



EVOLUCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y RECOMENDACIONES PARA SU MEJORAMIENTO

INFORME ANUAL PARA EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

3 de JUNIO 2009 – 31 de MAYO 2010.

COMISIONES SÉPTIMAS DE SENADO Y CÁMARA



**INFORME ANUAL DE LA
COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD (CRES)
AL CONGRESO DE LA REPÚBLICA
COMISIONES SÉPTIMAS DE SENADO Y CÁMARA
Junio de 2009 – Mayo de 2010**

INTEGRANTES DE LA CRES:

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social
Presidente CRES

OSCAR IVAN ZULUAGA ESCOBAR
Ministro de Hacienda y Crédito Público

MARTHA LUCIA GUALTERO REYES
Comisionada Experta Vocera

ESPERANZA GIRALDO MUÑOZ
Comisionada Experta

GUSTAVO ADOLFO BRAVO DÍAZ
Comisionado Experto

RAMIRO ALONSO VERGARA TÁMARA
Comisionado Experto

HERIBERTO PIMIENTO PATIÑO
Comisionado Experto



Libertad y Orden



Bogotá D.C., 2010

TABLA DE CONTENIDO

1 ANTECEDENTES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	8
1.1 Período I: Desde la vigencia de la Ley 1122 de 2007 hasta la Sentencia T – 760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional.	11
1.2 Período II: Desde la Sentencia T– 760 de octubre de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, hasta el inicio de funciones de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) en junio 3 de 2009:.....	14
1.3 Período III: Desde el inicio del ejercicio de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), 3 de junio de 2009 hasta el 31 de mayo de 2010: cumplimiento de órdenes de la Sentencia T- 760 de 2008:	14
2 SITUACIÓN INICIAL.....	17
2.1 Registro de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. ...	17
2.2 Unificación de los planes de beneficios de salud en Colombia.	20
2.3 Cálculo de la unidad de pago por capitación.....	21
2.4 Planes Obligatorios de Salud. (POS)	22
2.4.1 Avances técnicos.....	36
2.4.2 Reseña no POS, sus problemas, las bondades de la actualización del POS.	37
2.5 Régimen para reconocimiento y pago de incapacidades originadas en enfermedad general o en licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.....	39
2.5.1 Incapacidad por enfermedad general.....	39
2.5.2 Licencia de Maternidad	40
2.6 Sistema De Tarifas.....	42
2.7 Copagos y Cuotas Moderadoras	43
3 OBJETIVOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	45



Libertad y Orden



3.1	Antecedentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	45
3.2	Principios del sistema general de seguridad social en salud.	46
3.3	Propósitos del sistema general de seguridad social en salud	49
4	<i>DESEMPEÑO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y APORTES DE LA CRES EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE JUNIO 3 DE 2009 Y MAYO 31 DE 2010.....</i>	54
4.1	Registro de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. ...	54
4.1.1	Registro de afiliación al Régimen Subsidiado.....	56
4.1.2	Registro de afiliación al Régimen Contributivo	57
4.2	Unificación de los planes de beneficios de salud en el país	59
4.2.1	Unificación de planes de beneficios para los niños y niñas del Régimen Contributivo y subsidiado.	59
4.2.2	Unificación del POS en los Distritos de Barranquilla y Cartagena.....	67
4.3	Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación	74
4.4	Actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS).....	76
4.5	Definición del régimen para el reconocimiento y pago de Incapacidades originadas en Enfermedad General o en Licencias de Maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.....	80
4.6	Definición del Sistema de Tarifas	81
5	<i>AVANCE NORMATIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.</i>	83
5.1	Avance normativo mediante Acuerdos expedidos por la Comisión de Regulación en Salud (CRES).....	85
6	<i>RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....</i>	87





PRESENTACIÓN

La Comisión de Regulación en Salud es una Unidad Administrativa Especial, adscrita al Ministerio de la Protección Social, creada por la Ley 1122 de 2007 con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial; empezó a ejercer efectivamente sus funciones a partir del día 3 de junio de 2009 con la posesión de los cinco (5) Comisionados Expertos. Además de éstos, está integrada por el Ministro de Hacienda y Crédito Público y por el Ministro de la Protección Social, quien la preside. Para efectos de sesionar y decidir, los Ministros excepcionalmente podrán delegar en uno de sus viceministros.

Se proyectó y aprobó el reglamento de la institución en el seno de la comisión y luego se procedió a la designación de Representante Legal, a la desagregación de presupuesto, al levantamiento de concepto previo del Departamento Nacional de Planeación en recurso de inversión y a ejecutar las demás tareas administrativas para poner en funcionamiento la entidad.

Las funciones de la Comisión de Regulación en Salud, que están definidas en el artículo 7 de la ley 1122, son:

1. Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
2. Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.
3. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen, de acuerdo con la presente ley. Si a 31 de diciembre de cada año la Comisión no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.
4. Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio.



5. Definir los criterios para establecer los pagos moderadores de que trata el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100 de 1993.
6. Definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.
7. Establecer y actualizar un sistema de tarifas que debe contener entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año, incluyendo los honorarios profesionales. En caso de no revisarse el mismo, será indexado con la inflación causada.
8. Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las recomendaciones para mejorarlo.
9. Recomendar proyectos de ley o de decretos reglamentarios cuando a su juicio sean requeridos en el ámbito de la salud.
10. Adoptar su propio reglamento.
11. Las demás que le sean asignadas por ley.

Parágrafo 1º. El valor de pagos compartidos y de la UPC serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal, y el nuevo valor se determinará con fundamento en estudios técnicos previos.

Parágrafo 2º. En casos excepcionales, motivados por situaciones de emergencia sanitaria que puedan afectar la salubridad pública, el Ministerio de la Protección Social asumirá temporalmente las funciones de la Comisión de Regulación en Salud.

Parágrafo 3º. Las decisiones de la Comisión de Regulación en Salud referidas al Régimen Contributivo deberán consultar el equilibrio financiero del sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, y las referidas al Régimen Subsidiado, en cualquier caso serán compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Mediante el Decreto 1141 de 2009, el Gobierno Nacional facultó a la CRES para regular dentro de sus competencias legales y en el marco de dicha norma, los aspectos que garanticen el aseguramiento en salud de la población reclusa en el país.



La Comisión habilitó el sitio web www.cres.gov.co del que se puede obtener toda la información actualizada en torno a las acciones desarrolladas, al igual que propicia un canal de comunicación expedito con la Institución. De esa manera, los agentes del Sistema cuentan con una Comisión de Regulación en Salud (CRES) inmersa en un proceso dinámico de concertación y comunicación.



Libertad y Orden



1 ANTECEDENTES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Hasta antes de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 la seguridad social en Colombia se caracterizaba por la falta de universalidad, solidaridad y eficiencia, que se evidenciaba en la insuficiente cobertura de la protección en salud de la población, inexistencia de organización financiera o ayuda mutua, inequidad en la distribución de los recursos y escasa organización institucional.

La falta de solidaridad se generaba en las enormes diferencias de recursos que se destinaban a la atención de distintos grupos poblacionales con necesidades de salud diversas, a través de múltiples entidades exclusivas y excluyentes además de obligantes, sin canales financieros que permitieran la ayuda mutua entre los afiliados y mucho menos de ellos hacia los más pobres que se quedaban por fuera de cualquier subsistema. Finalmente, el sistema resultaba ineficiente por su organización institucional, por los pobres resultados observados en comparación con el gasto total del sector y por la creciente insatisfacción de los usuarios¹.

Estas circunstancias motivaron la reforma constitucional y la transformación del Estado de Derecho en Estado Social de Derecho o la búsqueda de un equilibrio jurídicamente regulado en el cual la inversión social va encaminada a proteger a las personas con la prestación de los servicios públicos tales como educación, vivienda, asistencia en salud y asistencia social. Siendo relevante la capacidad de controlar la economía de mercado cuando ésta peligrara en las condiciones del mercado libre para la prestación de servicios públicos.

La seguridad social colombiana se construyó con la participación democrática de los actores, en la Asamblea Nacional Constituyente, se expresaron dos perspectivas opuestas, una de corte socialdemócrata y otra neoliberal y bajo la

¹ LA REFORMA A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Tomo 1: Antecedentes y Resultados, pág. 5, Ministerio de Salud, editorial Carrera Séptima Ltda., Santafé de Bogotá, Primera Edición, 1994.



fórmula del consenso se dio lugar a los principios constitucionales de universalidad, solidaridad y eficiencia, se consagró la seguridad social como un derecho irrenunciable, se acordó que el servicio público de salud estaría bajo la dirección del Estado y se delegó en la Ley la adopción de un paquete de servicios de salud de acceso gratuito.

La reforma en Colombia se basa en cambios económicos, sociales y políticos en el marco de la consagración del estado Social de Derecho liderado por el Estado responsable, bajo el modelo de desarrollo de apertura económica, el libre mercado y la modernización de los organismos públicos.

La Carta de 1991 define un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social. Es importante decir que la Constitución definió nuevas competencias y recursos en los diferentes niveles de la administración pública, fortaleciendo la descentralización.

En el artículo 57 transitorio la Constitución Política de Colombia se creó una Comisión integrada por representantes del Gobierno, los sindicatos y los gremios económicos, los movimientos políticos y sociales, los campesinos y los trabajadores informales para que en un plazo de 180 días a partir de su entrada en vigencia elaboraran una propuesta que desarrollara las normas de la seguridad social y sirviera de base al Gobierno para la preparación de ley sobre la materia a presentar ante el Congreso de la República.

La Comisión concluyó en la necesidad de organizar un sistema nacional de seguros de salud integral, unificado, descentralizado, participativo, con cobertura universal basado en un nuevo concepto de salud, con administración gerencial que implica eficiencia y calidad en los servicios y manejo racional de la demanda, modelo que debía ser contributivo y solidario para brindarle protección a toda la población.

Recomendó la atención integral flexible y con revisiones periódicas para garantizar el equilibrio entre los recursos disponibles y la distribución transparente y equitativa de los servicios de salud, la administración de recursos a través de fondos municipales, la aplicación del principio de solidaridad mediante la garantía de aportes estatales con el fin de subsidiar los servicios para los grupos



Libertad y Orden



poblacionales sin capacidad de pago, la reorganización de las entidades públicas prestadoras de los servicios de salud para consolidar un sistema único oficial de servicios de salud, la coordinación de la concurrencia del sector privado en la prestación de los servicios de salud posibilitando la competencia y el mejoramiento de una visión integral del hombre y su entorno y una práctica con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción del autocuidado de la salud, mecanismos de transparencia de manejo de los recursos, contribuciones de trabajadores dependientes y de trabajadores oficiales por la vía de la afiliación familiar y revisando el monto de las cotizaciones, mecanismos de vigilancia y control, control fiscal de las contralorías sobre los fondos municipales, auditoría de salud y un proceso fiscalizador propio de la participación comunitaria².

Lo planteado por la Comisión transitoria, hoy está implementado en Colombia en la Ley 100 de 1993, que en desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Carta concibió la Seguridad Social Integral como “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de que trata el Libro II de la Ley 100 de 1993 desde sus inicios hasta la fecha ha evolucionado de acuerdo con las necesidades evidenciadas en su desarrollo y con las exigencias propias de la dinámica de aseguramiento, con fundamento en los logros alcanzados a partir de las metas indicadas en la misma ley.

Se cuenta con un sistema de aseguramiento y aunque Colombia ha pasado por fuertes experiencias frente a las fallas de regulación y control, los esfuerzos de los organismos de dirección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad

² LA REFORMA A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Anexo Documental, págs. 23 a 26. Ministerio de Salud, editorial Carrera Séptima Ltda., Santafé de Bogotá, Primera Edición, 1994.



Social en Salud se ven reflejados en los grandes avances en el acceso a la información, la importancia de los derechos de los usuarios, la ampliación de los planes de beneficios, el flujo de recursos, la autonomía de los entes territoriales y la redefinición de los roles y competencias de los diferentes actores del Sistema, entre otros aspectos.

Teniendo en cuenta que la Comisión de Regulación en Salud (CRES) fue creada por la Ley 1122 de 2007 e inició actividades el 3 de junio de 2009, resulta interesante enfocar este informe, que en términos de tiempo se concreta al ejercicio del 3 de junio de 2009 al 31 de mayo de 2010, organizando la reseña reciente del Sistema General de Seguridad Social en Salud en tres periodos:

1.1 Período I: Desde la vigencia de la Ley 1122 de 2007 hasta la Sentencia T – 760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional.

La Ley 1122 del 9 de enero de 2007, según reza en su objeto, realizó ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Realizó reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de los servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. Se puede precisar así:

- En cuanto al aseguramiento, fortaleció las competencias del Ministerio de la Protección Social para establecer los mecanismos de evaluación y resultados de la gestión en salud y bienestar de todos los actores que operan el Sistema.
- Frente a las entidades territoriales, fijó parámetros de control y medidas cautelares y de carácter sancionatorio relacionadas con el incumplimiento de los indicadores de gestión propuestos.



- Creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES) definiendo su integración y competencias.
- Aumentó las cotizaciones al Régimen Contributivo de la seguridad social en salud, que significó un incremento de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga para contribuir a la financiación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado. Estos recursos reemplazaron en parte el 0.5% del 1% de solidaridad en pensiones aprobado en la Ley 797 de 2003 y que por decisión del Gobierno Nacional fue incrementado sólo en 0.5%.
- Tomó medidas para hacer frente a la crisis hospitalaria autorizó el pago de deudas del Régimen Subsidiado con recursos del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) y del Fondo Nacional de Regalías.
- Estableció parámetros para el flujo y la protección de los recursos, con mayor protección a su manejo por medio de cuentas maestras y pagos electrónicos a los entes territoriales. Mejoró la forma de pago a los prestadores de acuerdo con la modalidad contractual.
- Para mejorar el control del aseguramiento subsidiado Incrementó el porcentaje sobre los recursos del Régimen Subsidiado para financiar la interventoría de los contratos y estipuló la destinación del 0.2% de los mismos recursos con destino a la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales.
- Además del giro directo introducido por el decreto 3260 de 2004, abrió la posibilidad de sancionar a los actores que interfieran en la agilidad del flujo de recursos.
- Definió el aseguramiento como la administración del riesgo financiero y la gestión del riesgo en salud bajo la responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud en forma indelegable. Introdujo nuevas reglas para su operación.
- Redujo los períodos de carencia en el Régimen Contributivo al máximo de 26 semanas y dio validez al tiempo de permanencia en el subsidiado como antigüedad en el contributivo, toda vez que la afiliación se hace al Sistema y no al régimen.
- Fijó sanciones a las EPS que no agoten el procedimiento legal ante el Comité Técnico Científico para el suministro de medicamentos en casos de

enfermedades de alto costo, consistente en la pérdida del 50% del reembolso por parte del FOSYGA.

- Estableció el derecho de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población reclusa, posteriormente reglamentado por el Decreto 1141 de 2009.
- Para evitar el abuso de posición dominante o conflictos de interés, de cualquiera de los actores del sistema de salud reguló la integración vertical patrimonial y la posición dominante.
- Aumentó al 60% el porcentaje mínimo de contratación de la UPC-S de inversión en salud de las EPS del Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo, con las Empresas Sociales del Estado (ESE).
- Garantizó los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados.
- Para el Aseguramiento del Alto Costo, ordenó a las EPS la contratación de un reaseguro so pena de responder, directa o colectivamente por dicho riesgo, posteriormente el gobierno nacional reglamentó la cuenta del alto costo mediante el decreto 2699 de 2007.
- Para garantizar la atención inicial de urgencias a todos los colombianos Introdujo sanciones para las EPS o entidades territoriales responsables que nieguen el pago a las IPS de este servicio a sus afiliados.
- Otorgó el derecho prioritario en cualquier programa de subsidio a la cotización a las personas que teniendo derecho al Régimen Subsidiado hubieren cotizado al Régimen Contributivo dos (2) años dentro de los últimos cuatro (4) años.
- Definió obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la Integralidad y continuidad en la Prestación de los Servicios.
- Definió la competencia del Ministerio de la Protección Social en la regulación para la prestación de los servicios de salud, de tal manera que sea este ente el que determina los requisitos para la habilitación de nuevos prestadores, toma las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios por parte de las EPS y de los entes territoriales, diseña un sistema de clasificación de IPS, con base en los indicadores, que provea el sistema obligatorio de garantía de calidad relacionado con el Sistema Tarifario, incentivando a las IPS para ascender en su clasificación y optar por mejores tarifas e implementa los mecanismos



para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS.

- Obligó a la prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas únicamente a través de Empresas Sociales del Estado (ESE).
- Abrió el espacio para que la Nación y las entidades territoriales promuevan los servicios de Telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad.
- Otorgó al Gobierno Nacional la competencia para regular las Empresas Sociales del Estado.
- Dejó expresa prohibición en la prestación de servicios asistenciales de salud directamente por parte de los Entes Territoriales. Posteriormente, el Decreto Nacional 3040 de 2007 reglamentó casos en los que pueden solicitar autorización al MPS.

1.2 Período II: Desde la Sentencia T– 760 de octubre de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, hasta el inicio de funciones de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) en junio 3 de 2009:

La Honorable Corte Constitucional en Sala Segunda de Revisión, el 31 de julio de 2008 profirió la Sentencia T – 760 y con ésta recordó la obligatoriedad del cumplimiento de un conjunto de órdenes plasmadas en normas que conducen a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas, además de aclarar posibles vacíos ó situaciones que adolecieran de adecuada regulación.

1.3 Período III: Desde el inicio del ejercicio de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), 3 de junio de 2009 hasta el 31 de mayo de 2010: cumplimiento de órdenes de la Sentencia T-760 de 2008:

La Honorable Corte Constitucional con la Sentencia T-760 impartió las siguientes órdenes a la Comisión de Regulación en Salud (CRES) para hacer efectivos los contenidos de la Ley 1122 de 2007, especialmente en cuanto a la cobertura

universal y la actualización integral de los planes obligatorios de salud (POS), buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los dos regímenes con tendencia al que se encuentra previsto para el Contributivo. La entidad, respetuosa de los mandatos judiciales, ha venido trabajando para su cumplimiento teniendo en cuenta siempre los aspectos técnicos y presupuestales pertinentes en cada caso, así:

Cuadro No. 1 Cumplimiento de las ordenes de la Sentencia T-760 de 2008.

ORDINAL T – 760 DE 2008	CUMPLIMIENTO CRES
Ordinal sexto Décimo	<p>La adopción de las medidas de que trata esta orden se verifica en la toma de decisiones manifestadas en actos administrativos o Acuerdos, que a su vez dan cumplimiento a otras órdenes explícitas en la Sentencia, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actualización Integral de los Planes de Beneficios: Acuerdo 003 de 2009, Acuerdo 008 de 2009 • Unificación del POS-S con el POS-C de los menores de 18 años: Acuerdos 004 de 2009 y 11 de 2010 • Circular 002 de 2010: pone en conocimiento de los actores comprometidos en la cobertura a menores de edad del Régimen Subsidiado.
Décimo Séptimo	<p>En cumplimiento de esta orden la CRES expidió:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Acuerdo 003 de 2009 b. Acuerdo 008 de 2009 c. Acuerdo 014 de 2010
Décimo Octavo	<p>Además de la expedición de los Acuerdos citados anteriormente, la CRES se encuentra en proceso precontractual para la actualización integral de los planes obligatorios de salud y su correspondiente ajuste de la UPC.</p>
Décimo Noveno	<p>La Comisión de Regulación en Salud mediante Carta Circular CRES – 001 de 21 de octubre de 2009 requirió a las entidades promotoras de salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado el envío del informe de negaciones de servicios médicos y de su trámite y decisión ante los Comités Técnico Científico, bajo los lineamientos de las Resoluciones 3173 y 3821 de 2009, habiéndose recibido hasta la fecha 73.559</p>

ORDINAL T – 760 DE 2008	CUMPLIMIENTO CRES
	registros de 18 EPS.
Vigésimo Primero	La CRES unificó los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado para niños y niñas entre los cero y dieciocho años de edad, mediante los Acuerdos 004 de 2009 y 011 de 2010.
Vigésimo segundo	El cumplimiento de la orden anterior es el resultado de la adopción por parte de la CRES, de las medidas necesarias dentro de sus competencias para concretar la definición de un Plan de Beneficios único para niños y niñas, con total independencia del régimen al cual estén afiliados, dentro del esquema y el cronograma citado por la CRES en el primer informe rendido a la Corte Constitucional.
Vigésimo tercero	En proceso de empalme de funciones con ocasión del inicio de ejercicio de la CRES, se presentó un Informe conjunto del mandato contenido en el ordinal vigésimo tercero, a la Corte Constitucional, el 31 de julio de 2009.



2 SITUACIÓN INICIAL

2.1 Registro de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el mes de inicio (Junio de 2009) de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), los registros de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) muestran 36.792.092 afiliados registrados (Información de RUAF del MPS³), siendo el 81,80% de la población total colombiana, con una distribución de 47,52% de las personas en el Régimen Contributivo y el 52,48% en el Régimen Subsidiado. Los siguientes cuadros 2 y 3, y el Gráfico 1, muestran el resumen de afiliados registrados al sistema, así como la evolución en los meses previos a Junio de 2009.

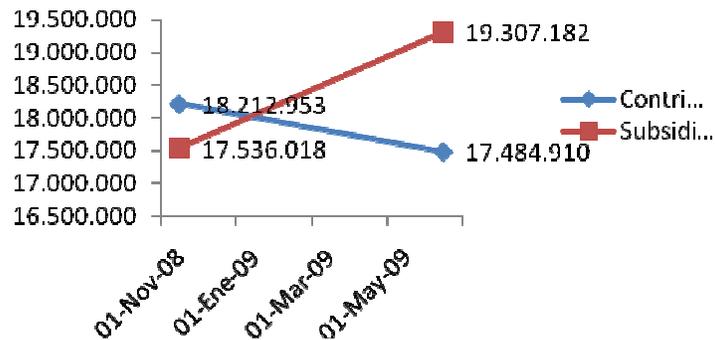
Cuadro No 2 Afiliados registrados en el Régimen Contributivo y Subsidiado a Junio de 2009.

	30-Jun-09
Contributivo	17.484.910
Subsidiado	19.307.182
Población	44.977.758
Población Registrada	36.792.092
Población No Registrada	8.185.666

Fuentes Regímenes Contributivo y Subsidiado: Reportes del Sistema RUAF del MPS en Noviembre de 2009 y Junio de 2009 – DANE, Colombia. Proyecciones de población municipal por área 2005-2020.

³ El RUAF es el Registro Único de Afiliados a la Protección Social

Gráfico No. 1 Afiliados registrados a los Regímenes Contributivo y Subsidiado siete meses antes del inicio de la CRES



Fuentes Regímenes Contributivo y Subsidiado: Reportes del Sistema RUAF del MPS en Noviembre del 2008 y Junio de 2009.

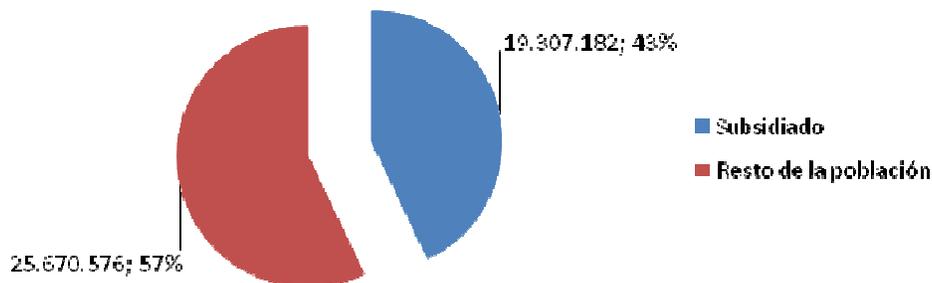
Cuadro No. 3 Proporción de afiliados registrados por el SGSSS del total de la población colombiana a Junio de 2009.

	30-Jun-09
	% de afiliados registrados dentro del SGSSS 30-Jun-09
Contributivo	47,52%
Subsidiado	52,48%
	% de afiliados registrados del total de la Población colombiana a 30-Jun-09
Contributivo	38,87%
Subsidiado	42,93%
Población registrada por el SGSSS	81,80%
Población no registrada por el SGSSS	18,20%

Fuentes Regímenes Contributivo y Subsidiado: Reportes del Sistema RUAF del MPS en Noviembre del 2008 y Junio de 2009 – DANE, Colombia. Proyecciones de población municipal por área 2005-2020.

La participación del Régimen Subsidiado representaba a Junio de 2009 los 52,48% de los afiliados registrados al SGSSS y el 42,93% del registro de afiliación a salud del total de la población colombiana, con 19.307.182 afiliados registrados.

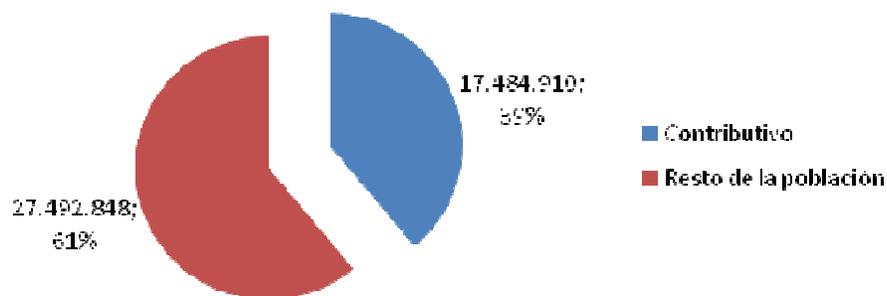
Gráfico No. 2 Participación del Régimen Subsidiado en el registro de afiliación a salud en la población colombiana.



Fuente Régimen Subsidiado: Reportes del Sistema RUAF del MPS, Junio de 2009 – DANE, Colombia. Proyecciones de población municipal por área 2005-2020.

Dentro del SGSSS, la participación del Régimen Contributivo representaba a Junio de 2009 el 47,52% de los afiliados registrados al SGSSS y el 38,87% del registro de afiliación a salud del total de la población colombiana, con 17.484.910 afiliados.

Gráfico No.3 Participación del Régimen Contributivo en el registro de afiliación a salud en la población colombiana.



Fuente Régimen Subsidiado: reportes del sistema RUAF del MPS, junio de 2009 – Dane, Colombia.



2.2 Unificación de los planes de beneficios de salud en Colombia.

La Ley 100 de 1993 definió la cobertura universal de la Seguridad Social en Salud y la unificación de los planes de beneficios de los regímenes Contributivo y Subsidiado, posteriormente la Ley 1122 de 2007 en su artículo 9º estableció que el Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá alcanzar en los siguientes tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisbén de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema. A su vez, esta misma Ley en el artículo 14, literal e) ordenó a la Comisión de Regulación en Salud (CRES) actualizar anualmente el Plan Obligatorio de Salud (POS), buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de beneficios de los dos regímenes, con tendencia hacia el que se encuentra previsto para el Contributivo.

De acuerdo con el Artículo 7 de la Ley 1122 de 2007 a la Comisión de Regulación en Salud (CRES) le corresponde: “Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS), que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”.

La Honorable Corte Constitucional, mediante el Ordinal Vigésimo Primero de la Sentencia T-760 de 2008 dispuso: “Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud unificar los planes de beneficios para los niños y niñas del Régimen Contributivo y Subsidiado, medida que deberá adoptarse antes del 1 de octubre de 2009 y deberá tener en cuenta los ajustes necesarios a la UPC subsidiada de los niños y las niñas para garantizar la financiación de la ampliación en la cobertura”.

En esta misma Sentencia, se estableció que en caso de que para la fecha señalada no se hubiere decidido la unificación del plan de beneficios de los niños y las niñas, se debía entender que el POS del Régimen Contributivo se aplica a los niños y las niñas del Subsidiado.

2.3 Cálculo de la unidad de pago por capitación

Para el año 2009, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) definió la Unidad de Pago por Capitación (UPC) promedio anual para el Régimen Contributivo en \$467,078.40 y para el Régimen Subsidiado en \$267,678. Asimismo, definió el valor de la UPC promedio anual de los subsidios parciales para las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla en el 42% del valor de la UPC promedio del Régimen Subsidiado (UPC-S) y para el resto de los municipios en el 39,5% del valor de la UPC-S promedio.

El CNSSS también definió para este mismo año, el valor que se le reconoce a las EPS para el desarrollo de actividades de promoción y prevención en \$18,374.40 para el Régimen Contributivo. En los cuadros siguientes se observa la evolución y el crecimiento de la UPC, definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS).

Cuadro No.4

Descripción	Evolución de la Unidad de Pago por Capitación (Valores Nominales)									
	AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
R.Contributivo	265.735	289.120	304.154	323.316	344.974	365.674	386.881	404.215	430.489	467.078
R.Subsidiado	141.383	155.520	168.023	180.623	192.344	203.886	215.712	227.578	242.370	267.678

Fuente: Datos Acuerdos CNSSS

Gráfico No. 4

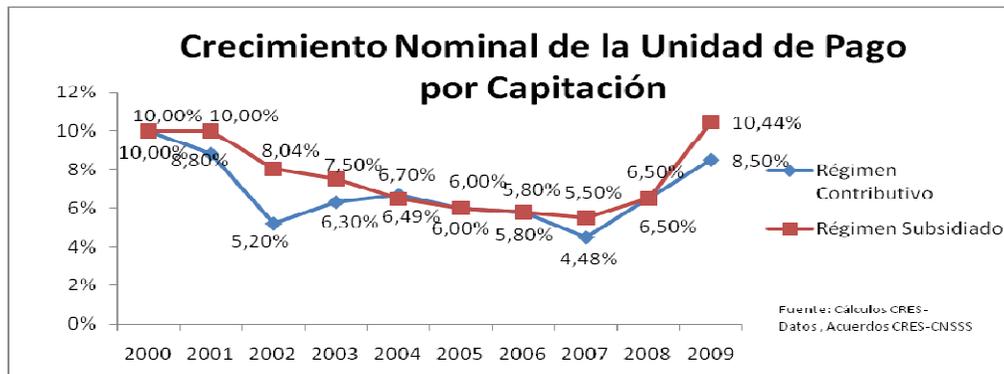
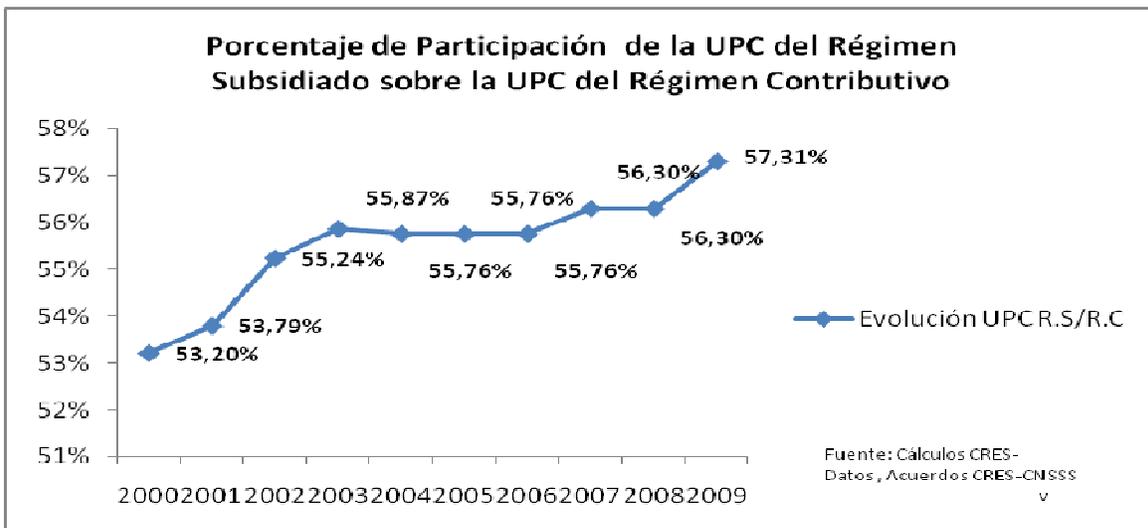


Gráfico No. 5



En el gráfico anterior se observa como la UPC del Régimen Subsidiado cada vez es más cercana a la UPC del Régimen Contributivo, pasa de ser en el año 2000 el 53,20% a ser el 57,31% en el año 2009.

2.4 Planes Obligatorios de Salud. (POS)

La Ley 100 de 1993 en su artículo 153, indica cuáles son las reglas del servicio público de la salud, a su vez rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y entre éstas define la Protección Integral, ordenando lo siguiente: “Se brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, respecto del Plan Obligatorio de Salud”.

Por otra parte, en el artículo 156 de la misma Ley 100, se indican las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud y específicamente en el literal c) se menciona de manera concreta lo siguiente:



“Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud”, lo cual se ve respaldado en el artículo 162, que reza: “El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan”.

En el año 1994, entra en vigencia el Acuerdo 03 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), por el cual se adopta la política de medicamentos esenciales para el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de manera específica se recomienda la promoción de éstos como el mejor criterio sanitario, que se complementa con el estímulo de los programas de medicamentos genéricos como la mejor alternativa comercial para el diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se adopta también la utilización obligatoria de las denominaciones comunes internacionales (nombres genéricos), en la prescripción y expendio de medicamentos.

En este mismo año se adopta el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante el Acuerdo 08 de Julio 6 de 1994, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y más adelante, con Acuerdo 09 de julio 21 de 1994 del mismo Consejo, se aprueba una definición inicial de contenidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, de la siguiente manera: “Se mantiene el Plan inicial sin modificaciones en los dos primeros años, al cabo del tercer año, incorporar integralmente el conjunto de intervenciones de mayor costo asegurables que hacen parte del POS del sistema contributivo y entre 1998 y el año 2001, incorporar el resto de las intervenciones que hacen parte de los conglomerados típicos de intervenciones asociadas con el segundo y tercer nivel y aprobar el valor de la Unidad de Pago por Capacitación para el Régimen Subsidiado (UPC-S) en el 50% del valor de la UPC de Régimen Contributivo”.



Siguiendo la historia, en este año de 1994 el Ministerio de Salud expide la Resolución No. 5261, mediante la cual establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Con excepción de las acciones de promoción, las otras prestaciones ya estaban incluidas en dicha norma.

Para el año siguiente, es decir en octubre de 1995, el CNSSS expide el Acuerdo 23 por medio del cual se definen la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, determinando los criterios para identificar a los beneficiarios de los subsidios, los mecanismos de selección de las entidades administradoras del Régimen, definiendo el contenido del plan de beneficios y los mecanismos de financiación, así como la administración de recursos del Subsidiado. También define que son afiliados al Régimen Subsidiado todas las personas pertenecientes a la población pobre y vulnerable, que no tienen capacidad de cotizar al Régimen Contributivo y en consecuencia reciben subsidio total o parcial para completar el valor de la UPC-S, de conformidad con los criterios de identificación, el orden de prioridades y el procedimiento previsto.

Este Acuerdo también nos determina la forma de identificación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado, que se hará en los municipios categoría 1 a 4 mediante la aplicación del Sistema de Selección e Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) y en los municipios categorías 5 y 6 definidos por la Ley 136 de 1994 a través de un listado censal que contiene nombre, documento de identidad en caso de existir, edad, sexo, ocupación y lugar de residencia. Continúa diciendo la norma que si un municipio categoría 5 ó 6 ha aplicado el SISBEN, éste será el único instrumento a utilizar para la identificación de beneficiarios de subsidios en salud.

Por otro lado, nos indica que las comunidades indígenas no están obligadas a aplicar el SISBEN. El gobernador del Cabildo entregará al alcalde del municipio un listado censal con el nombre, edad y sexo de las personas pertenecientes a su comunidad que deben ser beneficiarias del Régimen Subsidiado.



En este Acuerdo 23 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se determina que el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) tiene la siguiente cobertura de riesgos y servicios:

- Acciones de promoción y educación.
- Acciones de prevención de la enfermedad y protección específica.
- Acciones de recuperación de la salud, atención ambulatoria del primer nivel.
- Atención hospitalaria de menor complejidad.
- Atención de recuperación ambulatoria de la salud en el segundo nivel de atención (consulta especializada).
- Atención hospitalaria de mayor complejidad.
- Atención de las enfermedades de alto costo.

Por último, el Acuerdo 23 define los criterios para la referencia de los pacientes pertenecientes al Régimen Subsidiado.

Mientras se unifican los contenidos del POS-S con los del POS del Régimen Contributivo, aquellos beneficiarios del Régimen Subsidiado que por sus condiciones de salud o necesidades de ayuda de diagnóstico y tratamiento, requieran de servicios de una complejidad mayor a la establecida en los contenidos del POS-S, como lo son atenciones de segundo y tercer nivel, deberán ser referidos a las instituciones públicas del subsector oficial o a las privadas con las cuales el Estado tenga contrato de prestación de servicios. Estas instituciones tendrán la obligación de recibirlos y atenderlos con cargo a los recursos que por concepto de subsidio a la oferta están recibiendo. Cuando estas instituciones se nieguen a brindar dicha atención, podrá declararse la caducidad de los contratos suscritos con éstas entidades para tales efectos.

Al siguiente año es decir en 1996, se expide el Acuerdo 49 del CNSSS, por medio del cual se modifica y adiciona el Acuerdo No. 23 del mismo Consejo, en el



sentido de indicar que el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado comprende los servicios, procedimientos y suministros que el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a las personas aseguradas con el propósito de mantener y recuperar su salud, con la cobertura de riesgos y servicios a que tienen derecho los afiliados al Régimen Subsidiado a partir del 1o. de Enero de 1997, así:

- Atención básica del primer nivel: Acciones de promoción y educación: Comprende las acciones de educación en derechos y deberes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las acciones de promoción de la salud dirigidas al individuo y a la familia según el perfil epidemiológico de los afiliados, con el objeto de mantener la salud, promover estilos de vida saludables y fomentar el auto cuidado y la solidaridad. Incluye el suministro del material educativo.
- Los contenidos de las acciones de promoción y educación deberán orientarse en forma individual, familiar o grupal a:
 - Promover la salud integral en los niños, niñas y adolescentes.
 - Promover la salud sexual y reproductiva.
 - Promover la salud en la tercera edad.
 - Promover la convivencia pacífica con énfasis en el ámbito intrafamiliar.
 - Desestimular la exposición al tabaco, al alcohol y a las sustancias psicoactivas.
 - Promover las condiciones sanitarias del ambiente intradomiciliario.
 - Incrementar el conocimiento de los afiliados en los derechos y deberes, en el uso adecuado de los servicios de salud, y en la conformación de organizaciones y alianzas de usuarios.
- Acciones de prevención de la enfermedad y protección específica: Están dirigidas a los afiliados de manera obligatoria, podrán ser de tipo individual, familiar y grupal y se orientan a mantener la salud, a prevenir o a detectar precozmente las enfermedades. La prestación de los servicios incluye los diferentes insumos.

- Acciones de recuperación de la salud:
 - Atención ambulatoria del primer nivel: Garantiza la atención integral médica, odontológica y de enfermería de todos los eventos y problemas de salud susceptibles de ser atendidos en forma ambulatoria intra o extramural y con tecnología de baja complejidad.
 - Atención Hospitalaria de menor complejidad: Garantiza la atención integral de los eventos que requieran una menor complejidad para su atención con internación a nivel hospitalario. Incluye la atención por los profesionales, técnicos y auxiliares, el suministro de medicamentos, material médico quirúrgico, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, derechos de hospitalización, cirugía y sala de partos. Para las gestantes incluye la atención del parto de bajo riesgo vaginal o por cesárea, y en planificación familiar incluye la ligadura de Trompas de Falopio.
 - Atención ambulatoria de recuperación de la salud en el segundo y tercer nivel de atención: Garantiza la consulta médica especializada gineco-obstétrica y pediátrica incluyendo el suministro de medicamentos y los exámenes diagnósticos de la gestante con riesgo y del menor de un año.
 - Cubre también la consulta de oftalmología y optometría para los grupos de menores de 20 años y mayores de 60, grupos para los cuales se incluye el suministro de monturas hasta por un valor equivalente al 10% de un salario mínimo legal mensual vigente y de lentes cada vez que por razones médicas sea necesario su cambio.
- Atención hospitalaria de mayor complejidad: Garantiza la atención médico quirúrgica de:
 - La gestante con riesgo y las complicaciones del puerperio.
 - El menor de un año en cualquier patología.
 - Todos los afiliados en los casos que requieran apendicetomía, colecistectomía o histerectomía por causas diferentes al cáncer.



- Atención a enfermedades de alto costo ruinosas o catastróficas: Garantiza la atención en salud a todos los afiliados para: (Manejo Integral)
 - Patologías cardiacas.
 - Patologías del sistema nervioso central
 - Reemplazo articular
 - Insuficiencia renal
 - Gran quemado.
 - SIDA
 - VIH Positivo
 - Cáncer
 - Cuidados intensivos
 - Transporte de pacientes.

Por último este Acuerdo 49, incluye el listado de medicamentos y ayudas diagnósticas, de la siguiente manera: los medicamentos son los del Manual de Medicamentos y Terapéutica detallado en el artículo 45 del Decreto No.1938 de agosto de 1994 y los exámenes de laboratorio y las actividades y procedimientos de radiología y ecografía, son los definidos por el nivel I de complejidad en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, Resolución No. 5261 de 1994.

En febrero de 1997, el CNSSS expide el Acuerdo 53, siendo la primera actualización del Manual de Medicamentos y Terapéutica, incluyendo 15 nuevos medicamentos para el tratamiento del VIH, con respecto al listado inicial adoptado por el Acuerdo 3 de 1994.

En el mes de agosto de ese mismo año 1997, se expide el Acuerdo 72 por parte del CNSSS, por medio del cual se define el plan de beneficios del Régimen Subsidiado, aumentando la cobertura en alto costo, con nuevos tratamientos de ortopedia y traumatología, cirugías de aorta, cava, vasos pulmonares, insuficiencia renal, gran quemado (Alto Costo). Tratamiento del estrabismo en niños menores de 5 años, cataratas en cualquier edad, y un plan obligatorio concertado para comunidades indígenas.



Un mes después, con el Acuerdo 74 del CNSSS, se adicionan a los contenidos del plan obligatorio de salud para el Régimen Subsidiado los siguientes beneficios: atención necesaria para la rehabilitación funcional de las personas, en cualquier edad, con deficiencia, discapacidad y/o minusvalía, cualquiera que haya sido la patología causante, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 5261 de 1994, artículo 84. El suministro de prótesis y órtesis se hará en sujeción a lo dispuesto en el artículo 12 de la Resolución No. 5261 de 1994 y también se incluye la atención ambulatoria y hospitalaria de las personas en los casos que requieran herniorrafia inguinal, herniorrafia crural y herniorrafia umbilical.

Finalmente, en 1997 se expide el Acuerdo 83 del CNSSS, “Por el cual se adopta el Manual de Medicamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, siendo ésta una segunda actualización del Manual de Medicamentos”.

En el año de 1998 se realiza la tercera actualización del manual de medicamentos, para corregir los nombres de tres de ellos y aclarar que los medicamentos del PAB y el PAI son gratuitos, mediante el Acuerdo 106 de Agosto de 1998 del CNSSS, el cual modificó el artículo 1 del Acuerdo 83.

Dos meses después se establece que en la prestación de servicios no incluidos en el manual, se puede acudir a los conceptos de los comités técnico-científicos (CTC), para poder autorizarlos teniendo como base el Acuerdo 110 del 28 de octubre de 1998 del CNSSS, el cual modificó el artículo 8 del Acuerdo 83.

Se entiende entonces, que podrán formularse medicamentos no incluidos en el manual con el fin de garantizar el derecho a la vida y a la salud a las personas. Si el valor total de los medicamentos formulados que componen todo el tratamiento es menor ó igual al precio máximo de venta al público de los medicamentos que los reemplazan o sus similares, serán suministrados con cargo a las EPS o ARS. Si el precio máximo es superior al de venta al público, la diferencia será cubierta con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).

Sigue el Acuerdo 110 de 1998, expedido por el CNSSS, indicando que el Ministerio de Salud reglamentará la conformación de comités técnico – científicos dentro de las EPS, ARS e IPS, los cuales establecerán las condiciones y el procedimiento para la prescripción de medicamentos no incluidos en el listado, con



criterios de costo - efectividad. En estos comités se tendrá en cuenta la participación de un representante de los usuarios.

Para finalizar ese año, se expide el Acuerdo 117 del CNSSS, “Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública, la cual estará en cabeza de las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado.”

Dichas actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento tienen como objetivo la protección específica, la detección temprana y la atención de las enfermedades objeto de erradicación, eliminación y control. Éstas son:

- Actividades, procedimientos e intervenciones para Protección Específica (Con base en esto se deben hacer las respectivas guías)
 - Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
 - Atención preventiva en Salud Bucal
 - Atención del Parto
 - Atención al recién nacido
 - Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres

- Actividades, procedimientos e intervenciones para Detección Temprana de: (Con base en esto se deben hacer las respectivas guías)
 - Alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)
 - Alteraciones del desarrollo del joven (10 – 29 años)
 - Alteraciones del embarazo
 - Alteraciones en el adulto (>45 años)
 - Cáncer de cuello uterino
 - Cáncer de seno
 - Alteraciones de la agudeza visual

- Las enfermedades de interés en Salud Pública serán objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables. (Con base en esto se deben hacer las respectivas guías). Son las siguientes:
 - Bajo peso al nacer
 - Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad)
 - Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años)
 - Alta: Otitis media, Faringitis estreptocócica, laringotraqueítis.
 - Baja: Bronconeumonía, bronquiolítis, neumonía.
 - Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera
 - Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar
 - Meningitis Meningocócica
 - Asma Bronquial
 - Síndrome convulsivo
 - Fiebre reumática
 - Vicios de refracción, Estrabismo, Cataratas.
 - Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, Sífilis, VIH)
 - Hipertensión arterial
 - Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo
 - Menor y Mujer Maltratados
 - Diabetes Juvenil y del Adulto
 - Lesiones preneoplásicas de cuello uterino
 - Lepra
 - Malaria
 - Dengue
 - Leishmaniasis cutánea y visceral
 - Fiebre Amarilla

En los tres siguientes años, 1999 a 2001, no se presentaron actualizaciones en el Plan Obligatorio de Salud de los dos regímenes, sin embargo en el país se trabajó en una clasificación única de procedimientos en salud, dando como resultado la expedición por parte del Minsalud de la Resolución 365 de febrero de 1999, en la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en



Salud (CUPS). Al año siguiente se efectuó la primera actualización de la CUPS con la Resolución 2333 de septiembre de 2000 y en noviembre 19 de 2001, mediante la resolución 1896 se sustituye el anexo técnico de la Resolución 2333 del 11 de septiembre de 2000. Durante estos tres años, diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, realizaron esfuerzos para que en el Plan Obligatorio de Salud (POS) se utilizara la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), en lo que se refiere a código y descripción de las actividades, procedimientos, intervenciones y servicios de salud.

Continuando con la historia, en el mes de marzo del año 2002, mediante el Acuerdo 226 se decidió incluir en el Plan Obligatorio de Salud (POS) del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, el uso del Acelerador Lineal para Teleterapia con fotones, para los casos en que a criterio médico científico se requiera tal tecnología (intervención para el tratamiento del cáncer).

Con el Acuerdo 229 de Mayo de 2002 del CNSSS y siguiendo lo dispuesto por la ley 715 de 2001, se define la proporción de UPC - S (4.01%) que se debía destinar a la financiación de las acciones de promoción y prevención para el Régimen Subsidiado a cargo de las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado.

Con el Acuerdo 228 se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud y con el Acuerdo 236 de 2002 del CNSSS, se modifica el artículo 1º del Acuerdo No. 228, en lo que se refiere a la concentración del medicamento Factor Antihemofílico Complejo del Factor IX.

En el 2003, mediante el Acuerdo 254 del CNSSS se incluyó el costo de la prótesis endovascular, stent coronario convencional no recubierto y la prueba de ayuda diagnóstica de laboratorio Carga Viral, en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo.

En el año 2004 con el Acuerdo 263, se da cumplimiento al fallo de la Sección Tercera Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado de diciembre 11 de 2003, aclarado mediante providencia del 5 de febrero de 2004, incluyendo en el Plan Obligatorio de Salud el principio activo denominado Acido Zoledrónico o Zoledronato en solución intravenosa para el tratamiento del cáncer, prescrito exclusivamente por oncólogo y de conformidad con la guía para la



prescripción del medicamento que elabore previamente el Instituto Nacional de Cancerología y adopte el Ministerio de la Protección Social en los siguientes casos: a) Hipercalcemia de malignidad (excluyendo los casos asociados a hiperparatiroidismo y los no relacionados con tumores); b) Mieloma múltiple y metástasis ósea documentada de tumores sólidos como coadyuvante de la terapia antineoplásica convencional (para su uso en cáncer de próstata, sólo está indicado si este ha avanzado después de su manejo con por lo menos una terapia hormonal). Para los dos regímenes tanto contributivo como subsidiado.

En este mismo año 2004, mediante el Acuerdo 267 del CNSSS, se amplió la cobertura de la afiliación al Régimen Subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante subsidios parciales del Plan Obligatorio de Salud – Subsidiado, atención de alto costo, traumatología y ortopedia, rehabilitación, cobertura integral de gestantes y menor de un año y medicamentos como parte de las atenciones anteriores.

Finalmente en este año, mediante el Acuerdo 282 del CNSSS se realizaron varias inclusiones, así:

- En el Régimen Contributivo, el costo de la atención de los pacientes que requieran trasplante hepático y 16 medicamentos.
- En el caso del Régimen Subsidiado, el costo del procedimiento de determinación de la Carga Viral para VIH, el costo del procedimiento de Colposcopia con biopsia, el costo del dispositivo Stent intracoronario no recubierto y su inserción, con los 16 medicamentos.

Para el año 2005, se expide el Acuerdo 302 del CNSSS, mediante el cual se aclara que en los planes obligatorios de salud del Régimen Contributivo y del Subsidiado están incluidos los procedimientos de Cirugía Plástica, Maxilofacial y de otras especialidades descritas en la Resolución 5261 de 1994, que tengan fines reconstructivos funcionales, específicamente en los casos de cirugías Reparadoras de Seno, tratamiento de paladar hendido y labio fisurado y tratamiento para gran quemado. Además se incluye en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Subsidiado la cobertura de las mallas de polipropileno no recubiertas, usadas en los procedimientos de herniorrafia y/o hernioplastia.



En noviembre de 2005 mediante el Acuerdo 306 del CNSSS, se aclaran, precisan y compilan los contenidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado en los esquemas de subsidios plenos y parciales, según lo establecido en los Acuerdos 72, 74, 267 y 282 del CNSSS.

Ya a finales del año 2005, con la expedición del Acuerdo 313 del CNSSS, se Incluye en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Subsidiado la cobertura del procedimiento de Colectomía por vía laparoscopia.

En el año 2006, mediante el Acuerdo 336 del CNSSS, se incluyen en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo Subsidiado:

- 12 medicamentos y actividades, que serán prescritos de acuerdo con las recomendaciones de las guías de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) y pacientes con VIH /SIDA.
- La Fórmula Láctea para suministrar a los Lactantes Hijos(as) de Madres VIH (+) durante los primeros 6 meses de edad, según lo recomendado en la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH /SIDA.
- 8 medicamentos recomendados por el Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología, para el soporte nutricional.
- 3 medicamentos prescritos exclusivamente por oncólogos y de conformidad con la guía para la prescripción de Bifosfonatos elaborada por el Instituto Nacional de Cancerología y adoptada por el Ministerio de la Protección Social.
- La Prueba de Genotipificación para el VIH, de acuerdo con las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH /SIDA, a partir del 1º de enero de 2007.

Con el Acuerdo 350 del CNSSS de finales del 2006, se Incluye en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Subsidiado el procedimiento de evacuación por aspiración del útero para terminación del embarazo, como



alternativa a la técnica de legrado que ya está incluido en el Plan Obligatorio de Salud para los siguientes casos: cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico y cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas o de incesto.

En el año 2007, mediante el Acuerdo 356 del CNSSS, se incluye en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, subsidio pleno, la cobertura de la vasectomía o esterilización masculina, como método definitivo de planificación familiar. Dicho procedimiento, no genera copagos por estar dentro de las acciones e intervenciones de promoción y prevención.

Con el Acuerdo 368 de 2007 del CNSSS, se Incluye en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Subsidiado el Medicamento, Lopinavir + Ritonavir 200 mg + 50 mg tabletas, en el listado IV “Principios activos para uso especializado, grupo de riesgos catastróficos, SIDA”, de acuerdo con las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica Basadas en Evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH - SIDA adoptada mediante Resolución No. 3342 de 2006 del Ministerio de la Protección Social. Este medicamento se incluye sin sustituir la concentración y forma farmacéutica existente en el Manual de Medicamentos y Terapéutica, es decir Lopinavir/Ritonavir 133.3/33,3 mg cápsulas, la cual continua cubierta en el Plan Obligatorio de Salud.

En el año 2008, mediante el Acuerdo 380 del CNSSS, se incluye en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Subsidiado en el listado II “uso ambulatorio”, grupo de “Anticonceptivos hormonales” 5 medicamentos: Noretindrona + Etinilestradiol, Levonorgestrel, Medroxiprogesterona + Estradiol y Levonorgestrel. Estos deben ser garantizados oportunamente por las EPS cuando sean formulados conforme a las recomendaciones contenidas en la guía para atención en planificación familiar publicada por el Ministerio de la Protección Social en Mayo de 2007, complementando la norma técnica contenida en el anexo 1 de la Resolución 412 de 2000. Así mismo se incluyó en el Plan Obligatorio de Salud



(POS) del Régimen Contributivo y del Subsidiado el suministro del condón masculino de látex en condiciones de calidad media y tecnología apropiada disponible en el país.

En ese mismo año se adicionan con el Acuerdo 395 del CNSSS las siguientes actividades en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S) en el esquema de subsidio pleno los siguientes servicios o prestaciones de segundo y tercer nivel de complejidad del POS, necesarias para la atención ambulatoria de mediana y alta complejidad de los pacientes hipertensos de 45 años o más con y sin complicaciones o condiciones clínicas asociadas, según la clasificación y recomendaciones contenidas en la guía de atención de la Hipertensión Arterial publicada por el Ministerio de la Protección Social en Mayo de 2007, sustituyendo la contenida en el anexo 2 de la Resolución 412 de 2000:

- Consulta médica especializada ambulatoria para evaluación o valoraciones, incluyendo particularmente la necesaria para valoración del sistema visual, sistema nervioso, sistema cardiovascular y función renal.
- Exámenes paraclínicos o complementarios: Potasio Sérico, electrocardiograma 12 derivaciones, ecocardiograma modo M y bidimensional, fotocoagulación con Láser para manejo de retinopatía, angiografía con Fluoresceína para manejo de retinopatía con fotografías a color de segmento posterior.

2.4.1 Avances técnicos

Teniendo en cuenta que el Sistema General de Seguridad Social en Salud ha sido regido por diversas normas en lo referente al Plan Obligatorio de Salud y las actividades, intervenciones y procedimientos se encontraban en un lenguaje desactualizado, se elaboró en 1999 una primera clasificación única de procedimientos en salud (CUPS) y se iniciaron por parte del Ministerio de Salud una serie de trabajos con la participación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social Salud, presentando una propuesta en la cual se homologaban las actividades, intervenciones y procedimientos de acuerdo con este nuevo lenguaje. Dichos trabajos quedaron estancados, reactivándose



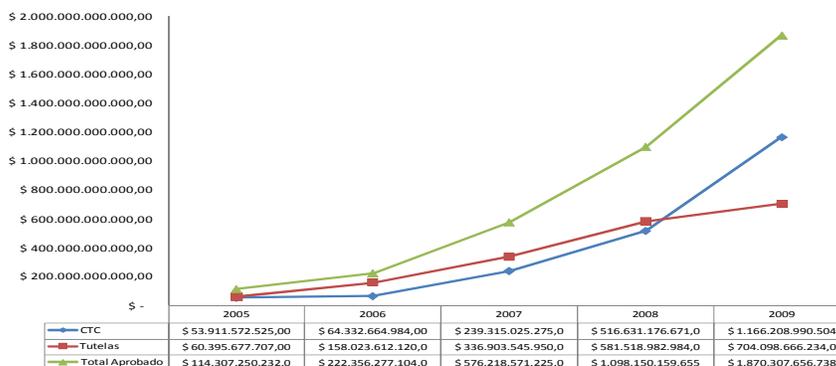
finalmente a mediados de 2008, época que coincide con la expedición de la Sentencia T-760, por parte de la Honorable Corte Constitucional.

El Ministerio de la Protección Social continuó dicho trabajo en el año 2009 con procesos de participación de la ciudadanía y de las sociedades científicas, elaborando un documento que recopiló las normas de los planes obligatorios de salud de los dos regímenes y actualizó el lenguaje de las actividades, intervenciones y procedimientos, después de quince (15) años de vigencia del Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud. (Resolución No. 5261 de 1994).

2.4.2 Reseña no POS, sus problemas, las bondades de la actualización del POS.

El Sistema general de Seguridad Social en Salud de Colombia, es un sistema de aseguramiento que se financia con recursos aportados por los trabajadores y recursos propios de la Nación y su núcleo de prestación de servicios es el Plan Obligatorio de Salud (POS). En la actualidad la sostenibilidad del sistema se ha puesto en peligro con el crecimiento exponencial de la prestación de servicios no incluidos en el POS, pasando de un total aprobado de \$114.307.250.232 en el 2005 a \$1.870.307.656.738 en el 2009, lo que representa un crecimiento real del 1536,21%.

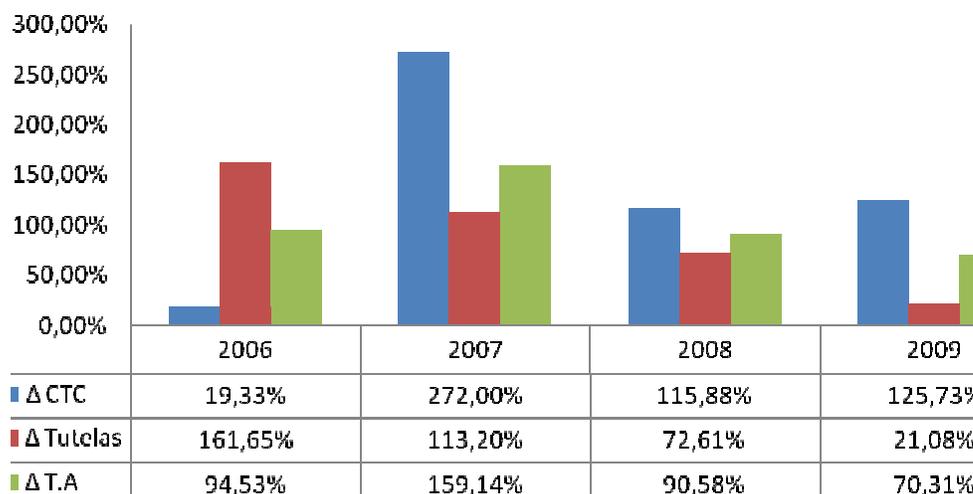
Gráfico No. 6 Valores reclamaciones aprobadas por CTC y Tutelas



Fuente: Base de datos recobros administrados por consorcio fiduciario FIDUFOSYGA // Corte paquete 1009 – Informe de “Sostenibilidad del FOSYGA (subcuentas de compensación, solidaridad y promoción), MPS.

Los recobros por Comité Técnico Científico (CTC), han mostrado aumentos importantes entre el 2005 y el 2009, creciendo a tasas del 19.33% entre 2005 y 2006, 272% entre 2006 y 2007, 115.88% entre 2007 y 2008, y 125.73% entre 2008 y 2009. Este crecimiento de los valores de los recobros hechos con base en las prestaciones aprobadas por los CTC, ha sido considerablemente superior al de las tutelas, las cuales crecieron en el mismo periodo a tasas del 161.65% entre 2005 y 2006, 113.2% entre 2006 y 2007, 72.61% entre 2007 y 2008, y 21.08% entre 2008 y 2009.

Gráfico No. 7 Valores reclamaciones aprobadas por CTC y Tutelas



Fuente: Base de datos recobros administrados por consorcio fiduciario FIDUFOSYGA // Corte paquete 1009 – Informe de “Sostenibilidad del FOSYGA (subcuentas de compensación, solidaridad y promoción), MPS.

El SGSSS en Colombia cuenta con unos recursos finitos, con los cuales se pretende dar la mayor cantidad y calidad de servicios de salud a la población colombiana, pero el crecimiento de lo no cubierto por el plan de beneficios está poniendo en jaque al sistema, creando numerosos núcleos de ineficiencia, corrupción e inconsciencia, al no contar con los incentivos adecuados para contrarrestar los problemas anteriormente citados, llegando a gastar miles de millones en recobros de un solo principio activo y pagar en promedio tres veces el precio al que vende el laboratorio. Lo anterior crea dos necesidades: el



fortalecimiento de los contenidos en el plan de beneficios de tal manera que corresponda a las necesidades de población y la definición por parte del Estado, de lo que estamos dispuestos a pagar por un beneficio marginal conseguido.

2.5 Régimen para reconocimiento y pago de incapacidades originadas en enfermedad general o en licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.

Las prestaciones económicas que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para cubrir las contingencias derivadas de enfermedad general y maternidad o paternidad, pueden resumirse de la siguiente manera:

2.5.1 Incapacidad por enfermedad general

El derecho está consagrado en el artículo 277 del C.S.T. y se remonta a la Ley 171 de 1961, artículo 10, al Decreto 1611 de 1962 artículo 29 y a la Ley 9ª de 1963.

Con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, esta contingencia quedó a cargo de las EPS, en los siguientes términos: “Plan de Salud Obligatorio. El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan (...)”. “Incapacidades. Para los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157, el Régimen Contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes.”⁴

⁴ Ley 100 de 1993, Artículos 162 y 206.



Según el artículo 2º del Decreto 806 de 1998, reglamentario de la Ley 100 de 1993 “En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, el Estado garantiza el acceso a los servicios de salud y regula el conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad”.

Para acceder a las prestaciones económicas generadas por incapacidad por enfermedad general, los trabajadores dependientes e independientes deberán haber cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud un mínimo de cuatro (4) semanas en forma ininterrumpida y completa, sin perjuicio de las normas previstas para su reconocimiento, conforme las reglas de control a la evasión⁵; el cálculo se efectúa en los términos del Decreto 1406 de 1999.

En cuanto a la financiación de la prestación económica con cargo al SGSSS, mediante el Acuerdo 010 de 2010, la Comisión de Regulación en Salud (CRESES) decidió “mantener el 0.25% del Ingreso Base de Cotización para que cada EPS garantice el reconocimiento y pago de incapacidades por enfermedad general a todos sus afiliados cotizantes, valor que incluye lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la EPS con base en lo dispuesto en el inciso 5º del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999”.

2.5.2 Licencia de Maternidad

La protección del estado a la maternidad y a los menores está amparada por el Código Sustantivo del Trabajo adicionado y modificado por la Ley 50 de 1990. De conformidad con el artículo 236 “Toda trabajadora en estado de embarazo tiene derecho a una licencia de doce (12) semanas en la época de parto, remunerada con el salario que devengue al entrar a disfrutar del descanso”.

La Ley 100 de 1993 garantiza la protección así: “De las Licencias por Maternidad. Para los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157, el Régimen Contributivo

⁵ Artículo 9o. del Decreto 783 de 2000, que modificó el artículo 2º del Decreto 047 de 2000.



reconocerá y pagará a cada una de las Entidades Promotoras de Salud, la licencia por maternidad, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. El cumplimiento de esta obligación será financiado por el Fondo de Solidaridad, de su subcuenta de compensación, como una transferencia diferente de las Unidades de Pago por Capitalización, UPC⁶. La Ley 755 de 2002, conocida como la Ley María, reconoce al padre licencia remunerada de paternidad.

Además de la estipulación legal el Decreto 806 de 1998 también garantizó el amparo estatal a la maternidad bajo las condiciones en el mismo estipuladas, bajo la condición de que la afiliada hubiere cotizado como mínimo por un período igual al de su gestación. El Decreto 047 de 2000 condicionó el reconocimiento de la licencia a la cotización ininterrumpida durante todo el período de gestación; el monto se liquida según el Decreto 1406 de 1999.

La Honorable Corte Constitucional en la Sentencia T – 1223 de 2008 atendiendo el desarrollo jurisprudencial de la corporación, acoge la figura del allanamiento a la mora, cuando la EPS ha recibido los pagos extemporáneos y bajo la presunción de afectación al mínimo vital de una madre gestante o lactante y su recién nacido, por el no pago de una licencia de maternidad cuando devenga el mínimo legal o cuando su salario es la única fuente de ingreso y no ha transcurrido más de un año desde el nacimiento del menor. Adicionalmente fijó unas reglas referentes a las semanas faltantes para completar el tiempo de cotización. Para dar cumplimiento a lo establecido en la Sentencia, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante el Acuerdo 414 de 2009, vigente a la fecha, estableció unas medidas para el reconocimiento y pago de prestaciones económicas relacionadas con licencias de maternidad, dentro de las cuales define responsabilidades de las EPS, el reconocimiento de la licencia de maternidad cuando existen pagos extemporáneos de la cotización y cuando existe pago errado de la cotización y la liquidación de la licencia de maternidad para la mujer cotizante con ingreso igual o inferior a un salario mínimo legal mensual vigente.

La CRES reguló lo correspondiente a la financiación de esta prestación económica por parte del SGSSS, con el Acuerdo 010 de 2010, que en su artículo segundo, dice: “Pagar las licencias de maternidad y paternidad con cargo al Fondo de

⁶ La ley 100 de 1993, Artículo 207



Solidaridad y Garantía (Fosyga), subcuenta de Compensación incluyendo lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la EPS con base en lo dispuesto en el inciso 5º del Artículo 40 del Decreto 1406 de 1999.”

2.6 Sistema De Tarifas

Desde los años 90 se usa el Tarifario SOAT que se reglamentó para las atenciones del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, eventos catastróficos y atención inicial de urgencias.

La forma de calificar los procedimientos, está dada en grupos quirúrgicos y las demás actividades, intervenciones y servicios en un factor específico que debe ser multiplicado por el Salario Mínimo Legal Diario Vigente, para dar un valor en pesos. El Manual Tarifario SOAT, desde su entrada en vigencia en el año 1996, ha sido reajustado en forma global de acuerdo con los incrementos anuales del Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.

Posteriormente, para el año 2005 y 2006 se presenta una propuesta elaborada en el Ministerio de la Protección Social para tarifas mínimas que finalmente no fue acogida, por análisis económicos del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Precisamente esta cartera gubernamental presenta una propuesta propia en enero de 2009 en el marco de un Consejo Comunitario, que tampoco fue aceptada.

El resultado de todo esto es la continuidad de uso del Tarifario SOAT, además del manejo libre de negociaciones entre los aseguradores y prestadores, teniendo como base tarifas establecidas por ellos ó utilizando como referencia muy frecuentemente las tarifas del extinto Seguro Social.



2.7 Copagos y Cuotas Moderadoras

Los pagos moderadores fueron definidos en la ley 100 de 1993, artículo 187: “Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud. (...)”

En virtud de la misma disposición, estas cuotas y pagos compartidos son recursos de las Entidades Promotoras de Salud, aunque el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud quedó facultado en su momento para destinar parte de ellos a la Subcuenta de Promoción de Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía.

En lo referente a las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico o de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables, entre otros, la Ley 100 de 1993 fijó la competencia en el Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante el Acuerdo 260 de 2004, vigente a la fecha, definió el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud para los regímenes contributivo y subsidiado.

En virtud de la creación de la CRES por la Ley 1122 de 2007 y la determinación de sus funciones en el artículo 7º, a esta entidad le compete definir los criterios para establecer los pagos moderadores de que trata el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100 de 1993. Igualmente esta norma exoneró de la cancelación de copagos a los afiliados al Régimen Subsidiado pertenecientes al Nivel I del Sisben.

En lo referente a las cuotas de recuperación, el artículo 18 del Decreto 2357 del 29 de diciembre de 1995, por medio del cual se reglamentaron algunos aspectos del Régimen Subsidiado del SGSSS, en armonía con el artículo 157, literal b, de la Ley 100 de 1993, las definió como los dineros que debe pagar la población no



afiliada al Régimen Subsidiado clasificada en los Niveles I, II y III de la encuesta SISBEN y que no tenga capacidad de pago, directamente a las instituciones prestadoras de servicios de Salud públicas o privadas contratadas por el Estado. Esta contribución se mantiene, siendo pertinente aclarar que conforme lo estipula el Decreto 806 de 1998 en su artículo 28, parágrafo y artículo 31, las personas afiliadas a los regímenes Contributivo y Subsidiado, cuando carecen de medios económicos para asumir el pago de los servicios no incluidos en el correspondiente Plan Obligatorio de Salud, se comportan como población no afiliada, en cuanto al uso de la red pública y la aplicación de las cuotas de recuperación.



3 OBJETIVOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La Comisión de Regulación en Salud (CRES), como parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), avanza hacia el cumplimiento de las Leyes y de los objetivos del mismo, comprendiéndolo como un conjunto armónico de personas, instituciones, normas y en fin, todo un conglomerado de actividades que buscan brindar a los ciudadanos de manera adecuada y oportuna los servicios de salud, respetando sus derechos fundamentales.

De igual manera la CRES entiende que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), no puede apartarse de todos los demás macro y micro procesos técnicos, políticos, financieros, jurídicos, ni funcionar sin tener en cuenta las fluctuaciones económicas del estado; sino por el contrario, debe ser asumido y manejado como parte integral de las actividades generales de Colombia, para que los posibles cambios, que busquen mejoramiento y beneficio ciudadano, se den de manera concertada y armónica sin afectación de la estabilidad del Sistema mismo, en procura del beneficio de todos los actores que intervienen en el aseguramiento.

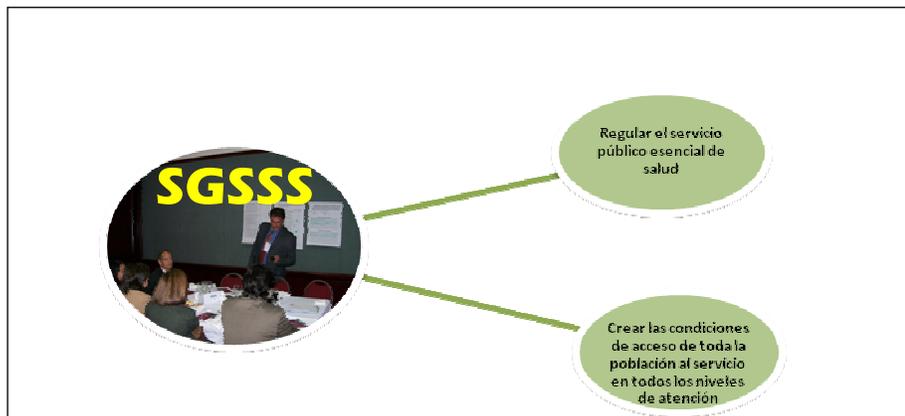
3.1 Antecedentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- fue creado mediante la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, con el objeto de dotar de una nueva organización al sector salud, de modo que se hiciera posible la gradual y progresiva ampliación de coberturas y el acceso a la salud para toda la población del país. A su vez, esta transformación implicó el rediseño de la estructura existente hasta el momento, en gran parte definida por la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993 y la Ley 715 de 2001.

Como se establece en la mencionada Ley, los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de la salud y

crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Gráfico No. 8 Objetivos del Sistema general de Seguridad Social en Salud



Dado lo anterior, el sistema debe, gradualmente, mejorar la cobertura de servicios de salud en búsqueda de garantizar el derecho a la salud, a toda la población del territorio Colombiano, en el marco de los principios definidos en la Ley 100 de 1993, independientemente de su capacidad de pago.

3.2 Principios del sistema general de seguridad social en salud.

La Ley 100 de 1993 estableció en su artículo 2o. los principios para el servicio público esencial de la seguridad social definido en la Constitución Política de Colombia, hacia los cuales deben orientarse las gestiones del gobierno nacional relacionadas con su desarrollo y fortalecimiento. Son:

- EFICIENCIA. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.



- **UNIVERSALIDAD.** Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
- **SOLIDARIDAD.** Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil. Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el régimen de Seguridad Social mediante su participación, control y dirección del mismo.
- **INTEGRALIDAD.** Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley;
- **UNIDAD.** Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social, y
- **PARTICIPACION.** Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

Además de tales principios generales, los cuales están consagrados en la Constitución Política de Colombia, la Ley 100 de 1993 establece unas reglas rectoras específicas para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las cuales complementan los principios anteriormente citados:

- **EQUIDAD.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa.



Libertad y Orden



- **OBLIGATORIEDAD.** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este Sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.
- **PROTECCIÓN INTEGRAL.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad oportuna, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.
- **LIBRE ESCOGENCIA.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acreedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta Ley.
- **AUTONOMÍA DE INSTITUCIONES.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán, a partir del tamaño y complejidad que reglamente el Gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la presente Ley.
- **DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA.** La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Las instituciones públicas del orden nacional que participen del sistema adoptarán una estructura organizacional, de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezca su operación descentralizada.



- **PARTICIPACIÓN SOCIAL.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.
- **CONCERTACIÓN.** El sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a los Consejos Nacional, departamentales, distritales y municipales de Seguridad Social en Salud.
- **CALIDAD.** El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

3.3 Propósitos del sistema general de seguridad social en salud

En un análisis efectuado por el Ministerio de la Protección Social⁷, se plantean 13 propósitos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de los cuales se señalarán en este punto, algunos fundamentales en la medida en que estos permiten tener una mirada acerca de cuál ha sido la contribución en la evolución del Sistema durante el periodo del análisis, teniendo en cuenta la línea de base o

⁷<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo303911.pdf>



situación inicial descrita en el punto anterior, esto es, a partir de junio de 2009, cuando la CRES empezó su funcionamiento.

El documento de análisis mencionado señaló como propósitos del sistema, entre otros, los siguientes:

- **Especialización de las instituciones públicas:**

La ley 100 busca con su esquema separar funciones, permitir la competencia y promover la especialización institucional como el mejor medio para obtener la eficiencia y la eficacia en la prestación de servicios. Esta reforma se inicia con la ley 10 de 1990 que propone separar los sistemas de dirección de salud del sistema de prestación de los servicios, dando así autonomía administrativa a los hospitales, creando direcciones locales y seccionales de salud.

También se separan las funciones y de prestación de los servicios de salud, EPS e IPS, las primeras encargadas de la afiliación, recaudo y manejo del aseguramiento o riesgo financiero, las segundas especializadas en la provisión de los servicios del POS.

- **Lograr la cobertura universal de servicios asistenciales:**

Se espera poder garantizar y financiar este propósito mediante 3 regímenes:

- Contributivo: Totalmente financiado con aportes obligatorios obrero-patronales cubriendo el 70% de la población.
- Subsidiado a la demanda: Su financiación es de origen fiscal y solidaridad parafiscal que podría cubrir el 30% restante de la población.
- Planes de atención complementaria: Regido por las reglas del mercado y solo llegaría al 10% de la población.



El Régimen Contributivo con esta reforma hace dos cambios importantes: El primero es la ampliación de la cobertura individual al grupo familiar, y el segundo es la extensión de la obligatoriedad de la afiliación a los trabajadores independientes.

- **Fomentar la competencia y la libre elección:**

El fomento de la competencia y la libre elección se deben ver reflejados en la mejora de la calidad de los servicios, por ejemplo en la atención al cliente, lo que repercutirá en la eficiencia, cobertura y servicios.

Los usuarios son libres de elegir entre las distintas EPS e IPS.

- **Garantizar un plan integral de salud:**

Las EPS dentro de los regímenes contributivo y subsidiado deben ofrecer un Plan Obligatorio de Salud que incluya servicios asistenciales en condiciones básicas de calidad, buena tecnología y buenos hospitales como lo determine el organismo rector de la seguridad social en salud. Este plan no puede ser excluyente con respecto a enfermedades preexistentes pero si puede excluir algunos procedimientos estéticos o científicamente no probados.

- **Crear mecanismos de control de costos.**

La aplicación de la ley 100 crea una gran demanda que, como se observaba en los programas de medicina prepagada, genera un desbordamiento de los costos por servicios, para evitar esto la Ley 100 creó el sistema de capitación mediante el cual cada EPS recibe una unidad de pago por capitación (UPC) por beneficiario a su cargo, de valor estandarizado proporcional al riesgo según el sexo y grupo etario, con lo cual cada EPS no podrá gastar más de lo enmarcado en la UPC.

- **Crear mecanismos de compensación y solidaridad.**

Este propósito es uno de los principios de la Ley 100 en donde las EPS con



Libertad y Orden



afiliados con gran capacidad de pago puedan transferir el superávit que generan a las organizaciones con estratos socioeconómicos más bajos. Para esto se crea el FOSYGA por medio del cual se hará viable este Sistema.⁸

Teniendo en cuenta lo anterior, la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de igual forma las recomendaciones para su mejoramiento deberán estar orientadas a cerrar la brecha existente entre su estado actual, descrito en el capítulo anterior y lo planteado en los principios, reglas rectoras y objetivos establecidos para el mismo. El análisis deberá ir evidenciando el cumplimiento progresivo de éstos, dado el avance en la ejecución de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen en esa dirección.

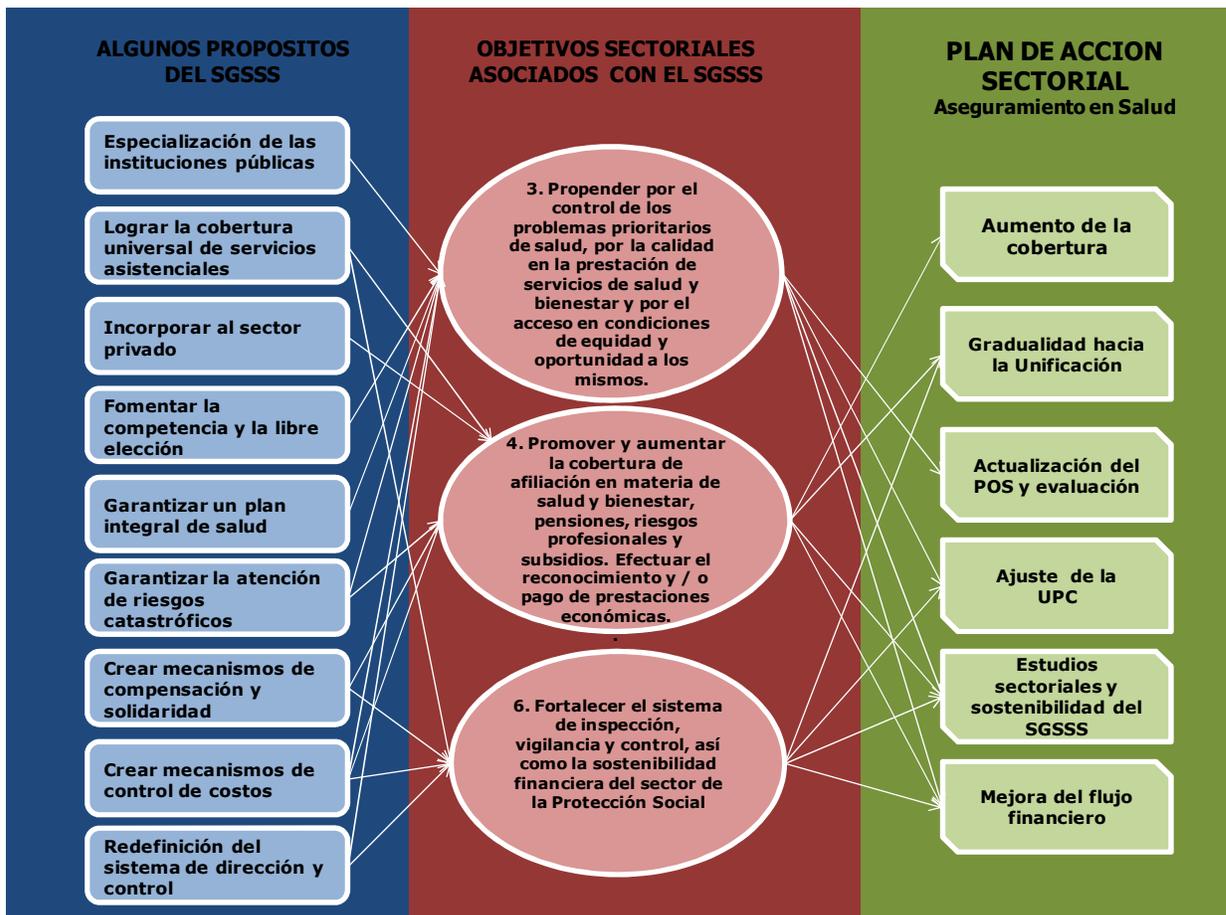
Así las cosas, los objetivos sectoriales para el cuatrienio 2007 -2010 asociados con el desarrollo del sector salud, y las principales acciones de la estrategia sectorial, se enfocaron hacia:

- Propender por el control de los problemas prioritarios de salud, por la calidad en la prestación de servicios de salud y bienestar y por el acceso en condiciones de equidad y oportunidad a los mismos.
- Promover y aumentar la cobertura de afiliación en materia de salud y bienestar, pensiones, riesgos profesionales y subsidios. Efectuar el reconocimiento y / o pago de prestaciones económicas.
- Fortalecer el sistema de inspección, vigilancia y control, así como la sostenibilidad financiera del sector de la Protección Social.

⁸<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo303911.pdf>

Las relaciones entre estos objetivos sectoriales, y parte de los planes y programas que apuntan al logro de los propósitos y principios planteados para el SGSSS se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico No. 9



Las relaciones fundamentales en términos de aseguramiento en salud entre planes y programas propuestos y que actualmente están en ejecución, para alcanzar los objetivos sectoriales y por consiguiente, los propósitos del Sistema de Seguridad Social en Salud, serán las desarrolladas en el capítulo siguiente que describe el desempeño y la evolución del mismo en el periodo comprendido entre el 3 de junio de 2009 y el 31 de mayo de 2010.

4 DESEMPEÑO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y APORTES DE LA CRES EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE JUNIO 3 DE 2009 Y MAYO 31 DE 2010.

4.1 Registro de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

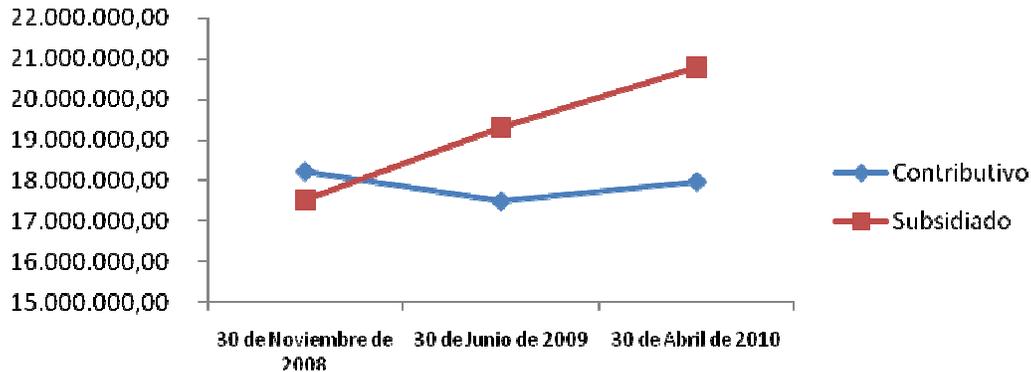
El registro de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) pasó de 36.748.971 en Junio de 2009 a 38.739.413 en Abril de 2010 como última información disponible, creciendo el 5,29%. El 85,13% de la población está registrada en el SGSSS, del cual el 46,36% se encuentra en el Régimen Contributivo y el 53,64% en el Régimen Subsidiado. Los siguientes cuadros 6 y 7 y la gráfica 10, muestran la evolución en los últimos 17 meses en el registro de afiliación a los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Cuadro No. 5 Registro de afiliados a los Regímenes Contributivo y Subsidiado

	30-Nov-08	Variación	30-Jun-09	Variación	30-Abr-10
Contributivo	18.212.953	-4,00%	17.484.910	2,72%	17.960.546
Subsidiado	17.536.018	10,10%	19.307.182	7,62%	20.778.867
Población	44.450.260	1,19%	44.977.758	1,18%	45.508.205
Población Registrada	35.748.971	2,92%	36.792.092	5,29%	38.739.413
Población No registrada	8.701.289	-5,93%	8.185.666	-17,31%	6.768.792

Fuentes Regímenes Contributivo y Subsidiado: Reportes del Sistema RUAF del MPS en Noviembre del 2008, Junio de 2009 y Abril de 2010 - DANE. Colombia. Proyecciones de población municipal por área 2005-2020.

Gráfico No. 10 Registro de afiliados al Régimen Contributivo y Subsidiado



Fuentes Regímenes Contributivo y Subsidiado: Reportes del Sistema RUAF del MPS en Noviembre del 2008, Junio de 2009 y Abril de 2010.

Cuadro No. 6 Población registrada en el RUAF del SGSSS

	30-Nov-08	30-Jun-09	30-Abr-10
Contributivo	50,95%	47,52%	46,36%
Subsidiado	49,05%	52,48%	53,64%
	30-Nov-08	30-Jun-09	30-Abr-10
Contributivo	40,97%	38,87%	39,47%
Subsidiado	39,45%	42,93%	45,66%
Población registrada en el SGSSS	80,42%	81,80%	85,13%

Fuentes Regímenes Contributivo y Subsidiado: Reportes del Sistema RUAF del MPS en Noviembre del 2008, Junio de 2009 y Abril de 2010. DANE, Colombia. Proyecciones de población municipal por área 2005-2020

4.1.1 Registro de afiliación al Régimen Subsidiado

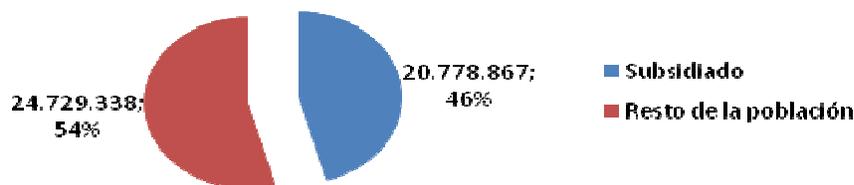
El registro de afiliación al Régimen Subsidiado ha mostrado un crecimiento sostenido en los últimos años, creciendo el 10,10% entre el 30 de Noviembre de 2008 y el 30 de Junio de 2009, y el 7,62% entre el 30 de Junio de 2009 y el 30 de Abril de 2010. Dentro del SGSSS, la participación del Régimen Subsidiado representa a Abril de 2010 el 53,64% de los afiliados registrados en el sistema y el 45,66% del registro de afiliados en salud como proporción de la población colombiana, con 20.778.867 afiliados.

Gráfico No. 11 Afiliados registrados en el Régimen Subsidiado



Fuente Régimen Subsidiado: Reportes del Sistema RUAF del MPS en Noviembre del 2008, Junio de 2009 y Abril de 2010.

Gráfico No. 12 Participación del registro de afiliados al Régimen Subsidiado dentro la población colombiana.

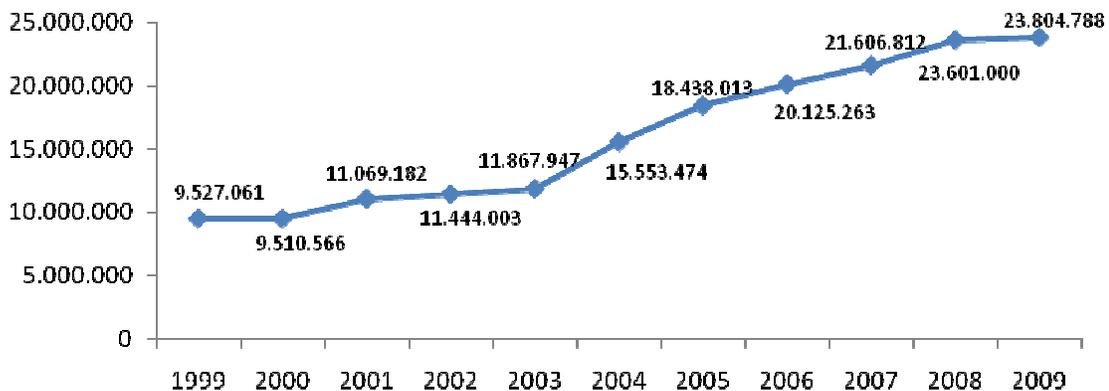


Fuente Régimen Subsidiado: Reportes del Sistema RUAF del MPS - Abril de 2010. DANE, Colombia. Proyecciones de población municipal por área 2005-2020

4.1.1.1. Histórico de afiliación al Régimen Subsidiado (cupos contratados)

En los últimos 10 años (1999 a 2009), el Régimen Subsidiado ha contado con avances considerables, pasando de 9.510.566 afiliados en 1999 a 23.804.788 afiliados contratados en el 2009, para un crecimiento del 149.86%. El crecimiento en afiliación mas fuerte tuvo lugar en el 2005, cuando se creció el 18.55% y el crecimiento más bajo en el 2000, que fue negativo (-0.17%).

Gráfico No. 13 Afiliación por Grupos Poblacionales (Contratados)



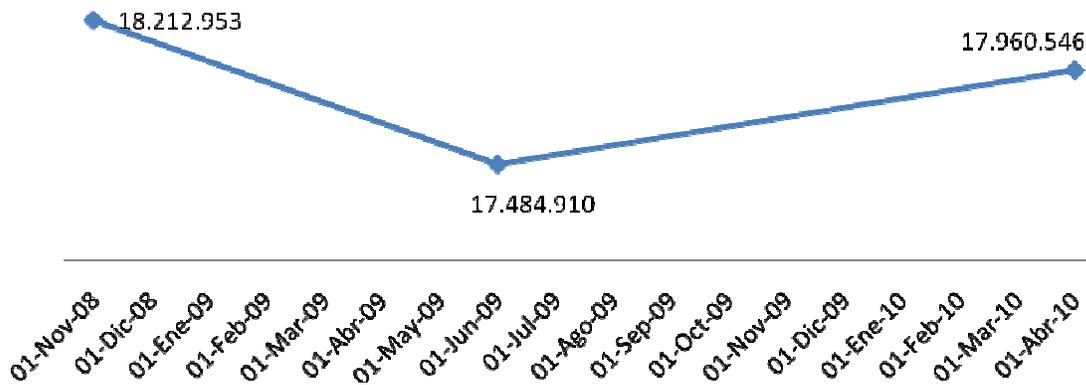
Fuente: Cupos contratados Régimen Subsidiado - Dirección de gestión a la demanda Ministerio de la Protección Social.

4.1.2 Registro de afiliación al Régimen Contributivo

La evolución de los afiliados registrados al Régimen Contributivo en los primeros 9 meses (corte a 30 de Abril) del inicio de la CRES ha sido positivo, creciendo el 7,62% entre el 30 de Junio de 2009 y el 30 de Abril de 2009. Dentro del SGSSS, la participación del Régimen Contributivo representa a Abril de 2010 el 53,64% de la

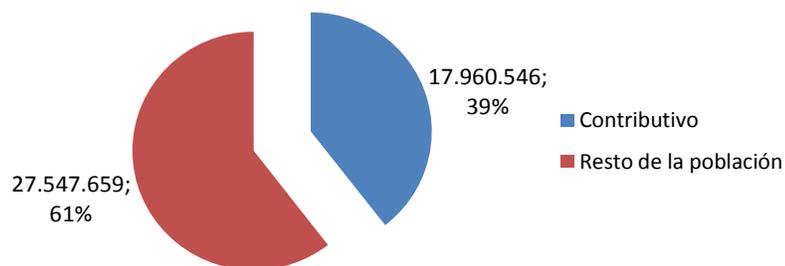
afiliados registrados al SGSSS y el 45,66% del registro de afiliados en salud dentro de la población colombiana con 20.778.867 afiliados.

Gráfico No. 14 Afiliados al Régimen Contributivo



Fuente Régimen Subsidiado: Reportes del Sistema RUAF del MPS en Noviembre del 2008, Junio de 2009 y Abril de 2010.

Gráfico No. 15 Participación de la afiliación al Régimen Contributivo dentro de la población colombiana.



Fuente Régimen Subsidiado: Reportes del Sistema RUAF del MPS - Abril de 2010. DANE, Colombia. Proyecciones de población municipal por área 2005-2020



4.2 Unificación de los planes de beneficios de salud en el país

4.2.1 Unificación de planes de beneficios para los niños y niñas del Régimen Contributivo y subsidiado.

A partir del primero de Octubre del año 2009 se dio cumplimiento a la Sentencia T-760/08 igualando el Plan Obligatorio de Salud de los niños y las niñas del Régimen Subsidiado con el Plan Obligatorio de Salud vigente en el Régimen Contributivo, debido a que técnicamente no era viable adoptar un POS diferente para niños y niñas del Régimen Subsidiado, dado que el proceso de revisión del POS con la rigurosidad técnica recomendada por los expertos no era lo suficientemente robusta y por lo tanto los ajustes al mismo no podrían ser incorporados al plan de beneficios ni sometidos a la validación científica y de la comunidad.

Bajo esta premisa y con base en estudios realizados por el Centro de Gestión hospitalaria (“Escenarios para el Cumplimiento de las Órdenes Relativas a los Planes de Beneficios Informe Final”) y proyecciones de los ministerios de Hacienda y Crédito Público y Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud decidió mediante el Acuerdo 004 del 30 de Septiembre de 2009 unificar los planes de beneficios de salud para los niños y las niñas del Régimen Subsidiado equiparándolos con los previstos por la normativa vigente para el Régimen Contributivo, específicamente en el rango de edad entre cero y 12 años.

Posteriormente, dando cumplimiento al Auto No. 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional, la Comisión de Regulación en Salud, acordó que el “POS del Régimen Subsidiado para los niños y las niñas, comprende todos los menores de 18 años de edad, afiliados tanto en el esquema de Subsidios Plenos como en el de Parciales”. Esta determinación plasmada en el Acuerdo 011 del 29 de enero de 2010, se tomó debido a que la CRES había basado su decisión anterior (Acuerdo 004 de 2009) en lo dispuesto por el Artículo Tercero de la Ley 1098 de 2006, en la que se entiende por niño o niña las personas entre los cero y doce años de edad.

En el cuadro que sigue, elaborado por la Dirección de Gestión de la demanda del Minprotección Social, se pueden observar en los diferentes niveles de atención, la diferencia entre los beneficios del Régimen Subsidiado y los del Contributivo. Dicha diferencia desaparece a partir de la unificación dispuesta.

Cuadro No. 7 Cobertura comparativa de los planes obligatorios de salud por niveles, para grupos de niños y niñas según normas vigentes⁹

NIVELES DE COBERTURA	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO
<p>Nivel I</p>	<p>EL Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo –POSC- cubre con atención hospitalaria y ambulatoria en servicios de baja complejidad, brindados por personal de salud no especializado y equipos o recursos de baja complejidad, para todo grupo poblacional y cualquier caso, evento o condición médica no complicada o que no requiera atención especializada.</p> <p>Incluye la atención del embarazo, parto y puerperio así como la atención odontológica que sea de baja complejidad.</p> <p>Se incluye actividades, procedimientos e intervenciones para Promoción de la salud y Prevención de la Enfermedad</p>	<p>La cobertura en este Nivel es igual a la del Régimen Contributivo</p>

⁹ Acuerdos 008, 259, 282, 306, 302, 313, 350, 356 del CNSSS y Resolución 5261 de 1994

NIVELES DE COBERTURA	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO
	según normas técnicas adoptadas mediante Res. 412 del 2000 y las demás que las adicionan, complementan o sustituyen.	
Nivel II y Nivel III	Para Atención Inicial de Urgencias el POSC cubre todas las actividades, procedimientos e intervenciones necesaria Atención inicial de Urgencias en los términos del decreto 783/2000 cualquiera que sea la edad del usuario y para toda patología o trauma que motiva la demanda de la atención.	El POS-S tiene la misma cobertura para Atención Inicial de Urgencias.
Nivel II y Nivel III	El POSC cubre la atención del niño menor de un año con todos y cualquiera de los servicios especializados o de mediana y alta complejidad que sean necesarios descritos en la Resolución 5261 de 1994 incluyendo el trasplante de hígado incluido en el POS-S mediante el Acuerdo 282.	El POS-S tiene la misma cobertura para los niños menores de un año excepto en lo relacionado con el trasplante de hígado que no ha sido incluido en el POS-S para ningún grupo de edad.
Nivel II y Nivel III	El POSC cubre la atención del embarazo, parto y puerperio con todos y cualquiera de los servicios especializados o de mediana y alta complejidad que sean necesarios descritos en la Resolución 5261 de 1994.	El POS-S tiene la misma cobertura, siempre y cuando sea para lo pertinente relacionado con el embarazo, parto o puerperio y los riesgos relacionados. El POS-S también cubre casos de IVE igual que en el R.Contributivo

NIVELES DE COBERTURA	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO
	Así mismo el POSC cubre la IVE en los casos despenalizados por la Corte Constitucional.	
<p>Nivel II y Nivel III</p>	<p>Para atención de casos de discapacidad, el POS-C cubre la Rehabilitación funcional o de medicina de rehabilitación y fisioterapia en servicios de mediana y alta complejidad de las personas de cualquier edad con deficiencias, discapacidad y/o minusvalía, cualquiera que haya sido la patología causante, con todas las actividades, procedimientos e intervenciones, contenidas en el Manual del Plan Obligatorio de Salud (Resolución 5261 de 1994)</p> <p>Incluye la cobertura de casos con deficiencias visuales y auditivas y atención psicológica y psiquiátrica para rehabilitación en los casos necesarios.</p>	<p>Subsidiado es similar para casos que requieran atención por medicina física o de Rehabilitación o Fisiatría, siendo la excepción la atención para rehabilitación de casos de discapacidad por deficiencias de tipo visual, auditiva y mental.</p> <p>Por lo tanto el POS-S no cubre suministro de ayudas auditivas (audífonos) ni atención por psicología y psiquiatría u otras acciones diferentes a las de Fisiatría descritas en el artículo 84 de la Resolución 5261 de 1994</p>
<p>Nivel II y Nivel III</p>	<p>La cobertura en el POSC incluye el suministro de prótesis y ortesis, implantes o dispositivos señalada en el artículo 12 de la Resolución 5261 de 1994, y en general cubre los insumos o elementos</p>	<p>En el POS-S la cobertura es igual para aparatos ortopédicos, dispositivos para atención de enfermedades cardiacas y del SNC , así como de ERC</p> <p>En el POS-S no hay cobertura de</p>

NIVELES DE COBERTURA	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO
<p align="center">III</p>	<p>médico-quirúrgicos para garantizar la calidad de las actividades, procedimientos e intervenciones</p> <p>En el POSC está cubiertos los lentes para corrección de defectos que disminuyan la agudeza visual para cualquier edad en adultos cada 5 años y en niños cada año.</p> <p>El POS-C no cubre monturas.</p>	<p>dispositivos e insumos médico-quirúrgicos para actividades, procedimientos e intervenciones no aludidas en el Acuerdo 306 y que en general son para problemas de sistema visual (diferentes a cataratas) excepto lentes Intraoculares para cataratas y correctores externos según lo descrito a continuación) auditivos (audífonos de adaptación, prótesis de oído medio) injertos , implantes o en general implantes de sistema vascular periférico, sistema gastrointestinal, urología, ginecología</p> <p>En el POS-S también se cubre lentes correctores para defectos que disminuyan la agudeza visual para los menores de 20 años cada vez que por razones médicas sea necesario su cambio</p> <p>El POS-S incluye auxilio para la montura, hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.</p>
<p align="center">Nivel II y Nivel</p>	<p>El POSC tiene cobertura total, para todo grupo de edad, para atención diferente a la Atención Inicial de Urgencias de casos y eventos, de toda enfermedad o de cualquier patología de todos los servicios de mediana y alta complejidad, o</p>	<p>El POS-S para niños y niñas , para la atención diferente a la Atención Inicial de Urgencias, con objetivo diagnóstico o terapéutico usando actividades, procedimientos e intervenciones de mediana y alta complejidad o especializadas , de las descritas en el Mapipos , solo</p>

NIVELES DE COBERTURA	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO
<p>III</p>	<p>especializados, tanto para diagnóstico como para tratamiento de los descritos en términos de actividades, procedimientos e intervenciones en la Resolución 5261 de 1994 y las demás normas que la adicionaron o complementaron.</p> <p>EL POSC cubre todos los medicamentos del vademécum del Sistema¹⁰ para cualquier grupo de edad y patología.</p> <p>El POSC cubre el Trasplante de hígado</p>	<p>cubre la Atención integral de algunas enfermedades o casos.</p> <p>Igualmente el POS-S solo cubre de algunas afecciones con determinados procedimientos quirúrgicos no usados en Atención Inicial de Urgencias: apendicetomía, histerectomía, colecistectomía, Herniorrafias (y Hernioplastias con malla) procedimientos de Ortopedia y Traumatología, cirugía de cataratas y estrabismo. Los demás no están cubiertos.</p> <p>El POSS no cubre la atención especializada diferente a la Atención Inicial de Urgencias para diagnóstico y tratamiento de problemas mentales, enfermedades no cancerosas de sistema visual, auditivo, respiratorio y digestivo ni del sistema urinario, afecciones de la sangre, sistema linfático y sistema endocrino y de piel o de cirugía maxilo facial ni del tracto genitourinario. El POS-S no cubre el trasplante de hígado.</p> <p>EL POSS tampoco cubre atención de cirugía plástica a los mayores de un año a menos que sean grandes quemaduras.</p> <p>El POS-S tampoco cubre la atención no quirúrgica y el</p>

¹⁰ Acuerdo 228, 236, 263, 282, 336, 368 y 380 primordialmente

NIVELES DE COBERTURA	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO
		tratamiento farmacológico de todas las enfermedades así los medicamentos necesarios estén en el listado del Sistema.
<p style="text-align: center;">Nivel</p> <p style="text-align: center;">IV</p>	<p>Los tratamientos de Alto Costo dentro del POSC son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Transplante renal, de corazón, <u>de medula ósea y de cornea.</u> 2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis. 3. Tratamiento quirúrgico e intervenciones para enfermedades del corazón 4. Tratamiento quirúrgico de patologías del Sistema Nervioso Central. 5. Reemplazos articulares. (Cualquiera) 6. Tratamiento quirúrgico especializado del gran quemado: 7. Atención especializada y en servicios de mediana y alta complejidad de pacientes infectados por VIH/SIDA y sus complicaciones. 8. Quimioterapia, Telecobaltoterapia, 	<p>Los tratamientos de Alto Costo en el POS-S son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Transplante renal y de corazón. * 2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis y toda atención especializada de ERC. 3. Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón <u>y de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales.</u> 4. Tratamiento quirúrgico de patologías del Sistema Nervioso Central y de la medula espinal. Y del canal radicular o de de patologías, de origen traumático, de la columna vertebral que involucren daño o probable daño de medula espinal. Entiéndase como atención integral de estos casos toda la necesaria específica para el tratamiento quirúrgico con las actividades,

NIVELES DE COBERTURA	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO
	<p>radioterapia, ortovoltaje, curieterapia ginecológica, curieterapia intersticial, braquiterapia y terapia con electrones para el Cáncer.</p> <p>9. Internación de pacientes críticos en unidad de cuidados médicos especiales o en servicios de internación especial (internación en unidad de cuidados intensivos, Intermedios, de Quemados, etc.)</p> <p>10. Tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas. (cualquier edad)</p> <p>11. Tratamiento especializado del trauma mayor.</p> <p>Trasplante de hígado</p>	<p>procedimientos e intervenciones, medicamentos e insumos de la res 5261/94 aplicable para el Régimen Subsidiado.</p> <p>5. Reemplazos articulares de rodilla y cadera **.</p> <p>6. Manejo quirúrgico del gran quemado:</p> <p>7. Manejo especializado de pacientes infectados por VIH/SIDA y sus complicaciones</p> <p>8. Manejo especializado (quirúrgico y no quirúrgico) de pacientes con diagnóstico confirmado de Cáncer.</p> <p>9. Internación de pacientes críticos en unidad de cuidados médicos especiales o en servicios de internación especial (internación en unidad de cuidados intensivos, Intermedios, de Quemados, etc.)</p> <p>En el POS-S para niños entre 1 y 12 años no hay cobertura de todos los casos de trauma mayor y de enfermedades congénitas</p> <p>* En el POS-S solo hay cobertura de trasplante de medula ósea en casos de</p>

NIVELES DE COBERTURA	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO
		<p>cáncer. <u>No hay cobertura del trasplante de hígado de córnea.</u></p> <p>** <i>Los demás trasplantes <u>articulares</u> descritos en la Res. 5261/94 están también cubiertos (Procedimientos de Ortopedia y traumatología) Acuerdo 07, aunque no son considerados de alto costo</i></p>

4.2.2 Unificación del POS en los Distritos de Barranquilla y Cartagena

Dando cumplimiento al ordinal vigésimo segundo de la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, en la que ordenó a la Comisión de Regulación en Salud (CRES) adoptar un programa y un cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado y para efectos de validar la consistencia de los recursos y los costos del plan unificado en el Régimen Subsidiado, el plan de atención relacionado con dichos costos, la coherencia de la información de afiliación, servicios y costos y la solidez de la participación ciudadana, fue necesario diseñar e implementar unas pruebas piloto fijando unas reglas claras a los entes territoriales para que fueran posibles.

Es así como el Gobierno Nacional expidió el Decreto 965 de 2010 “Por medio del cual se reglamenta parcialmente el artículo 4 del Decreto Ley 132 de 2010 y se dictan otras disposiciones”. En él fijó como objeto “definir y reglamentar las condiciones para determinar la gradualidad de la unificación de los planes obligatorios de salud entre el Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo y la consecuente transformación de recursos, de conformidad con lo previsto en el artículo 4° del Decreto-ley 132 de 2010”.



Libertad y Orden



Igualmente dispuso que “La gradualidad de la unificación de los planes obligatorios de salud del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo se implementará a partir de 2010 en los departamentos con los municipios que hagan parte de su jurisdicción, y en los distritos, que seleccionen los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de la Protección Social hasta cubrir todo el territorio nacional...”

En lo que tiene que ver con el POS a establecer, la misma norma señaló que “...la unificación se entiende como el acceso a la prestación de servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo definido por la Comisión de Regulación en Salud, CRES, y cubrirá a la población afiliada al Régimen Subsidiado y la población potencial elegible, de conformidad con las normas vigentes. Para los efectos, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de la Protección Social definirán conjuntamente los criterios y demás requisitos de selección de entidades territoriales...” Dichos criterios mínimos, fijados en el Artículo 2º ibídem, son los siguientes:

“a) Solicitud de la entidad territorial.

b) Haber solicitado ante el Consejo Superior de Política Fiscal - Confis Territorial o quien haga sus veces, la aprobación del Plan general financiero de la unificación de planes obligatorios de salud entre régimen subsidiado y contributivo, el cual incluirá el plan de transformación de recursos requerido para la unificación, en armonía con el literal b) del artículo 4º del Decreto Ley 132 de 2010. El plan general deberá garantizar la sostenibilidad de la universalización y de la unificación de los planes obligatorios de salud entre el régimen subsidiado y contributivo, así como considerar todas las fuentes y los efectos financieros y fiscales que sobre la red pública de prestadores de servicios de salud cause la unificación. El Plan general deberá contar con el concepto favorable del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y del Ministerio de la Protección Social, entidades que deberán adelantar el seguimiento respectivo. Para la selección definitiva de una entidad territorial será indispensable contar con la aprobación del Confis Territorial o quien haga sus veces, a la solicitud aquí mencionada.



c) Haber logrado la cobertura universal del régimen subsidiado en salud, o haberla previsto en el plan general financiero de que trata el literal b) del presente artículo, entendiéndose por cobertura universal la definida en las normas vigentes.”

Sobre estos parámetros fueron autorizadas las pruebas piloto de los distritos de Barranquilla y Cartagena, unificando el plan de beneficios de los mayores de 18 años afiliados al Régimen Subsidiado con sus iguales en el Régimen Contributivo, correspondiéndole a la CRES la fijación de la respectiva UPC-S.

En la actualidad cabe el análisis de la vigencia de esta norma como resultado de la declaratoria de inexecutable que hizo la H. Corte Constitucional de la declaratoria de Emergencia Social (Decreto Legislativo 4975 de 2009), bajo cuyo amparo se expidió el Decreto Ley 132 de 2010.

4.2.2.1. Unificación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado para la población afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito de Barranquilla.

El 29 de enero de 2010 mediante el Acuerdo 12, la Comisión de Regulación en Salud, (CRES), fijó la Unidad de Pago por Capitación para adelantar una experiencia piloto de aplicación de la cobertura de salud, mediante la unificación de los planes de beneficio de ambos regímenes en el SGSSS, para la población afiliada al Régimen Subsidiado en el Distrito de Barranquilla.

Esta decisión de la CRES tuvo su origen en una propuesta que el Distrito le formuló a finales del año 2009 y comprende entre sus elementos algunas hipótesis que han de ser probadas a través del observatorio, inicialmente durante un período de seis(6) meses, prorrogables a juicio de la Comisión.



Dichas hipótesis son las siguientes:

- Universalización del aseguramiento en salud a toda la población pobre y vulnerable, bajo la premisa de que la población con capacidad de pago total, está afiliada al Régimen Contributivo.
- La UPC-S necesaria para financiar el POS Contributivo a los afiliados al Régimen Subsidiado es inferior a la actual UPC del Régimen Contributivo, en razón a que la frecuencia de uso de servicios en el Subsidiado es inferior a la de los afiliados al Contributivo y las tarifas aplicables a esos servicios son más bajas.
- Los usuarios requieren la integralidad.
- Los entes territoriales y el país requieren un modelo financiero, estable, financiable, compensatorio.
- Las normas legales lo establecen.
- Se requieren propuestas que puedan solucionar un problema y probarlas.
- Los entes territoriales deben asumir su función de gerencia del proyecto de salud garante, de la calidad y de inspección y vigilancia.
- Para mejorar indicadores de salud se requieren aseguradores únicos.

Sobre la financiación se tendrán en cuenta acciones a realizar por el ente territorial, y para esto se tienen las siguientes fuentes: Sistema General de Participación de Oferta, Recursos propios (constituidos por Ingresos Corrientes de Libre Destinación (ICLD), Rentas Cedidas, Recursos de Capital de Libre y de Destinación Especifica, entre otros); además por el Fosyga para la financiación de estos eventos para población en desplazamiento, y otros recursos nacionales.

La Prueba Piloto que comprende los aspectos mencionados, posee unos componentes principales y otros subsidiarios:



- **Principales:**

- Evaluación de la UPC asignada, en especial en sus componentes de servicios, frecuencias y costos.
- Sostenibilidad financiera para la EPS-S y el SGSSS

- **Subsidiarios:**

- Observación del modelo de atención y de la red de servicios, dentro del marco de eficiencia del sistema.
- Evaluación de la reglamentación, operación y financiamiento de la Universalización del aseguramiento.
- Evaluación de la reglamentación, operación y financiación del plan de beneficios único.
- Evaluación de la normatividad vigente y los ajustes.
- Observación del impacto del plan, modelo y medidas en la red prestadora, los aseguradores y los entes territoriales.
- Observación del impacto del plan, modelo y medidas en la calidad de los servicios ofrecidos.
- Observación del impacto del plan, modelo y medidas en la satisfacción del usuario.
- Observación del impacto del plan, modelo y las medidas en la gestión y resultado de la salud pública.
- Observación del impacto del plan, modelo y las medidas en las necesidades de recursos de talento humano.
- Evaluación del impacto del plan, modelo y las medidas en la modernización y rediseño de la red pública.



La Ley 100 de 1993 previó la cobertura universal a la seguridad social y la Unificación de los planes de beneficios de los regímenes Contributivo y Subsidiado, posteriormente en el artículo 9º de la Ley 1122 de 2007 se establece que el Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá alcanzar en los siguientes tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisbén de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema, a su vez, esta misma Ley en el artículo 14, literal e) ordenó a la Comisión de Regulación en Salud actualizar anualmente el Plan Obligatorio de Salud buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes con tendencia hacia el que se encuentra previsto para el Régimen Contributivo.

Igualmente mediante el ordinal vigésimo segundo de la Sentencia T-760 de 2008, la honorable Corte Constitucional ordenó a la Comisión de Regulación en Salud que adoptara un programa y un cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.

Planteó además el Distrito de Barranquilla en su propuesta, las razones por las cuales considera que puede desarrollar con éxito la Prueba Piloto:

- Tiene una población importante pero controlable, identificada y ubicada.
- Es un distrito con todas las competencias de atención en salud.
- Estado de aseguramiento en personas superior al 90 %.
- Dispone de los saldos de liquidación requeridos.
- Existe una IPS pública del orden nacional dispuesta.
- Dispone de un modelo de atención que induce a la demanda y limita las barreras de acceso y privilegia las actividades de promoción y prevención.
- Tiene hoy usos de servicios cercanos a los esperados.
- Dispone de la infraestructura asistencial requerida.
- Tiene un esquema tarifario favorable.
- Dispone de un sistema de información que permite capturar la información y el análisis de la misma.
- Dispone de todas las facilidades para evaluación y control.
- Administración confiable y de intereses sociales claros.
- Tiene la voluntad y la actitud.



4.2.2.2. Plan piloto para la unificación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado para la población afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito de Cartagena.

El 30 de marzo de 2010 mediante el Acuerdo 13, la Comisión de Regulación en Salud, (CRES), fijó la Unidad de Pago por Capitación para adelantar una experiencia piloto de aplicación de la cobertura de salud, mediante la unificación de los planes de beneficio de ambos regímenes en el SGSSS, para la población afiliada al Régimen Subsidiado en el Distrito de Cartagena.

Esta decisión de la CRES tuvo su origen en una propuesta que el Distrito le formuló desde inicios de 2010 y al igual que el de Barranquilla, comprende entre sus elementos algunas hipótesis que han de ser probadas a través del observatorio, inicialmente durante un período de seis(6) meses, prorrogables a juicio de la Comisión.

La Administración Distrital de Cartagena tuvo en cuenta lo ya actuado en Barranquilla y atendiendo sus particularidades, formuló la siguiente propuesta el 2 de marzo de 2010:

- “Universalización del aseguramiento en salud a toda la población pobre y vulnerable, bajo la premisa de que la población con capacidad de pago total está afiliado al Régimen Contributivo.
- Implementación a partir del 1 de abril de 2010 de una prueba piloto en la cual todo ciudadano o ciudadana sin seguridad social, pobre y vulnerable según los diferentes mecanismos de identificación (SISBEN, listados censales y poblaciones especiales), acceda a la prestación de servicios mediante el aseguramiento realizado por las empresas promotoras de salud con cobertura inmediata.
- Unificación de los planes de beneficios. Todos los menores de 18 años y afiliados al Régimen Subsidiado mediante subsidios totales tendrán



derecho a los mismos servicios del Contributivo según la normativa vigente. Los eventos excepcionales serán cubiertos por el FONPRES.

- La población actualmente afiliada mediante subsidios parciales tendrá los beneficios contemplados para la población afiliada mediante subsidios plenos en el resto del país. Se ofrecerá la opción de un aporte mensual de \$7.555,30 por cada miembro de su grupo familiar mayor de 18 años que será recaudado por la EPS para acceder a los beneficios plenos del Régimen Contributivo.”

La prueba piloto inició su operación el 1º de abril de 2010 para los usuarios del Régimen Subsidiado. La unidad de pago por Capitación es la aprobada en el acuerdo 013 de la CRES, correspondiente a un valor de \$380.391,60 y en la actualidad está en observación.

4.3 Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación

Las decisiones de la Comisión de Regulación en Salud respecto a la Unidad de Pago por Capitación, iniciaron en septiembre del año 2009, con ocasión del cumplimiento de la Sentencia T-760/08 en materia de unificación de planes de beneficios para niños y niñas.

Mediante el Acuerdo 005 del 30 de Septiembre de 2009 la CRES, con fundamento en estudios técnicos propios, definió de manera transitoria hasta el 31 de Diciembre de 2009 la UPC plena para el Régimen Subsidiado en un valor diario de \$763,78 con independencia del grupo etario del afiliado.

Posteriormente, mediante el Acuerdo 009 del 30 de Diciembre de 2009, la CRES con base en los estudios “Análisis de la metodología del cálculo de la UPC” de la Universidad Nacional de Colombia y “Estudio de suficiencia del Plan Obligatorio de Salud – Unidad de Pago por Capitación 2008 y de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la Unidad de Pago por Capitación” y “Sostenibilidad del FOSYGA (Subcuentas de Compensación, Solidaridad y Promoción) – Balance Global de Compensación y Ajuste de la UPC 2010” del Ministerio de la Protección Social, acordó el valor promedio ponderado de la UPC



del Régimen Contributivo para el año 2010 en \$485.013,60 y para el Régimen Subsidiado una UPC-S plena de \$281.836,80 con independencia del grupo etario del afiliado.

En el mencionado Acuerdo se fijó el valor anual del subsidio parcial para las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla en el 42% del valor de la UPC-S plena y para los demás municipios en el 39.5% del valor de la UPC-S plena.

Igualmente definió el valor que se le reconoce a las EPS para el desarrollo de actividades de promoción y prevención en \$19.054,80 anuales para el Régimen Contributivo.

Posteriormente y como ya se anotó, dando cumplimiento al Auto No. 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional, la Comisión de Regulación en Salud, acordó, que el POS del Régimen Subsidiado para los niños y las niñas, comprende todos los menores de 18 años de edad, afiliados tanto en el esquema de Subsidios plenos como en el de parciales, ajustando en forma simultánea la UPC-S fijándola en un valor pleno de \$289.728 mediante el Acuerdo 011 de 2010.

Actualmente la CRES se encuentra adelantando dos observatorios que buscan medir el impacto que tienen determinados procedimientos y dispositivos médicos en la Unidad de Pago por Capitación. Son:

- Observatorio de procedimientos mediante el cual se busca hacer un monitoreo del comportamiento de las frecuencias de uso y los costos de los “procedimientos nuevos” incluidos en el Acuerdo 008 del 29 de diciembre de 2009 seleccionados por la CRES y así verificar los valores considerados en el cálculo de la UPC 2010. El tiempo de este Observatorio será permanente con una primera fase de un año contado a partir del inicio de reporte de información, con observaciones bimensuales que faciliten la toma de decisiones en forma oportuna.
- Observatorio de dispositivos médicos implantables mediante el cual se busca hacer un monitoreo del comportamiento de las frecuencias de uso de los dispositivos seleccionados y el costo de los mismos en los periodos de reporte y su verificación contra nota técnica de cálculo de la UPC 2010.



El tiempo de este Observatorio será permanente con una primera fase de un año contado a partir del inicio de reporte de información, con observaciones bimensuales que faciliten la toma de decisiones en forma oportuna.

4.4 Actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS)

Con base en las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en su Sentencia T-760 de 2008, la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud del Ministerio de la Protección Social elaboró una propuesta de Actualización Integral de los Planes Obligatorios de Salud con el respectivo Anexo Técnico, el cual fue presentado a la Comisión de Regulación en Salud a mediados de 2009 para su evaluación y toma de decisión. Esta propuesta fue trabajada a partir de estrategias diferentes como homologación de las actividades, intervenciones y procedimientos del POS a la Clasificación Única de Procedimientos de Salud – CUPS, clasificación de las actividades, intervenciones y procedimientos de la nota técnica del POS, con la participación y consenso de las sociedades científicas sobre los procedimientos POS y No-POS, entre otros.

En dicha propuesta, que la Comisión acogió y se convirtió en el Acuerdo 003 del 30 de julio de 2009, *“Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”*, entre otros se realizaron los siguientes ajustes:

- Se unifican en un solo documento los planes obligatorios de salud para los regímenes Contributivo y Subsidiado (pleno y parcial), recogiendo no solo los acuerdos sobre actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos, enunciados con anterioridad, sino también apartes de otras normas del sector que definen, precisan o aclaran entre otros, algunos de los beneficios que brinda el Sistema a la población colombiana.
- Se adoptó la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS, lo que permite estandarizar los datos que requiere el Sistema Integral de la Información de la Protección Social (Sispro).



- Se incluyen criterios para aclarar, modificar y actualizar el POS.
- Se definen en capítulos independientes, las condiciones en las cuales se prestan servicios que han generado controversias entre los actores como atención de urgencias, atención ambulatoria, atención domiciliaria, atención con internación u hospitalización, servicio de transporte, trasplantes e injertos y atención de pacientes con enfermedades terminales.
- Precisa el acceso a los medicamentos y la continuidad en el tratamiento con los mismos a los usuarios.
- Se hace una lista con 5963 actividades, intervenciones y procedimientos a los cuales tienen derecho los afiliados y beneficiarios del Régimen Contributivo.
- Se enuncian en forma explícita las exclusiones para ambos regímenes.

A partir del momento de la publicación de este Acuerdo, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) inició el proceso de interacción con diferentes agentes del Sistema para recibir sus observaciones y en consecuencia suscribe a finales de 2009 un Convenio Interinstitucional con la Universidad Nacional de Colombia, a través del cual el Grupo de Protección Social, adscrito al Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Facultad de Economía, debía cumplir con las siguientes tareas:

- Realizar la compilación de información y observaciones relacionadas con el Acuerdo 003 de 2009.
- Realizar el análisis y validaciones de las observaciones recibidas por la CRES al acuerdo 003 de 2009 con las instituciones, organizaciones y/o sociedades científicas.
- Elaborar y presentar proyecto de Acuerdo para expedir la regulación correspondiente a todos los estudios señalados anteriormente.



No todas las sugerencias y observaciones recibidas en número aproximado de 950 fueron incluidas en el proyecto final de Acuerdo, por diferentes motivos como:

- Solicitud de inclusiones de tratamientos sin el debido estudio técnico de impacto sobre la UPC.
- No ser competencia de la CRES como la derogatoria de la Resolución 5261 de 1994 o la codificación de insumos, materiales, dispositivos, etc.

Con base en este trabajo y la concertación con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y otros agentes del Sistema, se expidió el Acuerdo 008 del 29 de diciembre de 2009, “Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”, derogando el Acuerdo 003, a partir de su vigencia el 1º de enero de 2010. Los aspectos diferentes del Acuerdo 008, se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Se incluyen dos artículos, en los cuales se precisa la forma en que se encuentran estructurados cada uno de los dos planes, Contributivo y Subsidiado.
- Se precisa que los planes se prestarán a los afiliados de cada uno de los regímenes “... dentro del territorio nacional y, con la tecnología media disponible en el país en los términos descritos en dicho principio en el artículo 5º y en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería tal como lo señala el artículo 182 de la Ley 100 de 1993”
- Se amplía el Glosario, dejando claro que dichas definiciones no se constituyen como coberturas dentro de los planes.
- Se aumentan y precisan los principios con los cuales se debe aclarar, modificar y actualizar el POS, quedando los siguientes:

- Integralidad
- Territorialidad



- Pertinencia epidemiológica y costo efectividad
 - Calidad
 - Corresponsabilidad
 - Complementariedad
 - Eficacia y sostenibilidad financiera
 - Transparencia y participación
- Se cambia la distribución del articulado para que queden en forma separada las condiciones generales, el contenido del POS del Régimen Contributivo (POS-C) y el contenido del POS del Régimen Subsidiado (POS-S).
 - Se incluyen dos anexos:
 - El N° 1 que corresponde al listado de medicamentos.
 - El N° 2 que corresponde al listado de actividades, intervenciones y procedimientos.
 - El listado de medicamentos se organiza en orden alfabético, con la misma codificación del Acuerdo 228 mientras se precisa la codificación por parte del Ministerio de la Protección Social y sólo se dejan agrupados los correspondientes a los programas especiales como: Antileprosos, antituberculosos, antipalúdicos, entre otros.
 - Las actividades, intervenciones y procedimientos, específicos del Régimen Subsidiado, se describen en los términos de la Codificación Única de Procedimientos de Salud (CUPS).
 - Se eliminan:
 - Del anexo 1, un medicamento porque no se utiliza ni se distribuye en el país desde hace aproximadamente 17 años.



- Del anexo 2, 131 actividades, intervenciones o procedimientos, porque no se realizan en el país o corresponden a exclusiones explícitas en el articulado del Acuerdo.

Al ser la actualización de los planes de beneficios una actividad permanente de la CRES, en junio de 2010 se abrió concurso público de méritos para contratar una entidad, que en trabajo mancomunado con la Comisión defina la metodología de dicho proceso.

En el mismo sentido permanentemente se reciben y analizan observaciones y sugerencias de los agentes del Sistema a través de comunicados que nos envían, pero también estamos propiciando reuniones con agremiaciones, EPS, prestadores de servicios de salud, entes territoriales y otros interesados con el objeto de mejorar permanentemente los contenidos de los planes obligatorios de salud, al punto que respondan cada vez mas a las necesidades de salud de la población y así incrementar el nivel de resolución de los mismos y disminuir en lo posible los eventos No-POS que siempre van a existir por el mismo nivel de desarrollo de la tecnología a nivel mundial.

4.5 Definición del régimen para el reconocimiento y pago de Incapacidades originadas en Enfermedad General o en Licencias de Maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.

En este asunto se considera pertinente mencionar que está aprobado, en proceso final de revisión de redacción, un Proyecto de Acuerdo de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que busca dar el alcance necesario a la orden emitida por la Corte Constitucional en la Sentencia T-1223 de 2008, en lo referente a licencias de maternidad y lo que no está incluido en el Acuerdo 414 de 2009 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS).

El Proyecto de Acuerdo está soportado en un estudio técnico adelantado por el Centro de Investigación para el Desarrollo de la Universidad Nacional de Colombia (CID).



4.6 Definición del Sistema de Tarifas

La Ley 1122 de 2007 asignó a la Comisión de Regulación en Salud (CRES) dentro de sus funciones, la definición de un Sistema de Tarifas y un Manual de Tarifas además de los honorarios de los profesionales, a pesar de lo cual es uno de los tópicos que genera mayores confusiones con respecto a la competencia de ejecución.

Según se concluye en un estudio realizado por la Universidad de Antioquia para la CRES, esta función no estaba asignada anteriormente al CNSSS, pues éste tenía la competencia de recomendar el régimen de tarifas que debía adoptar el gobierno para los casos de urgencias, riesgo catastrófico y accidentes de tránsito (Art 172 Ley 100 de 1993). Era una función que estaba contemplada en la Ley 100 de 1993 la cual establece que el gobierno nacional debe expedir los manuales tarifarios para los eventos relacionados con el SOAT y atención inicial de urgencias. De igual manera, la Ley estableció para el gobierno, la unificación de las tarifas que aplicarán las IPS públicas.

Adicionalmente, se plantea que la Ley 812 de 2003 (Plan de Desarrollo 2002 - 2006) en su artículo 42 otorgó competencia al Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de la Protección Social para establecer un sistema de tarifas mínimas para la prestación de servicios de salud. Sin embargo, el artículo que otorgaba dicha competencia fue declarado inexecutable mediante sentencia C-137 de 2007. Posteriormente en la ley 1151 de 2007 (actual Plan de Desarrollo 2006 - 2010) en su artículo 146 le vuelve a otorgar al Gobierno Nacional la competencia para la expedición de un manual de tarifas mínimas.

“En consideración a esta verdadera confusión y falta de coherencia legislativa para la CRES es fundamental aclarar la competencia con respecto a la expedición de todos los manuales de tarifas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, y para ello procederá a hacer una consulta al Consejo de Estado a través del Ministerio de la Protección Social y a gestionar los proyectos de Ley necesarios para la aclaración de las competencias”.



“Esta competencia debería quedar en cabeza de la CRES no sólo por la intención que quedó plasmada en la ley 1122 de 2007 sino porque la definición de tarifas sectoriales es una de las típicas funciones de las comisiones de regulación. En otras palabras, un elemento sustancial para cualquier mercado, y en eso salud no es la excepción, es el precio al cual se transan los diferentes bienes y servicios y este aspecto se relaciona directamente con el sistema de tarifas y la definición de los respectivos manuales”.¹¹

¹¹ Informe preliminar sobre las Competencias de la Comisión de Regulación en salud y de la correspondiente reorganización de funciones, de acuerdo con las normas vigentes. Universidad de Antioquia, mayo de 2010



5 AVANCE NORMATIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

En el siguiente cuadro se muestran los avances normativos más importantes del SGSSS en desarrollo de la Ley 1122 de 2007 y cumpliendo las órdenes de la Sentencia T – 760 de 2008:

Cuadro No. 8

FECHA	NORMA	DISPOSICIÓN
09/01/2007	Ley 1122	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
21/03/2007	Resolución 812	Por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud.
30/03/2007	Decreto 1020	Por medio del cual se reglamenta la ejecución y el giro de unos recursos del Régimen Subsidiado y aspectos de la prestación de servicios de salud a la población cubierta con subsidios a la demanda.
14/05/2007	Decreto 4747	Por medio del cual se ajustan las fechas para el de pago de aportes al Sistema de la Protección Social y para la obligatoriedad de uso de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes.
15/05/2007	Decreto 1670	Por medio del cual se ajustan las fechas para el pago de aportes al Sistema de Protección Social y para la obligatoriedad del uso de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes.
31/07/2007	Decreto 2878	El presente decreto fija los criterios de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud (SGP-S) para el componente de salud pública y para la financiación de la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, en desarrollo de lo establecido en el literal a) del numeral 1 del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, y sólo serán aplicables a la distribución y asignación que realice la Nación.
12/09/2007	Resolución 3221	Por la cual se dictan disposiciones sobre actualización en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA)
21/05/2008	Resolución 1747	Modifica la Resolución 634 de 2006 - Formularios PILA definidos en la Resolución 634 de 2006
25/06/2008	Resolución 2377	Modifica la Resolución 1747 de 2008 - Inscripción de aportantes Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA

FECHA	NORMA	DISPOSICIÓN
11/07/2008	Resolución 2571	Reglamenta literal C del Artículo 3 del Decreto 2277 de 2008
19/08/2008	Resolución 3049	Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) ,autorizados por Comité Técnico Científico y por fallos de tutela. Nota: Resolución derogada por Resolución fundamentada en el Decreto 128 de 2010 de la emergencia social, sobre el cual a su vez devino la constitucionalidad consecuencial por efecto de la inexecutable del decreto 4975 de 2010 declaratorio de la emergencia social.
25/08/2008	Resolución 3047	Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.
18/12/2008	Resolución 5089	Por la cual se dictan disposiciones para envío de la información de afiliación al SGSSS por las entidades promotoras de salud del Régimen Subsidiado.
14/02/2009	Resolución 413	Se dictan disposiciones sobre la actualización de la Base de Datos de Afiliados (BDUA) definida en la Resolución 3221 de 2007 y modificada por la Resolución 123 de 2008, teniendo en cuenta las novedades de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA.
06/04/2009	Resolución 1021	Por la cual se definen parcialmente los instrumentos y periodicidad para el reporte de la información del manejo de los recursos de la subcuenta del Régimen Subsidiado de los Fondos de Salud de las entidades territoriales.
16/04/2009	Resolución 1155	Por medio de la cual se define el registro de independientes con bajos ingresos
11/05/2009	acuerdo 414 CNSSS	Por el cual se establecen unas mediadas para el reconocimiento de las prestaciones económicas del SGSSS relacionadas con licencias de maternidad
29/05/2009	Resolución 1817	Por medio de la cual se definen los lineamientos de la Carta de Derechos de los afiliados y de los pacientes del SGSSS y la Carta de Desempeño de las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado del SGSSS.
30/07/2009	Acuerdo 03 CRES	Por el cual se aclaran integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
04/08/2009	Circular 049	Por la cual se define un nuevo anexo técnico para la realización de

FECHA	NORMA	DISPOSICIÓN
		traslado de afiliados a la BDUA
06/08/2009	Resolución 2818	Modifica la Resolución 1817 de 2009
14/09/09	Decreto 3511	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2699 de 2007 y se dictan otras disposiciones
28/08/2009	Resolución 3173	Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios y Medicamentos por parte de las EPS y EOC del Régimen Contributivo y Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
18/09/2009	Acuerdo 415 CNSSS	Por medio del cual se modifican la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del SGSSS y se dictan otras disposiciones.
28/10/09	Resolución 3974	por la cual se adoptan unas determinaciones en relación con la Cuenta de Alto Costo

5.1 Avance normativo mediante Acuerdos expedidos por la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

En el siguiente cuadro se muestran los avances normativos más importantes del SGSSS, conseguidos mediante los Acuerdos expedidos por la Comisión de Regulación en Salud (CRES):

Cuadro No. 9

FECHA	NORMA	TEMA
25/06/09	Acuerdo 001	Por el cual se adopta el Reglamento de la Unidad Administrativa Especial, Comisión de Regulación en Salud (CRES)
20/07/ 2009	Acuerdo 003	Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
30/09/2009	Acuerdo 004	Por el cual se da cumplimiento a la Sentencia T - 760 de 2008 de la Corte Constitucional. "El Plan Obligatorio de Salud a que tiene derecho la población comprendida entre los cero (0) y los doce (12) años de edad, afiliada tanto en el esquema de subsidios plenos como en el de parciales, será el previsto en las normas vigentes del Régimen

FECHA	NORMA	TEMA
		Contributivo.
30/09/2009	Acuerdo 005	Por el cual se fija la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado en cumplimiento de la Sentencia T - 760 de 2008.
29/12/09	Acuerdo 007	Por el cual se modifica el artículo 11 del Acuerdo 001 de 2010 – Reglamento de la Unidad Administrativa especial Comisión de Regulación en Salud (CRES).
29/12/2009	Acuerdo 008	Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
30/12/2009	Acuerdo 009	Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2010.
18/01/2010	Acuerdo 010	Por el cual se definen unos componentes para el reconocimiento y pago de prestaciones económicas del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud para el 2010. Mantiene el porcentaje del ingreso base de cotización para garantizar reconocimiento y pago de licencias de maternidad.
29/01/2010	Acuerdo 11	Por el cual se da cumplimiento al Auto No. 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional El Plan Obligatorio de Salud (POS) a que tiene derecho la población comprendida entre los cero (0) y los doce (12) años de edad, también comprende los mayores de doce (12) años y menores de dieciocho (18) años de edad, afiliados tanto en el esquema de subsidios plenos como en el de parciales.
29/01/2010	Acuerdo 12	Por la cual se fija la UPC para adelantar una experiencia piloto de ampliación de cobertura de servicios de salud mediante la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado en el Distrito de Barranquilla.
30/03/2010	Acuerdo 13	Por la cual se fija la UPC para adelantar una experiencia piloto de ampliación de cobertura de servicios de salud mediante la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado en el Distrito de Cartagena.
08/04/2010	Acuerdo 14	Por el cual se corrigen algunos yerros en el Acuerdo 008 de 2009.
06/05/10	Acuerdo 15	Por el cual se interpreta el alcance del Acuerdo 11 de 2010.



6 RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Colombia, con la expedición de la Ley 100 de 1993 decidió que la mejor alternativa para garantizarle a la población servicios de salud oportunos, seguros y de calidad, era adoptar un modelo de aseguramiento.

Durante más de 16 años el nuevo modelo escogido revolucionó el sistema de atención, generando nuevos agentes, eliminando barreras de acceso e incrementando coberturas no solo en servicios sino en alcance de beneficiarios.

No obstante, por no haberse dado las condiciones de perspectiva estructurales para el ordenamiento y financiamiento del sistema, éste empezó a mostrar deficiencias y dificultades que lo pusieron en entredicho y en los últimos tiempos en situaciones verdaderamente apremiantes.

Las variables macroeconómicas que sirvieron de sustento e hipótesis para hacer progresar el Sistema, no crecieron ni se comportaron como estaba previsto; nos referimos fundamentalmente al crecimiento económico y por ende al empleo, base que le proporcionaría la sustentación y sostenibilidad en el mediano y largo plazo, toda vez que el régimen contributivo se debía alimentar de las cotizaciones de los trabajadores y empleadores, y a partir de allí mediante el mecanismo de la solidaridad, cofinanciar a la población más pobre y vulnerable. Cuando se previó el modelo se estimó que el Régimen Contributivo aportaría al Sistema el 70% de los afiliados y el Subsidiado el 30% restante; la ecuación se invirtió con el tiempo y la relación que hoy muestra el mismo es del 46,36% de afiliados al Contributivo y 53,64% al Subsidiado, generando así una deformación estructural que debe corregirse mediante reformas integrales.

Adicionalmente el modelo evidencia problemas de “sobrecostos” que hacen insostenible la operación del Sistema, causados por ineficiencias internas, mayor valor de las transacciones entre los agentes, elevados niveles de elusión y evasión, multifiliaciones, causación de gasto en servicios no contemplados en el POS, inclusiones de beneficios por vías diferentes al competente, sin consultar a éste en lo referente a pertinencia y sostenibilidad, inclusiones de beneficios que no



tienen relación de causalidad con el sector salud, entre otros. Tales problemas, además de generar compromiso de la sostenibilidad del Sistema, impiden el acceso al mismo de parte de los usuarios.

Como consecuencia de lo anterior, la CRES se permite hacer las siguientes recomendaciones:

- Preservar el modelo de aseguramiento.
- Estudiar y definir fuentes alternativas para complementar los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como la consolidación de acciones y políticas para la generación y conservación del empleo formal.
- Fomentar un adecuado control en los precios de medicamentos, insumos y dispositivos.
- Fortalecer las estrategias, herramientas y sanciones para la evasión y elusión de aportes.
- Garantizar la estabilidad del Plan Obligatorio de Salud, concentrando en la Comisión de Regulación en Salud (CRES) la responsabilidad de los estudios técnicos, análisis y decisiones sobre las actualizaciones, modificaciones e inclusiones de beneficios, a partir de su propia labor y de la interacción con los demás agentes del Sistema.
- Proteger los recursos del Sistema evitando que se deriven a la financiación de prestaciones por fuera del Plan Obligatorio de Salud.
- Implementar todas aquellas medidas orientadas a optimizar los recursos del Sistema.