.397 millones. En el caso de Comfenalco Antioquia dejo de recibir \$ 628.000 con relación el 2003.

Gráfico N° 18



Fuente: ACEMI

En el gráfico N ° 18 se muestra la participación en el mercado según el nivel de ingresos operacionales de las 10 EPS's con mayor número de afiliados compensados a diciembre de 2004, el porcentaje del ISS es un cálculo teniendo en cuenta el número de afiliados que se reportó para este año. Con esta información se puede destacar que la E.P.S con mayor participación de acuerdo a

su nivel de ingresos operacionales fue el ISS con un 27%, seguida de Saludcoop con un 22% y Coomeva con un 14%.

3.2 Gastos Asistenciales

Participación del Gasto Asistencial en el Ingreso Operacional

Comparativo Diciembre 2002 - Diciembre 2004

	2002	2003	2004	Variación Absoluta 2003-2004
Cafesalud	83,9%	85,6%	82,7%	-2,8
Colmedica	71,8%	85,9%	82,2%	-3,7
Salud Colpatría	64,9%	70,5%	72,4%	1,8
Colseguros	94,8%	89,5%	NA	NA
Comfenalco Antioquia	91,3%	93,4%	94,0%	0,6
Comfenalco Valle	86,4%	89,3%	87,2%	-2,2
Compensar	88,8%	89,1%	87,7%	-1,4
Coomeva	82,5%	81,8%	84,9%	3,1
Cruz Blanca	83,2%	82,3%	84,0%	1,7
Famisanar	88,4%	89,4%	89,8%	0,3
Humana Vivir	79,9%	86,0%	85,7%	-0,3
Salud Total	81,7%	81,3%	83,3%	2,0
SaludCoop	79,6%	80,7%	82,0%	1,3
Sanitas	93,1%	97,0%	92,5%	-4,5
S.O.S.	86,7%	85,3%	84,5%	-0,8
Susalud	84,5%	84,3%	85,0%	0,7
Total	83,3%	84,5%	84,8%	0,3

Fuente: ACEMI

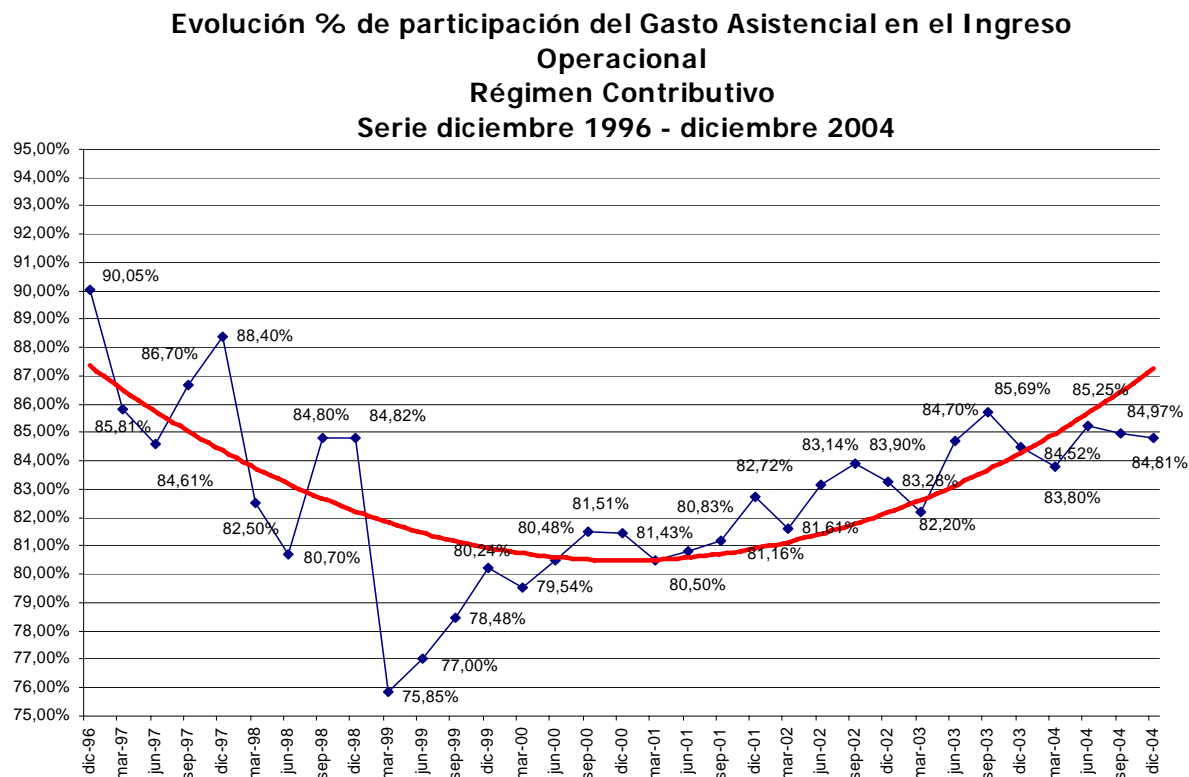
Los gastos asistenciales en el Régimen contributivo para el año de 2004, sin tener en cuenta el ISS, presentaron un 84.8 % del nivel del promedio de ingresos

operacionales de este año, aumentando en un 0.3% en el total de gastos con relación el 2003.

Las E.P.S's que durante el 2004 mostraron mejor control en el gasto asistencial fueron Salud Colpatría con 72.4%, SaludCoop con 82% y Colmédica con 82.2%.

Las E.P.S's con indicadores más altos de gastos asistenciales, fueron Comfenalco Antioquia con 94.0%, Sanitas con el 92.5% y Famisanar con el 89.8%

Gráfico N° 19



Fuente: Acemi

En el gráfico N° 19 se presenta la evolución del porcentaje de participación del gasto asistencial en el nivel de ingresos operacionales en el Régimen Contributivo, serie desde diciembre 1996 hasta diciembre 2004 por trimestres.

Se puede notar que desde diciembre de 1996 hasta diciembre de 2000 hubo un control permanente del gasto asistencial a nivel general en este régimen y a partir de marzo de 2001 se presentó un crecimiento constante hasta septiembre de 2003. Teniendo en cuenta los datos reportados, el nivel de gastos asistenciales desde diciembre de 1996 hasta diciembre de 2004 es de 80.69%

3.3 Gastos para cubrimiento de Alto Costo-Simulación financiera

Ya que la información estadística es guardada con gran celo por la EPS y no contamos con mecanismos legales efectivos para obtenerlas en su totalidad, se propone realizar una simulación para proyectar los datos de las EPS's del Régimen Contributivo con base en el año 2004 de la siguiente forma:

- Para el análisis estadístico la UPC aplicada fue de \$28.855 promedio mensual correspondiente al año 2004 (Datos publicados en el Diario oficial # 45.417 de diciembre 31 de 2003).
- Se tomó como base la información suministrada por ACEMI quien reportó para el año 2004 un número de 24 EPS's activas así como el número de usuarios compensados por dichas entidades.
- Se contó además con la información brindada por las diversas EPS's , las cuales están relacionadas en los cuadros anexos.

- Con base en toda la información financiera adquirida se realizó un análisis financiero y posterior simulación con el fin de obtener datos comparativos de los gastos en los cuales incurrieron las EPS para sustentar la atención de tratamientos de alto costo.
- Al tabular la información adquirida se logro obtener datos valiosos acerca del gasto incurrido por parte de las EPS en el sostenimiento de patologías de alto costo y compararlo así con el ingreso operacional para determinar la incidencia del porcentaje actual de UPC promedio (10%) sugerido por el Ministerio de la Protección Social.
- Cabe anotar que la información suministrada por el ISS fue tratada de manera especial ya que es una institución antigua y que su población de usuarios es en un alto porcentaje conformada por adultos mayores, lo cual indefectiblemente la lleva a registrar un alto número de pacientes con enfermedades crónicas que generan un alto costo, a diferencia de la EPS's privadas creadas a partir de 1993 con el advenimiento de la Ley 100 las cuales tienen una población relativamente más joven y en la cual fue posible tamizar su ingreso.

SIMULACION FINANCIERA DE GASTOS EN ALTO COSTO BASE 2004

Total población compensada Regimen contributivo 2004	UPC promedio mensual 2004	UPC promedio anual 2004	Total de ingresos Regimen Contributivo al año de la población compensada 2004	10% Alto Costo de la población compensada
14.857.250	28855,95333	346271,44	5.144.641.351.940	514.464.135.194

ENTIDAD	# DE AFILIADOS COMPENSADOS 2004**	Promedio de # de pacientes Alto costo proyectado	Promedio de ingresos mensuales por UPC	Promedio de ingresos anuales por UPC	Promedio de gastos mensuales por Alto Costo (10%)	Promedio teorico de gastos anuales por Alto costo (10%) (estándar del Minprotección)	Proyección Gastos anuales por alto costo*	sobre costo incurrido en la atención de tratamientos de alto costo proyectado
I.S.S	3.003.593	45.352	86.671.539.440	1.040.058.473.284	8.667.153.944	104.005.847.328	271.872.815.923	167.866.968.595
E.P.S. Saludcoop	2.619.356	27.503	75.584.014.499	907.008.173.993	7.558.401.450	90.700.817.399	133.783.705.664	43.082.888.265
Cooameva E.P.S.	1.932.025	9.240	55.750.423.239	669.005.078.866	5.575.042.324	66.900.507.887	98.678.249.133	31.777.741.246
Salud Total S.A. E.P.S.	1.046.419	7.277	30.195.417.831	362.345.013.973	3.019.541.783	36.234.501.397	63.121.697.367	26.887.195.970
SuSalud EPS - (Suramericana)	845.645	8.879	24.401.892.657	292.822.711.879	2.440.189.266	29.282.271.188	43.191.350.002	13.909.078.814
E.P.S. Famisanar LTDA.	804.150	8.444	23.204.514.873	278.454.178.476	2.320.451.487	27.845.417.848	41.071.991.325	13.226.573.478
Cafesalud E.P.S. S.A.	678.389	7.123	19.575.561.326	234.906.735.910	1.957.556.133	23.490.673.591	34.648.743.547	11.158.069.966
E.P.S. Sanitas S.A.	586.715	6.161	16.930.220.660	203.162.647.920	1.693.022.066	20.316.264.792	29.966.490.568	9.650.225.776
Cruz Blanca E.P.S. S.A.	553.183	5.608	15.962.622.833	191.551.473.994	1.596.262.283	19.155.147.399	28.253.842.414	9.098.695.015
Compensar E.P.S.	544.218	5.714	15.703.929.211	188.447.150.534	1.570.392.921	18.844.715.053	27.795.954.704	8.951.239.650
Humana Vivir S.A. E.P.S.	485.424	5.097	14.007.372.291	168.088.467.491	1.400.737.229	16.808.846.749	24.793.048.955	7.984.202.206
E.P.S. Serv Occ de Salud S.A.-EPS-S.O.S.	468.508	4.919	13.519.244.964	162.230.939.812	1.351.924.498	16.223.093.981	23.929.063.622	7.705.969.641
Salud Colmena E.P.S. S.A.	339.553	3.565	9.798.125.522	117.577.506.266	979.812.552	11.757.750.627	17.342.682.174	5.584.931.548
EPS Prog. Comfenalco Antioquia	241.966	2.541	6.982.159.604	83.785.915.251	698.215.960	8.378.591.525	12.358.422.500	3.979.830.974
Srv. Salud de la Corp Autonomia Regional	219.801	2.308	6.342.567.399	76.110.808.783	634.256.740	7.611.080.878	11.226.344.296	3.615.263.417
Comfenalco Valle E.P.S.	207.373	2.177	5.983.945.611	71.807.347.327	598.394.561	7.180.734.733	10.591.583.731	3.410.848.998
EPS Servicios Medicos Colpatría	84.211	884	2.429.988.686	29.159.864.234	242.998.869	2.915.986.423	4.301.079.974	1.385.093.551
F. Pas. Social de los Ferrocarriles Nales	62.581	657	1.805.834.416	21.670.012.987	180.583.442	2.167.001.299	3.196.326.916	1.029.325.617
SALUDVIDA S.A. EPS	41.422	435	1.195.271.299	14.343.255.588	119.527.130	1.434.325.559	2.115.630.199	681.304.640
saludColombia	28.654	301	826.838.487	9.922.061.842	82.683.849	992.206.184	1.463.504.122	471.297.937
Red Salud	24.817	261	716.118.194	8.593.418.326	71.611.819	859.341.833	1.267.529.203	408.187.371
Caprecom E.P.S.	22.388	235	646.027.083	7.752.324.999	64.602.708	775.232.500	1.143.467.937	368.235.437
Empresas Pcas de Medellin-Dpto. Medico	13.788	145	397.865.885	4.774.390.615	39.786.588	477.439.061	704.222.616	226.783.554
Corp Electric. Costa Atlantica CORELCA	3.071	32	88.616.633	1.063.399.592	8.861.663	106.339.959	156.851.440	50.511.481
TOTAL AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO	14.857.250							
TOTAL DE EVENTOS DE ALTO COSTO		155.059						

* Los datos del ISS y Salud Total corresponde a información entregada por esta entidades.

** Datos ACEMI

4. CONCLUSIONES

El Ministerio de la Protección Social no cuenta con información financiera clara, precisa, completa y actualizada de las EPS's que permita instaurar políticas económicas eficaces en salud dentro del Régimen Contributivo a pesar de ser uno de los entes responsable de este sector.

Existe una diferencia no cuantificable en cuanto al número de pacientes diagnosticados con patologías de alto costo vs el número de pacientes tratados, dado por el subregistro, el subdiagnostico, baja cobertura en salud, discriminación y fallas en el control estadístico.

A pesar que desde el año 2000 se inició el control de la tabulación de los datos informados por las EPS's para pacientes de alto costo; sólo desde el 2003 son relativamente confiables gracias a la experiencia adquirida por las entidades y a su infraestructura tecnológica, sin embargo los datos entregados al Ministerio de la Protección Social son aún insuficientes.

Las entidades encargadas del manejo y supervisión del sector salud han realizado estudios aislados de las enfermedades de alto costo pero no investigaciones exhaustivas que abarquen la totalidad de dicho grupo de patologías. De ser así se podrían diseñar estrategias adecuadas que contribuirían de manera significativa al mejoramiento del sector salud.

La estabilidad financiera de las EPS's se ve afectada al no percibir ingresos fijos, constantes por causa como:

- Ausencia de compensación por parte del FOSYGA a las EPS's en caso de presentar inconsistencias en las afiliaciones de los usuarios.
- Inestabilidad laboral (trabajo informal, empleados temporales y contrataciones a término fijo) lo cual conlleva a una alta movilidad de afiliaciones en el sistema.
- Cobertura vitalicia de las patologías de alto costo con lo cual el gasto estimado no es cuantificable a largo plazo pues depende de la esperanza de vida de cada caso en particular.
- Insuficiencia de la UPC para el sostenimiento de pacientes de alto costo, pues al realizar el análisis financiero correspondiente, no es del 10% como lo plantea el Ministerio de la Protección Social sino del 21.5% como lo plantea la evidencia.
- Se ha realizado énfasis en los programas de promoción y prevención más no se ha ejercido el control necesario para lograr los objetivos propuestos de prevención de enfermedades a largo plazo, con lo cual se obtendría una disminución realmente significativa del rubro destinado a enfermedades de alto costo.
- Al tomar el número de usuarios compensados por cada EPS para el año 2004 y los datos suministrados por el ISS, Salud Total y Coomeva de pacientes tratados en alto costo para el mismo periodo y a través de un análisis estadístico se proyectó un promedio de 1,05 pacientes de alto costo por cada 100 usuarios compensados.

- A pesar que el Ministerio de la Protección Social sugiere un gasto promedio del 10% de la UPC para cubrimiento de tratamientos de alto costo, nuestro análisis indicó que para el año 2004, las EPS's elevaron su gasto en un 47.5% por encima de lo sugerido.
- Teniendo en cuenta la simulación realizada se evidencia que un porcentaje escaso de los usuarios compensados (1.05%) consume un alto porcentaje de los gastos asistenciales de las EPS el cual puede oscilar entre el 28% al 30%.
- Al acceder el consumo de la UPC del 10% planteado por el Ministerio de la Protección Social al 21.5% evidenciado por el estudio, las EPS se ven obligadas a reducir costos administrativos o limitando los recursos destinados a investigación o tecnología.

BIBLIOGRAFÍA

ARROW, KENNETH. *Uncertainty and the welfare economics of medical care*. En: *American Economic Review*, Vol 53, No 5, 1963.

CALL y HOLAHAN, 2ª edición, *Microeconomía*, Editorial Iberoamericana S.A., 1983

CARDONA ÁLVARO, *Participación de las entidades promotoras de salud (EPS) en el mercado del aseguramiento de salud, Colombia, 1995-1998*

CHICAÍZA LILIANA, *Valoración de primas de reaseguro para enfermedades catastróficas utilizando el modelo de black-scholes* Universidad Externado de Colombia, Facultad de Economía, Colombia, año

CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA DE 1991, Ed. Formar Editores, 1991

CORTÉS Armando, FLOR Edgar, Contador, DUQUE Germán, Abogado, Análisis de costos de la atención médica hospitalaria. *Experiencia en una clínica privada de nivel II-III Estudio realizado en la Clínica Occidente de Tulúa (Valle)*, en 1999

Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Estudios Económicos, “*Laberinto de recursos en el sistema de salud, según proyecto 052*”, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana, Documento 287 21 de Julio de 2005.

DIARIO OFICIAL. Resolución N° 5261 Agosto 05 de 1994

Diario oficial número 45.417 de diciembre 31 de 2003
Diccionario Enciclopédico Salvat .1995

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS ETICAS. *Compendio Tesis y Otros Trabajos de Grado*. Norma 1486. Icontec. 2004

http://agustinianos.udea.edu.co/~wwwmngreconomia/ges/iconos/quienes_somos.htm
macultas de ciencias económicas de la Universidad de Antioquia

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol29no2-3/programa.html>

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol134N1/cm34n1a8.html>

http://muse.jhu.edu/cgibin/access.cgi?uri=/journals/journal_of_health_politics_policy_and_law/v026/26.5haas-wilson.html

<http://www.camararep.gov.co/web/article.php?sid=129>

<http://www.netdoctor.es/html/000203.html>

<http://www.onusida.org.co/servicios.htm>

<http://www.periodicoelpulso.com/html/may03/debate/debate-01.htm>

<http://www.periodicoelpulso.com/html/dic03/general/general-01.htm>

http://www.royalsunalliance.com.co/lineas_enferm_altoc.php

<http://www.redsegsoc.org.uy/Seminario-Vina-del-mar-1201.htm>

<http://www.saludcolombia.com/actual/lareform.htm>

<http://www.saludcolombia.com/actual/salud38/informe.htm>

<http://www.saludcolombia.com/actual/salud61/informe.htm>

http://www.SaludColombia_Noticias63Edición.htm

http://www.SaludColombia_Noticias66Edición.htm

http://www.SaludColombia_Noticias75Edición.htm

http://www.Salud Colombia_Noticias 76 Edición.htm

<http://www.saludcolombia.com/actual/salud53/informe.htm>

<http://www.saludcolombia.com/actual/Informeespecialenfermedadesaltocosto.htm>

<http://www.supersalud.gov.co/serviciosonline/documentos/boletin>

http://216.239.51.104/search?q=cache:V1xMQahxmioJ:www.dnp.gov.co/archivos/documentos/DEE_Archivos_Economia/287_Laberinto%2520de%2520recursos%2520en%2520el%2520sistema%2520de%2520Salud%2520Py%2520Ley%2520052.pdf+alto+costo%2Bregimen+contributivo%2Breaseguro&hl=es&gl=co&ct=clnk&cd=8

JOSEPH STIGLITZ , *Microeconomía*, 2ª .Ed. 2002

LEY 100 de 1993, Editorial Unión Ltda. Edición 2001

LUIS HERNANDO NIETO-ENCISO, Revista, Salud Pública, *Análisis del Comportamiento de la siniestralidad por Enfermedades Catastróficas en una Empresa Promotora de Salud-Colombia* Ed. N° 7, 2005

MANUAL DE CAPACITACIÓN INTERNA DE SALUDCOOP EPS para Sistema de seguridad Social en Salud Septiembre de 2004. Ed. Ofiprint Ltda.

MUSHKIN, SELMA. *Toward a definition of health economics. En: Public Health Reports*, Vol 73, No 9, (Sep. 1958)

Portafolio, Economía Hoy, “*La salud, un negocio que discrimina.*” Bogotá, Edición del martes 20 de septiembre de 2005.

Pyndick y Rubinfeld *Microeconomía*. Editorial McGraw-Hill, 1998.

Senado de la República de Colombia Proyecto de Ley 052 de 2004.

Resolución No. 5261 Agosto 5 de 1994

Revista, Gerencia Políticas de Salud, Noviembre de 2001

ROYER LEROY MILLER Y ROYER E. MEINERS, *Microeconomía* 3ª Ed. Mac
Graw Hill 2003

Universidad de Meryland http://www.umm.edu/esp_ency/article/003421.html